

TEMA: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA - Deben concurrir los presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, como son la prueba de una conducta activa u omisiva, violación del deber de asistencia y cuidado profesional traducido en culpa del médico; el daño padecido por la parte demandante a causa de esa conducta médica; y la relación o nexo de causalidad adecuada entre el comportamiento activo u omisivo del profesional y el daño padecido por el actor. /

HECHOS: La parte actora solicita que se declare la responsabilidad separada, solidaria o conjunta de las personas demandadas por la responsabilidad civil extracontractual en la atención médica deficiente y muerte de (CPAC) en consecuencia se condene pagar a los demandantes los perjuicios morales y daño a la vida de relación debidamente indexadas. El a quo decidió negar las pretensiones de la demanda. La Sala debe determinar si procede a confirmar la decisión, en cuanto que denegó las pretensiones por falta de prueba de los presupuestos de la acción, o si ésta debe revocarse de cara a los reparos planteados encaminados a discutir la valoración probatoria respecto de la historia clínica y el informe de necropsia.

TESIS: En este tipo de responsabilidad civil donde se enjuicia un acto médico, es necesario que concurren todos los presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, como son la prueba de una conducta activa u omisiva, violación del deber de asistencia y cuidado profesional traducido en culpa del médico; el daño padecido por la parte demandante a causa de esa conducta médica; y la relación o nexo de causalidad adecuada entre el comportamiento activo u omisivo del profesional y el daño padecido por el actor. (...) Para determinar la conducta culpable del médico, sea esta por acción o por omisión, es necesario establecer la diferencia entre obligaciones de medio y de resultado. Las primeras, es decir las de medio, son las que permiten al deudor obrar dentro de las reglas de la diligencia y cuidado, no asume responsabilidad por la inexecución o el resultado adverso en la ejecución de sus obligaciones. En la relación jurídica médico-paciente, el médico asume la posición de deudor de la prestación y siendo así, el deudor se exonera demostrando que actuó en forma diligente y cuidadosa (artículo 1604 inc. 3). Por el contrario, en las obligaciones de resultado, el deudor se ve forzado a garantizar la prestación perseguida por el acreedor, considerándose en algunos casos que no hay exoneración, presumiéndose la culpa, como ejemplo la deuda de una suma de dinero, el contrato de transporte y en algunas ocasiones la atención médica cuando se ha adquirido esta obligación. (...) En un determinado escenario donde se juzgue la responsabilidad civil por el acto médico, hace falta la presencia del nexo causal o relación de causalidad, consistente en la conexión o enlace que debe existir entre el daño sufrido y el incumplimiento de la obligación asumida por el demandado, lo que se traduce en que ese incumplimiento sea la causa del daño. Es decir, debe haber certeza sobre el nexo causal entre la causa del daño que deberá ser actual y cierta y el daño mismo. (...) En sentencia reciente, SC426-2024, la Corte Suprema de Justicia destacó la importancia de la historia clínica en los casos en que se reclama por responsabilidad médica, trayendo a colación la sentencia SC 13925-2016, que cita el recurrente, y dijo: La relevancia de los datos consignados en la Historia Clínica ha sido tema de amplio estudio en la Corporación; es así como en CSJ SC13925-2016 se resaltó como los flujos eficientes de información son absolutamente importantes para lograr una atención integral, continua y de calidad según los estándares del ámbito médico; siendo la historia clínica uno de los instrumentos más valiosos si no el máspreciado de todos para efectos de transmitir una correcta información que redundan directamente en la salud del usuario. Tan importante como los conocimientos médicos y la pericia profesional al momento de aplicarlos, es la transmisión óptima de ese conocimiento al equipo de trabajo, al paciente y a su familia. (...) De este recuento del contenido de los registros de la historia clínica de la señora (CPAC) en la atención de urgencias, se extrae con claridad que dicha atención no fue ligera, como se califica en la demanda, por el contrario, se dispuso con rapidez el suministro de medicamentos y se

ordenaron ayudas diagnósticas, que permitieron al galeno, luego de varias horas en urgencia en observación, determinar que la paciente presentó mejoría en su taquicardia y que los resultados de los exámenes no sugirieron alguna situación anormal que llevara a pensar en una permanencia en urgencias u hospitalización, u orden de otras ayudas diagnósticas. Siendo el diagnóstico acorde con lo encontrado en la valoración y resultados de los exámenes practicados. (...) Afirma la parte recurrente que con el protocolo de autopsia se logra probar el error en el diagnóstico, teniendo en cuenta la causa de la muerte que allí se registró "Choque cardiogénico debido a tromboembolismo pulmonar agudo" pero debe tenerse en cuenta que allí se encontraron otros diagnósticos, Pretensión que no tiene soporte, toda vez que son momentos muy distintos, con situaciones diferentes, y no se puede buscar que con unas conclusiones pos mortem se enrostre un errado diagnóstico en vida, pues el objeto de aquel es determinar la causa de la muerte cuando clínicamente, como es el caso, no se pudo establecer, pero lo encontrado allí no prueba que para el momento de la atención médica los galenos hayan incurrido en error al diagnosticar, relación que debió la parte actora probar. (...) De lo analizado hasta el momento puede el Tribunal decir que la valoración probatoria que hizo el juez a quo de la historia clínica y el protocolo de autopsia no fue equivocado, y que efectivamente de este material probatorio no se puede colegir que los médicos que atendieron a la paciente en horas de la mañana el día 21 de enero de 2019 en el servicio de urgencias hayan incurrido en error de diagnóstico, siendo una atención oportuna, perita y adecuada conforme los síntomas presentados para ese momento. (...) Respecto de los reparos en los que se indica que en la sentencia se tuvo aspectos no probados para justificar los probados conforme la historia clínica y que la sustentación llegó a conclusiones con hechos no probados, se advierte que no procede su análisis toda vez que la parte recurrente no especifica cuáles son los aspectos no probados y probados, los hechos no probados, y las conclusiones a que se refiere, haciendo imposible para este Tribunal pronunciarse. Y como ya se expuso, se considera que el análisis, argumentación y conclusión a la que llegó el juez a quo es correcta, con base en el material probatorio allegado, enfatizando la Sala que la actividad probatoria de la parte actora fue bastante deficiente. (...) En conclusión, los ataques presentados en contra de la decisión no tuvieron la fuerza de debilitar los argumentos en que se fundó, por tanto, procede la CONFIRMACIÓN de la decisión.

MP: MARTHA CECILIA OSPINA PATIÑO

FECHA: 27/01/2025

PROVIDENCIA: SENTENCIA



Medellín
"Al servicio de la Justicia y de la Paz Social"

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA TERCERA CIVIL DE DECISIÓN**

Medellín, veintisiete (27) de enero de dos mil veinticinco (2025)

| | |
|----------------------------|--|
| Proceso: | Verbal |
| Radicado: | 05001310301520220003503 (I 2024-162) |
| Demandante: | Jhon Jairo Franco Goez y otros |
| Demandada: | EPS Suramericana S.A. y otros |
| Llamado en Garantía | Jairo Giovanni Moncayo Viveros y otros |
| Providencia | Sentencia Nro. 006 |
| Tema: | Responsabilidad médica. Presupuestos de la acción. No se probó la culpa. |
| Decisión: | Confirma |
| Sustanciador: | Martha Cecilia Ospina Patiño |

Cumplido el término de traslado para sustentar y presentar alegaciones, procede el Tribunal, en aplicación de la Ley 2213 de 2022, a proferir sentencia por escrito, que resuelve la instancia, en atención al recurso presentado por la parte DEMANDANTE, contra la sentencia proferida en audiencia celebrada el 14 de mayo de 2024 por el JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN dentro del proceso de la referencia.

I. ANTECEDENTES

LA DEMANDA

La parte actora a través de mandatario judicial, entabla demanda de responsabilidad civil extracontractual médica, persiguiendo las siguientes declaraciones (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta 01CUADERNO PRINCIPAL/archivo 03. DemandayAnexos y 05.CumplimientoRequisitos22032022):

1. DECLARE la responsabilidad separada, solidaria o conjunta de las personas demandadas por la responsabilidad civil extracontractual en

la atención médica deficiente y muerte de CLAUDIA PATRICIA ARANGO CASTAÑO el 21 de enero de 2019.

2. CONDENE en consecuencia al pago de los perjuicios morales a favor de los demandantes por \$400'000.000, así: Jhon Jairo Franco Goez, 100 smlmv equivalente a \$100.000.000; María Sylvana Franco Arango, 100 smlmv equivalente a \$100.000.000; Jhon Jander Franco Arango, 100 smlmv equivalente a \$100.000.000; Deysi Alejandra Franco Arango, 100 smlmv equivalente a \$100.000.000.

3. CONDENE en consecuencia al pago de perjuicios por daño a la vida de relación, por \$60'000.000, así: Jhon Jairo Franco Goez, 60 smlmv equivalente a \$60'000.000; Jhon Jander Franco Arango, 60 smlmv equivalente a \$60'000.000; Deysi Alejandra Franco Arango, 60 smlmv equivalente a \$60'000.000.

4. Que las sumas antes dichas sean indexadas al valor actual al momento del pago, conforme el IPC y la inflación certificada por el DANE.

5. CONDENE a los demandados al pago de costas y agencias en derecho a favor de los demandantes.

FUNDAMENTOS DE HECHO

Se narra en la demanda, como hechos relevantes, que la señora CLAUDIA PATRICIA ARANGO CASTAÑO falleció el 21 de enero de 2019, y se encontraba afiliada en salud, en calidad de cotizante, a la EPS SURA, y su grupo familiar, hoy demandantes, está integrado por JOHN JAIRO FRANCO GOEZ, MARÍA SYLVANA FRANCO ARANGO, JHON JANDER FRANCO ARANGO, NELLY JULIANA FRANCO ARANGO, DEYSI ALEJANDRA FRANCO ARANGO, cónyuge e hijos respectivamente.

Cuentan que la señora CLAUDIA PATRICIA se encontraba vinculada al Plan Obligatorio de Salud –EPS SURA como afiliada cotizante, y asistió al centro de urgencias contratado por la EPS, esto es a la CLÍNICA SOMA, donde recibió una atención ligera, que no se

compadecía con los antecedentes familiares y personales de la paciente, como que el padre y una hermana hubieran fallecido a temprana edad por paro cardio-respiratorio, además de sus antecedentes personales documentados en la historia clínica, donde se da cuenta del tratamiento de tiroides que venía recibiendo y el aumento en la dosis de los medicamentos, los resultados de exámenes médicos de los años 2013, 2015, 2016, 2017 y 2019 al igual que las historias clínicas dan cuenta que la paciente con taquicardia, como ingresó ese día 21 de enero de 2019, requería una atención más diligente y no que la mandaran para la casa a las 2 de la tarde sin los exámenes adecuados y con diagnósticos ligeros.

Señalan que no obstante los antecedentes coronarios, gozó de buena salud en su vida, hasta cuando empezó a experimentar sendos dolores a finales del año 2018, edema en miembros inferiores, disminución en el volumen de la orina y disnea leve, que no le impedían continuar con sus labores diarias. El 21 de enero de 2019 presentó mareo, palpitaciones y malestar general por lo que consultó de urgencia en la CLÍNICA SOMA, donde fue atendida por los doctores JONNY ALEXANDER CASTAÑO MORALES y JAIRO GIONANNI MONCAYO VIVEROS, quienes le dieron de alta ese mismo día a las 14 horas, y la respuesta brindada a los acompañantes es que la veían muy agitada pero normal, recetándole propanolol clorhidrato. Al llegar a su casa seguía intranquila, se tomó el medicamento y como a las 8:30 de la noche empezó a sudar mucho, a sentirse ahogada y con la taquicardia aumentando, por lo que asisten nuevamente al centro de urgencias CLINICA SOMA, donde fue atendida a las 10:20 de la noche, y se le informa al señor JHON JAIRO que debería ver el procedimiento de reanimación que se le haría a su esposa, el cual fue practicado por 4 médicos, y en curso del mismo, el servicio médico indicó que la paciente ingresó sin signos vitales, que llevaba 20 minutos sin oxígeno en el cerebro, por lo que de despertar podría quedar con grandes daños, 25 minutos después un médico para la reanimación e informan la hora de la muerte. Al indagar por el motivo del fallecimiento ningún médico dio respuesta, solo dijeron que había ingresado sin signos vitales, entonces la familia solicitó la necropsia, y estando en el hospital el

médico que la atendió en la mañana se acerca y les pide excusas y les dice que él no era un dios.

Indican que para el 21 de enero de 2019 la paciente ARANGO CASTAÑO quien manifestó un cuadro de disnea aguda súbita que correspondió a un trombo embolismo pulmonar (TEP) agudo en silla de montar, presentó choque cardiogénico con posterior fibrilación ventricular, falla multiorgánica, y fallece a consecuencia de la **presunta** falta de atención médica oportuna y eficaz brindada, cuando en la mañana del mismo día le dijeron que no tenía nada grave.

Exponen que, el grupo familiar, cónyuge e hijos, ante la trágica noticia se vieron sumidos en una profunda tristeza, congoja e impotencia, dado que el diagnóstico frente a los síntomas se brindó de manera tardía.

Revelan que la paciente se dedicaba a la venta de libros en un establecimiento que tenía con su cónyuge y la hija DEYSI ALEJANDRA para la fecha del fallecimiento, además que era quien articulaba el núcleo familiar, era la razón de reuniones familiares, de encuentros, estaba pendiente de todos y de todo, del cuidado de su esposo e hijos, aun cuando no vivieran con ella. Y el negocio de libros generaba ingreso que aportaba para los gastos de hogar, causando perjuicios no solo de orden moral, sino daño a la vida de relación, a título de lucro cesante futuro y para la sucesión.

Señalan que el señor JHON JAIRO pierde a su cónyuge, a su compañera de trabajo y de vida aumentando su dolor y sufrimiento; NELLY JULIANA desde los 18 años vive en España, pero todos los años la madre iba o ella venía a compartir con la familia festividades de fin de año, y le tocó afrontar el dolor de no haber compartido con su mamá los últimos momentos y viajar a acompañarla hasta su última morada, haciendo su dolor insufrible, de profunda amargura y remordimiento; los demás hijos vivieron siempre con su madre y haberla perdido fue un evento traumático. DEYSI ALEJANDRA además había puesto junto con sus padres el negocio en el Centro

Comercial del Libro, de manera que compartía con ellos todo el tiempo, y fue ella quien la acompañó a la clínica el día del deceso haciendo más intenso su perjuicio moral. Las reuniones que hacían no serán las mismas, serán tenues y sin alegría como ha ocurrido en los años 2019, 2020 y lo corrido del 2021, porque la razón de ser de la familia era CLAUDIA ARANGO.

INTEGRACIÓN DEL CONTRADICTORIO Y LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO.

Admitida la demanda el 03 de mayo de 2022, una vez subsanada (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta 01CUADERNO PRINCIPAL/archivo 06.AutoAdmiteDemanda) las demandadas fueron notificados en debida forma y procedieron a dar respuesta como se compendia a continuación:

La **CLÍNICA SOMA- SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A.** (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta 01CUADERNO PRINCIPAL/archivo 08.Respuesta Demanda Soma22062022) responde que no le consta si la paciente fallecida estaba afiliada en calidad de cotizante a la EPS SURA. Admite que acudió al servicio de urgencias de la clínica el 21 de enero de 2019, pero no que la atención haya sido ligera, y que no se hayan tenido en cuenta los antecedentes de la paciente, se tuvieron en cuenta los informados por ella, como es sufrir de hipotiroidismo, hipertensión arterial, antecedentes quirúrgicos como tubectomía, conización, safenectomía, los medicamentos que se le estaban suministrando, y como antecedente importante se tuvo en cuenta que la paciente se auto aumentó la dosis de Levotiroxina y se auto medicó Salbutamol inhalado. En la atención se realiza diagnóstico de taquicardia supra ventricular, se realiza ecocardiograma, se administró dosis de metoprolol mostrando mejoría en la frecuencia cardiaca, se solicitan paraclínicos de perfil de tiroideo y se deja en observación, se realizan exámenes de cloro, creatinina en suero, hemograma tipo IV, leucograma, plaquetograma, hormona estimulante de la tiroides, cuyos resultados mostraron que la paciente estaba sobre medicada y ello podría justificar la taquicardia que presentaba.

Indica que la paciente estuvo en observación 6 horas y con los resultados de los exámenes fue evaluada nuevamente encontrándola hemodinámicamente estable, sin crepito a la auscultación, sin soplos, diagnosticando taquicardia sinusal secundaria a ajuste inadecuado de levotiroxina, disminuyendo el 20% en la dosis y manejo sintomático – propanolol-, y se deja orden para evaluación de resultados de TSH en cuatro semanas, se ordena nuevo ecocardiograma, revisión por medicina interna, se explican signos y síntomas de alarma, se da de alta ante la estabilidad hemodinámica, pues para ese momento no había indicación de hospitalizar a la paciente.

Señala que, para el momento de la atención en urgencias, la paciente no presentaba ningún signo o síntoma de tromboembolismo pulmonar (TEP), el ecocardiograma no lo mostraba, la saturación, la presión arterial y la frecuencia respiratoria era normal, estaba afebril, pulmones normales, ventilando bien no disnea, no agregados, solo presentaba la taquicardia que podía justificarse por el aumento en la dosis del medicamento y el uso de salbutamol.

Reseña que no es cierto que la paciente gozara de excelente salud hasta el 2018, pues de acuerdo con los apartes de la historia clínica allegada, como imágenes y exámenes adjuntados, se tiene que la señora ARANGO desde el año 2012 presentaba problemas vasculares que a la postre la llevaron a que se realizara una Safenectomía bilateral, padecía de pangastritis crónica, eritematosa, miomatosis uterina, hiperplasia endometrial, hipotiroidismo e hipertensión, entre otras enfermedades.

Advierte que no le consta lo sucedido ese día luego de ser dada de alta, de lo narrado que ocurrió al llegar a casa y hasta la noche. Pero admite que la paciente acudió nuevamente ese día 21 de enero de 2019 a las 22:34 y el motivo de consulta "*Paciente femenina quien ingresa porque a las 20h inicio con diaforesis, palidez, dolor abdominal, se sentía muy maluca, y se puso morada, hace 30 min sin respuesta por lo cual deciden consultar en compañía de su hija (Deysi Franco), y la paciente es ingresada para reanimación. A su ingreso presenta pupilas midriáticas de 7mm no reactivas, reflejo*

corneal ausente, mucosa oral seca, no se palpan pulsos carotídeos, ausencia de ruidos cardíacos y respiratorios, no movimientos torácicos, frialdad distal, no se observa llenado capilar, Glasgow 3/3, extremidades sin flexo extensión ni rigidez ni extensión, entre otros.

Niega que se haya llamado al esposo para que presenciara la reanimación y que al momento del ingreso la paciente se comunicara con la familia, pues al ingresar estaba sin signos vitales y es pasada a reanimación, como se registra en la nota de ENFERMEDAD ACTUAL y en la nota de reanimación en la cual se deja registro que no es clara la causa de la muerte por tanto no se certifica y se considera que se requiere necropsia para esclarecer motivo de deceso, que ocurrió en menos de 48 horas. Y no se especifica cuál de los médicos que atendió a la paciente en la mañana se arrió a decirle que no era un dios, pero la realidad es que los médicos que están en el turno de la mañana no se encuentran en la noche.

Explica que el diagnóstico de *“Tromboembolismo Pulmonar (TEP) agudo en silla de montar; presenta choque cardiogénico con posterior fibrilación ventricular, falla multiorgánica”* se hace post-mortem por el Departamento de Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en el cual además se hacen los diagnósticos de edema pulmonar, fibrilación ventricular, cardiopatía hipertensiva, hipertensión pulmonar, aterosclerosis, colestasis hepática, signos indirectos de congestión pasiva hepática crónica, leiomiomatosis uterina, tiroiditis de características autoinmunes, cistitis crónica, lo que demuestra que la paciente, contrario a lo afirmado en la demanda, era una señora muy enferma con algunas enfermedades crónicas. El mismo protocolo de necropsia es claro en afirmar que solo el 30% de los pacientes que fallecen por TEP son diagnosticados en vida y entre el 70% y el 90% fallecen dentro de las primeras horas.

Afirma que tampoco le constan los hechos relacionados con la constitución del núcleo familiar, su relación, su trabajo, ni los perjuicios ocasionados, hechos que deben ser probados.

Se opone a la prosperidad de las pretensiones y propone excepciones de mérito que denominó:

1. INEXISTENCIA DE CULPA Y FALTA DE NEXO CAUSAL. Corresponde probar a la parte actora los elementos de la responsabilidad, toda vez que esta se guía por la culpa probada y el nexo. Para el caso CLAUDIA PATRICIA consultó el 21 de enero de 2019 por cuadro de 15 días de disnea progresivo, indicando antecedentes, que se auto medicó salbutamol inhalado y auto aumentó la dosis de levotiroxina, señalando que desde que aumentó esta dosis comienzan los síntomas por los cuales consulta. Se le brinda la atención necesaria como se expuso en la respuesta a los hechos. Explica que la disnea de 15 días de evolución es crónica y no hace pensar en un TEP; al brindársele tratamiento para la taquicardia esta cesó, por lo que tampoco se piensa en un TEP; la paciente presentaba pulmones normales; la taquicardia se relaciona con el aumento de la dosis del medicamento y la automedicación; el resultado de TSH realizado en urgencias, mostró sobre medicación que explica la taquicardia; el electrocardiograma tampoco mostró TEP; es decir, para el momento de la atención en urgencias no tenía signos ni síntomas de TEP en silla de montar.

2. CULPA DE LA VÍCTIMA. Por el aumento de la dosis del medicamento y la automedicación, que produjeron la taquicardia y justificaron la atención en urgencias. Incumplió uno de los deberes como paciente, según Resolución 0004343 del 19 de diciembre de 2012 Ministerio de Salud, capítulo 4.3, de autocuidado y atender las recomendaciones del personal de salud.

3. TASACIÓN EXCESIVA DE LOS PERJUICIOS. Conforme los reconocidos por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, los cuales deben ser probados.

4. LA GENÉRICA.

La demandada **EPS SURAMERICANA S.A.** (carpeta 01Primera Instancia/
carpeta 01CUADERNO PRINCIPAL/archivo 09RespuestaDemandaSura29062022)

admite como cierto que la señora CLAUDIA PATRICIA tenía la calidad de cotizante, y como tal recibió atención médica en la CLÍNICA SOMA en virtud del contrato que con ella tienen para la prestación de los servicios médicos a sus afiliados, quien actúa con plena autonomía técnica y científica, por tal motivo no le constan los pormenores de la atención recibida por la paciente; sin embargo, la historia clínica de la señora CLAUDIA PATRICIA documenta que ella misma aumentó, sin orden médica, la dosis de levotiroxina y que se auto medicó con salbutamol desde el día anterior, encontrándola al examen físico hemodinámicamente estable, sin crepito a la auscultación, sin soplos y con la frecuencia cardíaca alterada (142 latidos por minuto-lpm), por lo que se le practicó electrocardiograma que reportó taquicardia sinusal que mejoró con el suministro de metoprolol, también se le practicaron exámenes de cloro, creatinina, hemograma, entre otros, que sugerían que la alteración cardíaca se debía a la automedicación. Tras varias horas de monitoreo, y dado que se encontraba en adecuadas condiciones, se le dio de alta, se ordenó propanolol, suspender la levotiroxina, examen de TSH en tres semanas, ecocardiograma y revisión por medicina interna, no había indicación alguna para dejarla hospitalizada, no había signo o síntoma sugestivo de tromboembolismo pulmonar. Niega que a la paciente se le haya brindado una “atención ligera” o que no se tuvieron en cuenta sus antecedentes, por el contrario, esa atención se ciñó a la *lex artis*.

Advierte que no le consta que CLAUDIA PATRICIA gozara de buena salud durante su vida y que solo a finales de 2018 presentara edemas en los miembros inferiores, disminución en la orina y disnea leve que no le impedía continuar con sus labores, ateniéndose a la historia clínica, donde se encuentra que tuvo problemas vasculares, gastritis crónica, miomatosis uterina, hiperplasia endometrial, hipotiroidismo e hipertensión.

Acepta que la paciente fue atendida el 21 de enero de 2019 en la CLÍNICA SOMA por los médicos JONNY ALEXANDER CASTAÑO y JAIRO GIOVANNI MONCAYO prestándole la atención como se describió antes.

Dice que no le consta los hechos relacionados con lo sucedido luego de ser dada de alta, siendo cierto que el día 21 de enero de 2019 ingresó a la IPS CLÍNICA SOMA a las 22:34 sin signos vitales, por lo que fue trasladada a la sala de reanimación, donde tras 28 minutos de intentar reanimación cardiopulmonar (RCP) se declaró su muerte. Tampoco le consta lo que el personal de la IPS le informara al señor JHON JAIRO o lo que presenciara, siendo falso que la señora ARANGO ingresara al servicio consciente. Indica que en historia clínica se registró por parte de la Dra. MELISSA GARCÍA que “...considero que requiere necropsia clínica...” sin que le conste que haya sido la familia quien pidió que ésta se realizara.

Aclara que según la necropsia la paciente tuvo un choque cardiogénico por un tromboembolismo pulmonar agudo, pero lo que no es cierto es que su fallecimiento se deba a una falla en la atención dispensada, la cual se ajustó a la *lex artis*. Expresa que esta patología es de difícil diagnóstico y es de alta mortalidad, máxime en este caso en que no había signo o síntoma sugestivo de TEP, y por el contrario se explicaron por la medicación consumida por la paciente sin orden médica. La atención no fue tardía.

No le consta los hechos relativos a la vida personal, familiar y laboral de CLAUDIA PATRICIA, su rol en la familia, como estaba integrada ésta, ni lo narrado con relación a los hijos y sus afectaciones.

Se opone a las pretensiones y en su defensa propone excepciones que denominó:

1. NO ATRIBUIBILIDAD DEL DAÑO A LA EPS SURA. No se señala la falla que se le imputa a la EPS SURA, no se indica de qué debe defenderse. La EPS cumplió con todas sus obligaciones como promotora de servicios de salud, sin participar en la atención médica.

2. DILIGENCIA Y CUIDADO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DISPENSADA. Como lo documenta la historia clínica la atención fue correcta y oportuna, no hay culpa y por ello las pretensiones no están llamadas a prosperar. Hace recuento de lo contestado a los hechos.

LLAMAMIENTOS EN GARANTIA

1. SEGUROS DEL ESTADO fue llamado en garantía por la IPS CLÍNICA SOMA y respondió a la demanda y el llamamiento (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta 01 CUADERNO PRINCIPAL/archivo 19. ContestaciónDdaY LlamamientoSegurosEstado).

En el escrito a través del cual hace el llamado en garantía la CLINICA SOMA (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta 03 LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA/carpeta SOMA-A-SEGUROSDELESTADO/archivo LlamamientoSoma-ASegurosDelEstado 22062022) expone que mediante la póliza número 65-03-101009762 se suscribió entre SEGUROS DEL ESTADO y la SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A. SOMA contrato de seguro de responsabilidad civil profesional Clínicas y Hospitales, siendo el tomador y asegurado SOMA y beneficiarios terceros afectados, la póliza tiene una vigencia inicial del 8 de mayo de 2014 hasta el 8 de mayo de 2015, que ha venido siendo renovada y cubre la presente demanda del 28 de febrero de 2018 al 28 de febrero de 2019, teniendo en cuenta que la atención médica brindada fue el 21 de enero de 2019.

Con base en esta póliza SOMA pretende que en el evento que sea condenada al pago de alguna suma de dinero, se ordene a la aseguradora que realice el reembolso a la asegurada.

La llamada SEGUROS DEL ESTADO frente a los hechos de la demanda refiere que no le constan y se atiene a los documentos allegados, desconoce lo relacionado con el grupo familiar, su fecha de fallecimiento, la EPS a la que se encontraba afiliada, la calidad en que se encontraba afiliada, lo concerniente al ingreso de la paciente a la CLÍNICA SOMA el 21 de enero de 2019, su cuadro clínico, la atención brindada, pero en la historia clínica se registra que fue adecuada, allí se anota que ingresó con disnea de 15 días de evolución y los antecedentes, indicando la paciente que se auto aumentó la dosis de levotiroxina de 100 a 150 mg y se auto medicó salbutamol y posterior a ello inician los síntomas, lo que podría explicar la disnea y la taquicardia.

Aclara que a la paciente desde su ingreso se le realizó la debida atención y evaluación, dejándola en observación, suministrando

medicamentos, ordenando y realizando paraclínicos, destaca que se le realizó un ecocardiograma que no sugirió hallazgos de isquemia aguda coronaria, con los resultados es valorada nuevamente y se encuentra hemodinámicamente estable, se ordena reajustar la dosis de levotiroxina y se suministra medicamentos para los síntomas, se ordena otros exámenes, consulta con medicina interna etc. Señala que según la historia clínica la paciente no gozaba de buena salud hasta antes de la fecha del fallecimiento, información que la parte demandante omite exponer en la demanda. La atención brindada en el primer ingreso fue oportuna y adecuada.

Sobre el reingreso el mismo día a las 22:23 de la noche, advierte que, según la historia clínica, ingresó sin signos vitales, siendo pasada a sala de reanimación, donde se intentan maniobras sin éxito, declarando su fallecimiento a las 22:54 horas.

Se opone a las pretensiones de la demanda, objeta el juramento estimatorio y propone excepciones de fondo que llamó:

1. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE/CULPA PROBADA.

La responsabilidad recae en tres pilares, culpa, daño y nexo causal. Respecto de la culpa la jurisprudencia ha consolidado posición, para señalar que la parte actora debe probar que la atención brindada por el profesional fue negligente, inoportuna, imperita, y tuvo incidencia causal en el daño que se reclama, que la actuación médica estuvo por fuera de la *lex artis* y los protocolos en la materia.

2. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA CLÍNICA SOMA.

Además de demostrar que la atención estuvo por fuera de la *lex artis* y la ciencia médica, la parte demandante debe demostrar cual era la conducta que debieron adoptar los médicos para evitar el resultado. En este caso la parte actora realiza consideraciones subjetivas sin sustento científico ni fáctico.

3. INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL FRENTE A LA CLÍNICA SOMA.

Tampoco se reputa posible demostrar el nexo de causalidad en el presente proceso, se reclama por una inadecuada atención

médica el 21 de enero de 2019 y que por ende no se realizó un diagnóstico adecuado para su cuadro clínico, pero resulta claro que la paciente recibió una atención oportuna, se ordenaron exámenes para esclarecer su cuadro clínico el cual se determinó en forma adecuada y coherente, siendo la causa la automedicación y el aumento de la dosis de medicamento, se le brindó atención mientras estuvo en observación, siendo dada de alta sin que presentara signos o síntomas que permitieran pensar en hospitalización.

4. AUSENCIA DE PRUEBA DEL PERJUICIO MORAL RECLAMADO. No basta con reclamarse un perjuicio, debe probarse con certeza que se causó, así como su cuantía y extensión. Y en caso de condena deberá tenerse en cuenta los parámetros jurisprudenciales en materia civil fijados por la Corte Suprema de Justicia.

Continúa con la respuesta al llamamiento en garantía que le hiciera la CLÍNICA SOMA.

Acepta como ciertos unos hechos, y precisa que SEGUROS DEL ESTADO expidió la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No 65-03-101009762, con vigencia inicial entre el 08 de mayo de 2014 al 08 de mayo de 2015, renovada cada año incluyendo la vigencia entre el 28 de febrero de 2018 al 28 de febrero de 2019.

El objeto de la cobertura se pactó *“RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VÍCTIMA COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCIÓN U OMISIÓN EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION”*; la base de la cobertura es POR OCURRENCIA, por los eventos ocurridos en la vigencia de la póliza; el valor asegurado y deducible será de \$1.500'000.000 siempre y cuando los hechos por los cuales sea condenada la asegurada encuadren en el objeto de cobertura y no se encuentren expresamente excluidos; el deducible pactado es del 10% de la suma que deba asumir por concepto de indemnización de perjuicios, mínimo \$5'000.000.

Se opone a las pretensiones del llamamiento, por cuanto en el proceso no se encuentran los elementos de la responsabilidad, con base en los cuales se genere obligación indemnizatoria a cargo del asegurado. Y propone excepciones de mérito: 1. LIMITE DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA. 2. DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA. 3. CONDICIONES ADICIONALES DE LA PÓLIZA.

2. El Dr. JAIRO GIOVANNI MONCAYO fue llamado por la CLINICA SOMA y respondió a la demanda y el llamamiento (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta CUADERNO PRINCIPAL /archivo 26.ContestaciónDda.DrJairoGiovani18112022).

La CLÍNICA SOMA en su escrito (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta 03 LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA/ carpetaSOMA-A-JAIROGIOVANIMONCAYO/archivo LlamamientoSoma-AJairoGiovanimoncayo22062022) manifiesta que en la demanda se afirma que la atención brindada en urgencias fue ligera, sin tener en cuenta los antecedentes personales y familiares de la paciente, dándola de alta sin realizar exámenes adecuados y con un diagnóstico ligero, la atención a la señora CLAUDIA PATRICIA fue brindada por el Dr. JAIRO GIOVANNI MONCAYO VIVEROS, quien para la fecha del hecho se encontraba vinculado con contrato de trabajo, y de acuerdo al artículo 2341 y siguientes del Código Civil, la CLÍNICA SOMA está facultada para llamar en garantía al médico, así mismo la Ley 1438 de 2011 que regula el sector salud, establece que el acto médico es un acto propio, y el artículo 88 del Reglamento para el Ejercicio de la Medicina de la Clínica Soma reza que *“La clínica llamará en garantía al médico y personal paramédico involucrado en casos de demandas realizadas por pacientes en contra de SOMA”*.

Su petición, teniendo en cuenta, que la demanda se presenta por la atención médica realizada entre otros por el Dr. GIOVANNI, en el evento que se condene a SOMA al pago de alguna suma de dinero, se ordene al llamado el reembolso de la misma.

El llamado Dr. GIOVANNI MONCAYO sobre los hechos de la demanda expresa que unos le constan y otros no son ciertos, y deberán probarse. Expone que no le consta lo relacionado con el grupo

familiar y la afiliación de la paciente. Indica que la parte demandante hace manifestaciones sin soporte fáctico, material y científico, pues contrario a lo afirmado, se le brindó a la señora CLAUDIA PATRICIA una atención acorde y ajustada a la información suministrada en la consulta, a la condición clínica y evolución durante la atención, por tanto, deberá probar la negligencia, imprudencia o impericia.

Afirma que la atención que brindó a la paciente fue diligente, prudente y perita, además de no haber realizado manifestación alguna en el sentido que refieren los demandantes. Y que la atención que se le brindó cuando reingresó fue la que requería, y al no tener claridad sobre la causa de muerte se llevó a cabo necropsia clínica, que fue practicada en el Hospital San Vicente Fundación. Las afirmaciones de la parte demandante son subjetivas que no se ajustan a lo realmente acontecido, carecen de soporte fáctico y técnico científico.

En relación con los hechos narrados en el llamamiento refiere que unos hechos son parcialmente ciertos, otros no lo son y algunos si son ciertos.

Afirma que no es cierto que la atención dispensada por él fuera ligera o alejada de los lineamientos de la *lex artis*, y que era empleado de la CLÍNICA SOMA y en virtud de dicha subordinación el 21 de enero de 2019 atendió a la paciente CLAUDIA PATRICIA. Ante la adecuada atención, no resulta procedente el llamamiento en garantía, pues la norma no establece obligación de garantía, como se pretende hacer ver, la cual debe ser probada por la entidad llamante.

Se opone a las pretensiones del llamamiento y propone como excepciones de fondo frente a la demanda y al llamado en garantía:

1. CONDUCTA AJUSTADA A LA LEX ARTIS AD HOC.
2. AUSENCIA DE CULPA.
3. INEXISTENCIA DE DAÑO IMPUTABLE.
4. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL.
5. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE GARANTIA.
6. TASACIÓN EXCESIVA DE PERJUICIOS.
7. GENÉRICA.

3. La CLÍNICA SOMA fue llamada en garantía por la EPS SURAMERICANA S.A. (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta 03 LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA/ carpeta SURA-A-SOMA/archivo01. EscritollamamientoGarantía26062022) y respondió (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta CUADERNO PRINCIPAL /archivo 29. RespuestallamamientoEpsSura23112022).

En el escrito del llamamiento, la EPS SURA manifiesta que celebró contrato de prestación de servicios de salud, en virtud del cual, la llamada se obligó a prestar bajo su responsabilidad profesional, con sus propios recursos humanos, técnicos, administrativos y locativos, servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud y Planes Complementarios a sus afiliados. La vigencia del contrato inicial sería entre el 9 de febrero de 2010 y el 31 de enero de 2011 el cual se ha prorrogado año a año ante el silencio de las partes sobre la decisión de darlo por terminado, estando vigente en enero de “2018”, y en su cláusula segunda se establecieron las obligaciones de la clínica (2.1; 2.1.1; 2.1.1.2 y 2.1.1.7).

La paciente CLAUDIA PATRICIA estaba afiliada a la EPS SURA y en esa calidad recibió atención en la CLÍNICA SOMA el 21 de enero de 2019, tras presentar leve disnea, mareo y malestar, se practicaron ayudas diagnósticas, entre ellas un electrocardiograma que reportó taquicardia sinusal, dejada en observación fue dada de alta tras presentar mejoría con el suministro de metoprolol, pero fue llevada nuevamente a las 22:23 ingresando sin signos vitales, y tras intentos fallidos de reanimación se declaró su muerte y se ordenó autopsia clínica, en la que se concluyó que la paciente presentó choque cardiogénico debido a tromboembolismo pulmonar agudo.

Pretende que en caso de constatarse culpa en la CLINICA SOMA en la atención brindada a la paciente, se le condene a reembolsar a la EPS SURA lo que ésta tuviere que pagarle a la parte demandante en virtud de una eventual sentencia condenatoria.

La llamada responde que es cierto que entre ellas se suscribió contrato de prestación de servicios de salud, por medio del cual la CLÍNICA SOMA se comprometía a prestar los servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud y Planes Complementarios a sus afiliados,

cuya vigencia sería del 9 de febrero de 2010 hasta el último día de enero de 2011, con prórroga automática si ninguna de las partes manifestaba su voluntad de darlo por terminado, y así se ha venido renovando y estaba vigente para el mes de enero de “2018”.

Afirma que es cierto que CLAUDIA PATRICIA se encontraba afiliada a la EPS SURA y por ello fue atendida el 21 de enero de 2019, al presentar leve disnea, haber sentido mareo y malestar durante la mañana, dejando la observación pertinente en la historia clínica en el ítem plan, se realizan varias ayudas diagnósticas, entre ellas un electrocardiograma que reportó taquicardia sinusal, a la paciente se deja en observación seis horas y con los resultados de los exámenes es evaluada nuevamente y se encuentra hemodinámicamente estable, sin crepito a la auscultación, sin soplos y se diagnostica taquicardia sinusal secundaria a ajuste inadecuado de levotiroxina que requiere reajuste y manejo sintomático con propanolol, dejando orden para evaluación con resultados de TSH en cuatro semanas, nuevo ecocardiograma, revisión por medicina interna explicando signos y síntomas de alarma, dándola de alta, ya que no había indicación de dejarla hospitalizada. Ya para la atención del mismo día a las 22:34, es ingresada a reanimación y se declara su muerte tras los intentos fallidos de reanimación y se ordena necropsia clínica.

Se opone a las pretensiones del llamamiento, ya que la SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A. actuó de forma diligente, cuidadosa, oportuna en el tratamiento y diagnóstico y por tanto no existirá obligación para la clínica de reembolsar a la EPS suma alguna.

Propone excepciones. 1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. El manejo dado a la paciente fue de acuerdo con la *lex artis*, se realizaron los exámenes necesarios de acuerdo a los síntomas al momento de la consulta, se deja en observación, se diagnostica y se da de alta con instrucciones de reconsulta.

4. El Dr. JHONNY ALEXANDER CASTAÑO VIVEROS contestó la demanda y el llamado en garantía en forma extemporánea, así se decidió en auto del 23 de marzo de 2023 (carpeta 01PrimeraInstancia

/carpeta CUADERNO PRINCIPAL/archivo 36 AutoResuelveVariosFijaFechaAudiencia 23032023), por tanto, no se hará referencia a sus dichos.

Fue llamado en garantía por la CLINICA SOMA (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta 03 LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA/ carpeta SOMA-A-JHONNYALEXANDERCASTAÑO/archivo LlamamientoSoma-AJhonnyAlexander Castaño 22062022) manifiesta que en la demanda se afirma que la atención brindada en urgencias fue ligera, sin tener en cuenta los antecedentes personales y familiares de la paciente, dándola de alta sin realizar exámenes adecuados y con un diagnóstico ligero, la atención a la señora CLAUDIA PATRICIA fue brindada, entre otros médicos, por el Dr. JHONNY ALEXANDER CASTAÑO MORALES, quien para la fecha del hecho se encontraba vinculado con contrato de trabajo, y de acuerdo al artículo 2341 y siguientes del Código Civil, la CLÍNICA SOMA está facultada para llamar en garantía al médico, así mismo la Ley 1438 de 2011 que regula el sector salud, establece que el acto médico es un acto propio, y el artículo 88 del Reglamento para el Ejercicio de la Medicina de la Clínica Soma reza que *“La clínica llamará en garantía al médico y personal paramédico involucrado en casos de demandas realizadas por pacientes en contra de SOMA”*.

Su petición, teniendo en cuenta, que la demanda se presenta por la atención médica realizada entre otros por el Dr. JHONNY ALEXANDER, en el evento que se concede a SOMA al pago de alguna suma de dinero, se ordene al llamado el reembolso de la misma.

ETAPAS PROCESALES SUBSIGUIENTES A LA INTEGRACIÓN DEL CONTRADICTORIO

Integrado el contradictorio, se corrió traslado de las excepciones y objeción al juramento estimatorio con auto del 27 de octubre de 2022, y se fijó fecha para la audiencia inicial con auto del 23 de marzo de 2023, para llevarla a cabo el 12 de septiembre de 2023 y se decretaron pruebas, entre otras decisiones. Llegada la fecha de la audiencia, se adelantaron las etapas de conciliación, interrogatorios de parte, fijación del litigio y saneamiento, se suspende y fija fecha para continuar con práctica de pruebas, alegatos y fallo, el 23 de

abril de 2024. En esta oportunidad, adiciona la fijación del litigio, se practica la prueba testimonial y se escucha los alegatos finales, fijando fecha para fallo el día 14 de mayo de 2024.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Proferida en audiencia llevada a cabo el 14 de mayo de 2024 (carpeta 01PrimeraInstancia /carpeta CUADERNO PRINCIPAL/archivo 56 05001310301520220003500) el a quo decidió negar las pretensiones y condena en costas a la parte actora.

Para llegar a esa decisión, inicia anunciando que no hará relación de los antecedentes conforme el artículo 280 CGP, establece la presencia de los presupuestos que le permiten proferir decisión de fondo, plantea el problema jurídico a resolver.

Expone las consideraciones, refiriéndose a la responsabilidad civil extracontractual, artículo 2341 Código Civil, explicando que el médico responde por los daños ocasionados en su ejercicio, teniendo una obligación de medio, debiéndose considerar en el ámbito de la culpa, pues se le exige actuar conforme la *lex artis* (cita jurisprudencia). Entonces debe acreditarse el hecho culposo, el daño y el nexo entre ellos, carga que le corresponde a la parte actora, como en este caso que se reclama por una atención inoportuna (cita jurisprudencia).

Se adentra en el caso en concreto, y refiere en síntesis los hechos narrados en la demanda, para anunciar la tesis del despacho que será la de que la parte demandante no logró acreditar los presupuestos de la acción, luego de analizar el material probatorio allegado.

Expone que si bien se acreditó la atención brindada el 21 de enero de 2019 y su fallecimiento el mismo día, debe verificarse si se probó el acto culposo médico, para ello analiza la historia clínica, la anamnesis, haciendo relación de lo registrado allí, la atención, lo encontrado, lo ordenado, exámenes practicados, etc.; refiere también a las notas de enfermería; analiza el interrogatorio del Dr. JHONNY ALEXANDER CASTAÑO quien explicó la atención que le brindó a la

paciente, y sobre la causa de la muerte señalada en la necropsia, dijo que el tromboembolismo pulmonar en silla de montar puede presentarse de forma aguda y súbita. Explica que debe distinguirse entre signos y síntomas y en la atención que le brindó no los encontró. Pasa al estudio del dicho del Dr. JAIRO GIOVANNI MONCAYO quien explicó la atención brindada, que no encontró síntomas de falla cardiaca, sino taquicardia resultado de la automedicación, ni de tromboembolismo pulmonar, el cual es de difícil diagnóstico, pero no existió sospecha, y no había síntomas por tanto no era viable realizar el examen para ello, dijo que es incompatible los hallazgos post mortem con la valoración médica recibida en la mañana, pues si presentaba tromboembolismo no podría salir caminando cuando se le dio de alta.

Con esta prueba, dice el juez, no se evidencia inoportunidad mucho menos falta de atención médica, por el contrario, se le prestó el cuidado pertinente, y por la naturaleza de la responsabilidad que se reclama la parte actora debía probar el hecho dañoso, pero no se acusó sino como una atención ligera por no tener en cuenta los antecedentes familiares, así las cosas no existe elemento alguno que permita soportar la afirmación de atención ligera, no se probó desde el campo de la medicina cual era la atención que realmente demandaba la paciente, menos que si se hubiere realizado se habría evitado el resultado muerte. No desconoce que el hecho de haber consultado en la mañana y fallecer en la noche sea llamativo, es solo eso, pues no se logró probar su conexión, y pese a que el apoderado de la demandante insiste en que la paciente debió dejarse hospitalizada, ello no paso de ser una apreciación sin soporte científico, cuando en la necropsia se señaló que hubo cuadro de disnea agudo y súbito, resaltando el juez, súbito.

Recuerda que el juicio de valor que se hace, se ubica temporalmente en enero de 2019, no retrospectivamente. Se ubica en la atención de la noche y lo registrado en la historia clínica, dando cuenta que llegó sin signos vitales y fue ingresada a sala de reanimación, y pese a los intentos se declaró su muerte 26 minutos después. La afirmación de que la paciente llegó consciente no tiene soporte, como se anotó en

la misma historia clínica, llegó sin signos vitales. Hace referencia al testimonio de DEISY que da cuenta que unos síntomas los tenía hacia como 15 días y que más o menos a las 8 pm un médico le dijo que estaba baja la saturación de oxígeno, y que la distancia de la casa a la clínica era como de 15 minutos, pero solo fue llevada dos horas después, sin explicación para ello, situación que pudo ser determinante.

Se refiere a los testimonios de LAURA VANESA DURANGO que realizó el triage cuando ingresó en la noche, quien dijo que la paciente nunca respondió, no tenía pulso y por eso se envió a reanimación, y SARA MELISA GARCIA CHAVARRIAGA quien atendió a la paciente a las 10:30 pm del día en que falleció, de ellos tampoco surge base para declarar responsabilidad de los demandados, ni siquiera para acreditar el hecho culposo.

IMPUGNACIÓN

La sentencia fue recurrida por la **parte demandante** y expuso en la audiencia como reparos, que fueron adicionados por escrito (carpeta 01PrimeraInstancia/carpeta CUADERNO PRINCIPAL/archivo 63AdiciónReparos Sentencia202200035) y sustentados en esta instancia (carpeta 02Segunda Instancia/archivo 07memorialsustentación).

1. Error al confundir que no hay prueba de la culpa del médico, cuya obligación es de medio, y por ello no haya culpa de la EPS que tiene una obligación de dar y de resultado. No puede el Despacho dejar de visualizar y apartarse del yerro cometido por los galenos al emitir un alta, a una paciente con padecimientos como los de CLAUDIA PATRICIA, quien falleció a causa de la inoperancia en el punto de salud, no se realizó el adecuado, oportuno, eficiente y eficaz manejo en la patología por la cual venía consultando. Se le trató por unos diagnósticos no acertados, más no por el que arrojó la necropsia, prueba que indicó la causa de la muerte.

2. Parte de aspectos no probados para justificar los probados, conforme la historia clínica, que llevarían a concluir la responsabilidad. El juzgado se aparta de las pruebas allegadas por la

parte demandante que dan cuenta de la responsabilidad de los demandados, la cual debió ser observada en comunidad y unidad probatoria, la historia clínica y la necropsia.

3. En la sustentación tiene conclusiones con hechos no probados, relacionando el tratamiento médico, pero no con los tiempos para indagar porque la paciente tuvo que ingresar en varias ocasiones al centro médico, así como la contradicción entre la intervención, los tiempos y la necropsia, llegando a conclusiones erróneas. El despacho debe detenerse a hacer un estudio minucioso y a fondo para esclarecer las causas reales, por las cuales la paciente tuvo que trasladarse varias veces al centro de salud para ser atendida, llamando la atención del porqué fue tardía, hubo un actuar omisivo, pues para el momento en que se le dio de alta no realizaron todos los exámenes conforme a las dolencias y padecimientos indicados y relacionados en la historia clínica en hora de la mañana.

4. En la motivación de la sentencia se parte de diagnósticos correctos para justificar tratamientos iniciales incorrectos y equívocos, generando conclusiones erráticas que no corresponden con la sana crítica, la historia clínica y la necropsia. El fallador se alejó de lo que estaba demostrado, desconociendo la actividad probatoria y cometiendo yerros que dejan una desazón en el núcleo familiar. Hay una indebida interpretación de lo que es un acto médico, la responsabilidad médica y la relación médico-paciente y la normativa civil contractual de carácter civil aplicable a esta relación atípica e innominada.

5. Se ha dejado de tener por probado lo que está probado en el proceso como fue no tener un diagnóstico de la muerte en el momento del hecho, como lo indica la necropsia la causa de la muerte fue un choque cardiogénico debido a un tromboembolismo pulmonar agudo entre otros. El a quo se apartó del estudio de las pruebas, dando un valor contrario y errado, ya que ni siquiera las tuvo en cuenta en el fallo.

6. La sentencia viola indirectamente la ley sustancial en la modalidad de interpretación errónea de las pruebas allegadas al proceso que dan cuenta de la transgresión del artículo 29 superior, en concordancia con los artículos 165 y 167 del C.G.P. La parte actora cumplió con la carga impuesta por el artículo 167 del C.G.P. en cuanto a los elementos estructurales de la responsabilidad, hecho, daño y nexo, con la historia clínica y la necropsia donde se evidencia que no se realizó un procedimiento y tratamiento adecuado al no tener un diagnóstico acertado de las dolencias y afecciones de CLAUDIA PATRICIA. Correspondía a la parte demandada probar la diligencia y cuidado que le incumbe, pero no hay diagnóstico acertado ni oportuno. Solicita se tenga en cuenta la sentencia SC13925-2016 M.P. Ariel Salazar Ramírez.

7. Muestra inconformidad con la condena en costas, la cual considera es exorbitante. No se tuvo en consideración el tipo de pretensión, que solo era perjuicios extrapatrimoniales, que no tiene la carga del juramento estimatorio, desincentivando el acceso a la administración de justicia ante la desproporción de la condena y falta de razonabilidad.

En esta instancia se pronunció el Dr. JHONNY ALEXANDER CASTAÑO VIVEROS, llamado en garantía, JAIRO GIOVANNI MONCAYO llamado en garantía, la demandada SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A.S SOMA, y la EPS SURAMERICANA S.A. demandada.

II. CONSIDERACIONES

1. VERIFICACIÓN DE PRESUPUESTOS PROCESALES Y AUSENCIA DE IRREGULARIDADES CONFIGURATIVAS DE NULIDAD

La Corporación ha establecido que en el caso bajo examen concurren los presupuestos procesales necesarios para proseguir con el trámite de la segunda instancia, sin que se advierta irregularidad constitutiva de nulidad que pueda comprometer la validez de lo actuado hasta el momento, lo cual permite a este Tribunal asumir la resolución del recurso de alzada en los términos planteados por la parte recurrente.

2. PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER

Deberá esta Sala de Decisión determinar si dentro del asunto de la referencia, procede confirmar la decisión adoptada en primera instancia, en cuanto que denegó las pretensiones por falta de prueba de los presupuestos de la acción, o si ésta debe revocarse de cara a los reparos planteados encaminados a discutir la valoración probatoria respecto de la historia clínica y el informe de necropsia.

3. PREMISAS JURÍDICAS APLICABLES AL CASO

3.1. RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

En este tipo de responsabilidad civil donde se enjuicia un acto médico, es necesario que concurren todos los presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, como son la prueba de una conducta activa u omisiva, violación del deber de asistencia y cuidado profesional traducido en culpa del médico; el daño padecido por la parte demandante a causa de esa conducta médica; y la relación o nexo de causalidad adecuada entre el comportamiento activo u omisivo del profesional y el daño padecido por el actor.

En el enjuiciamiento se parte entonces del análisis de la conducta médica, la cual *“puede ser un hecho positivo: acción por comisión o un hecho negativo: acción por omisión. Así la conducta del médico comprometerá su responsabilidad cuando niega la asistencia al paciente y será por un hecho negativo. En cambio cuando el médico cumple mal su trabajo por imprudencia o impericia que causa o genera un daño al paciente, está realizando un hecho positivo donde compromete su responsabilidad”*. (ROJAS Salgado Manuel de Jesús, Responsabilidad Civil Médica, 3 ed., 2015, Librería Jurídica Sánchez R. Ltda, cita a Yepes Restrepo Sergio, pag.69).

Para determinar la conducta culpable del médico, sea esta por acción o por omisión, es necesario establecer la diferencia entre obligaciones de medio y de resultado. Las primeras, es decir las de medio, son las que permiten al deudor obrar dentro de las reglas de la diligencia y cuidado, no asume responsabilidad por la inejecución o el resultado adverso en la ejecución de sus obligaciones. En la relación jurídica médico-paciente, el médico asume la posición de

deudor de la prestación y siendo así, el deudor se exonera demostrando que actuó en forma diligente y cuidadosa (artículo 1604 inc. 3), corriendo con la carga de la prueba de lo contrario, la parte que lo reclama. Tipo de obligación que corresponde a los profesionales de la medicina, quienes, en desarrollo de la prestación de los servicios médicos, asumen la obligación de otorgar al paciente el tratamiento que aconseja la *lex artis*, pero no pueden garantizarle que se mejorará, por lo que se traslada a la parte demandante la carga de la prueba de la negligencia, impericia e imprudencia presentada en ese acto médico que se demanda.

Por el contrario, en las obligaciones de resultado, el deudor se ve forzado a garantizar la prestación perseguida por el acreedor, considerándose en algunos casos que no hay exoneración, presumiéndose la culpa, como ejemplo la deuda de una suma de dinero, el contrato de transporte y en algunas ocasiones la atención médica cuando se ha adquirido esta obligación.

Ese acto médico que se juzga debe estar acompañado de la demostración de la culpa o negligencia, carga probatoria que corresponde a la parte demandante, quien debe demostrar que la actividad médica fue culposa, entendiendo la culpa conforme a lo que desde antaño ha venido diciendo la Corte Suprema de Justicia, cuando en sentencia de marzo 5 de 1940, señaló *“culpa que el profesional de la medicina comete infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada lex artis o lex artis ad hoc”*.

Sobre la demostración de la **CULPA** en tratándose de responsabilidad médica por obligaciones de medio, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 30 de noviembre de 2011, ha señalado:

2.2. En punto de la aludida responsabilidad en el ámbito contractual, la Sala, en pronunciamiento de 30 de enero de 2001 (expediente No. 5507), expresó que fue *“en la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.), donde la Corte, empezó a esculpir la doctrina de la culpa probada”*, criterio que, *“por vía de principio general”*,

es el que actualmente ella sostiene, que fue reiterado en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), en la que se afirmó que “(...) ‘el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación’ (...)”, 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), “8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998” (se subraya).

Más adelante puntualizó que “*resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 lo afirmó la Corte en la sentencia de 5 de marzo, que es ciertamente importante, ‘el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado’*”.

En definitiva, allí se concluyó “*que en este tipo de responsabilidad [médica contractual] como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa (...).* (Negrilla fuera del texto original).

En providencia no muy añeja, SC3919-2021, la Corte Suprema de Justicia reitera que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico son los mismos de régimen general de responsabilidad, y en tratándose de la culpa, memora que esta se presenta cuando la conducta del médico no se ajusta a la *lex artis*, citando allí SC2555 del 12 de julio de 2019 y SC2804 del 26 de julio de 2019, refiriéndose también al nexo de causalidad. Y en SC4425-2021 mantiene la postura que la responsabilidad del galeno se enmarca dentro de la culpa probada en los siguientes términos:

En juicios similares al que ahora ocupa la atención de la Corte, establecer la existencia y extensión de los daños corporales del paciente no suele ser una tarea excesivamente compleja o dispendiosa. De ahí que, ordinariamente, el debate procesal termine centrándose en la demostración de los otros dos puntales de la responsabilidad civil médica, esto es, el actuar culposo del galeno demandado -entendido como la inobservancia de la *lex artis ad hoc*- y su vínculo de causalidad con el menoscabo anunciado en la demanda.

En cuanto a lo primero, conviene insistir en que el fundamento de la responsabilidad civil del médico es la culpa, conforme la regla general que impera en el sistema jurídico de derecho privado colombiano. Por consiguiente, salvo supuestos excepcionales -como la existencia de pacto expreso en contrario-, la procedencia de un reclamo judicial indemnizatorio relacionado con un tratamiento o intervención médica no puede establecerse a partir de la simple obtención de un resultado indeseado -v.gr. el agravamiento o la falta de curación del paciente-, sino de **la comprobación de que tal contingencia vino precedida causalmente de un actuar contrario al estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud.** (se resalta)

Ese estándar, cabe precisarlo, no puede asimilarse completamente a ninguno de los que consagra el precepto 63 del Código Civil para los distintos tipos de culpa (como el parámetro del *buen padre de familia*), ni tampoco al criterio genérico de «*persona razonable*», pues debe tener en cuenta las especiales características de la labor del personal médico. Lo anterior explica la necesidad de acudir a una pauta diferenciada, denominada *lex artis ad hoc*, esto es,

«(...) el estándar de conducta exigible al profesional medio del sector, que actúa de acuerdo con el estado de los conocimientos científicos y técnicos existentes en el ámbito médico y dentro del sector de especialidad al que pertenece el profesional sanitario en cuestión. En la jurisprudencia alemana se habla del nivel de diligencia “de un profesional de la medicina respetable y concienzudo, con la experiencia media en el correspondiente campo de especialidad”, o dicho de otro modo, de la conducta “que se esperaría de un colega en la misma situación”. Del mismo modo, los tribunales ingleses exigen un nivel de diligencia superior al del “hombre normal y razonable”, que tome en consideración la experiencia, habilidades, técnicas y conocimientos que se esperan del profesional medio del sector».

Lo anotado equivale a decir que la imputación subjetiva de los galenos debe construirse comparando su proceder con

el que habría desplegado un colega de su especialidad, con un nivel promedio de diligencia, conocimientos, habilidades, experiencia, etc., en caso de haberse enfrentado, hipotéticamente, al cuadro clínico del paciente afectado. Esto explica la referencia a una *lex artis ad hoc*, que no es otra cosa que evaluar la adecuación de las actividades del personal de salud de cara a la problemática específica de cada persona sometida a tratamiento, observando variables como su edad, comorbilidades, diagnóstico, entre otras que puedan identificarse para cada evento concreto.

En los juicios de responsabilidad médica, entonces, se torna necesario determinar la conducta (abstracta) que habría adoptado el consabido profesional medio de la especialidad, enfrentado al cuadro del paciente, y atendiendo las normas de la ciencia médica, para luego compararlo con el proceder del galeno enjuiciado, parangón que ha de permitir establecer si este último actuó, o no, de acuerdo con el estándar de conducta que le era exigible. Si lo primero, no podrá concretarse la responsabilidad civil; si lo segundo, será necesario entroncar su “culpa”, en el sentido explicado, con el resultado dañoso alegado en la demanda. (véase también SC 3604-2021)

Se suma a los anteriores presupuestos de la acción de responsabilidad civil, la demostración del daño causado con esa conducta médica culposa.

Acreditados estos presupuestos en un determinado escenario donde se juzgue la responsabilidad civil por el acto médico, hace falta la presencia del nexo causal o relación de causalidad, consistente en la conexión o enlace que debe existir entre el daño sufrido y el incumplimiento de la obligación asumida por el demandado, lo que se traduce en que ese incumplimiento sea la causa del daño. Es decir, debe haber certeza sobre el nexo causal entre la causa del daño que deberá ser actual y cierta y el daño mismo.

III. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

Conforme lo disponen los artículos 320 y 328 del Código General del Proceso, serán los aspectos objeto de reparos concretos y debidamente sustentados en esta instancia, los temas sobre los cuales tendrá competencia el Tribunal para pronunciarse, debiendo esta Sala limitarse a ellos al momento de resolver el recurso de alzada, y de ser necesario abordar los asuntos consecuenciales.

Sea lo primero decir que leídos con detenimiento los reparos, se encuentra que en ellos se está reclamando por un indebida valoración probatoria en relación con la historia clínica y el informe de necropsia, y por considerar que hubo un diagnóstico no acertado y oportuno con base en esos mismos medios de prueba, y para abordar estas inconformidades, se iniciará por analizar la historia clínica y el informe de necropsia, y determinar si de ese material probatorio se puede extraer con certeza que la atención médica no fue oportuna, perita, diligente, cumpliendo con la *lex artis* señalada para el caso.

En sentencia reciente, SC426-2024, la Corte Suprema de Justicia destacó la importancia de la historia clínica en los casos en que se reclama por responsabilidad médica, trayendo a colación la sentencia SC 13925-2016, que cita el recurrente, y dijo:

La relevancia de los datos consignados en la Historia Clínica ha sido tema de amplio estudio en la Corporación; es así como en CSJ SC13925-2016 se resaltó como

[I]os flujos eficientes de información son absolutamente importantes para lograr una atención integral, continua y de calidad según los estándares del ámbito médico; siendo la historia clínica uno de los instrumentos más valiosos –si no el máspreciado de todos– para efectos de transmitir una correcta información que redundadirectamente en la salud del usuario. Tan importante como los conocimientos médicos y la pericia profesional al momento de aplicarlos, es la transmisión óptima de ese conocimiento al equipo de trabajo, al paciente y a su familia.

Lo anterior no sólo se debe a la garantía del derecho fundamental a la información, sino, principalmente, a que un quiebre en la comunicación de los profesionales de la salud aumenta enormemente las probabilidades de errores previsibles que la organización tenía el deber de evitar. Ello no es algo que traspase las posibilidades cognoscitivas de los miembros de la empresa de salud ni es una política que la organización puede adoptar o inobservar a su antojo, sino que es una verdadera obligación jurídica.

En efecto, la Resolución número 1995 de 1999 emanada del Ministerio de Salud, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, define este instrumento como un documento «en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás

procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención».

Con el fin de lograr la eficiente transmisión de la información consignada en la historia clínica, el artículo 5° ejusdem dispone que este documento «debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma».

La violación de estas normas técnicas lleva implícita la culpa de la organización sanitaria cuando los daños ocasionados a los usuarios del sistema de salud pueden estar razonablemente relacionados con brechas en la comunicación que resultan del diligenciamiento y manejo inadecuado de la historia clínica.

Sin embargo, su apreciación no puede resultar aislada de los demás medios de convicción recaudados ya que, como se resaltó previamente en CSJ SC15746-2014, *«su mérito probatorio debe establecerse «de acuerdo con las reglas de la sana crítica», debiendo ser apreciada en conjunto con las pruebas restantes, máxime cuando su contenido se refiere a conceptos que en muchos casos son ajenos al conocimiento del funcionario»*.

Conociendo la importancia de la historia clínica, y en este caso no fue atacado su contenido sino su valoración probatoria, se procederá a su análisis para establecer si de ella se puede extraer una mala práctica de los médicos que atendieron a la señora CLAUDIA PATRICIA ARANGO CASTAÑO el 21 de enero de 2019 en horas de la mañana, atención sobre la cual recae el objeto de este proceso.

En las notas de enfermería (pág. pdf 104/archivo03.Demandayanexos) se registra a las 9:30 el ingreso, siendo atendida por el Dr. Jhony, se toma EKG e inicia maniobras con jeringa; a las 10:08 se registra que persiste taquicardia y se pasa a bolo de solución salina + ampolla de metoprolol; a las 10:19 se anota que termina el bolo, mejora la frecuencia cardiaca y se instala infusión solución salina 500 CC+ 1 ampolla de metoprolol y la paciente manifiesta mejoría de los síntomas; nota de las 13:14 con mejoría de su taquicardia y sensación de disnea y a las 14:16 se registra que sigue en urgencias y fue evaluada nuevamente con resultado de exámenes, dándola de

alta con orden para paraclínicos ambulatorios, instrucciones médicas entre otros.

En la historia clínica allegada se encuentra (pág. pdf 72 y sig/archivo 03.DemandayAnexos) en la epicrisis, atención de urgencias a las 10:55, se registra como motivo de consulta lo que la paciente expresó “*me sentí mal esta mañana*” y como enfermedad actual “*Cuadro de pocas horas de evolución, refiere que hoy a a (sic) las 7:30 am aproximadamente y luego de realizar una tarea del hogar presentó sensación de mareo y malestar, niega dolor precordial, disnea leve asociada pero constante, no pérdida de la conciencia ni traumas asociados, no emesis, ni fiebre, previamente sana, refiere que viene en control de la tiroides, además manifiesta que se autoaumentó la dosis de levotiroxina de hoy de 100 a 150 mcg dosis única, también refiere que se ha automedicado salbutamol inhalado ayer y hoy, 3 puff ayer y hoy en la mañana, no otros síntomas asociados*”, haciendo revisión por sistemas, tomando nota de los antecedentes personales y plasmando allí que se le había realizado cirugías de tubectomía, conización y safenectomía, en otros antecedentes, manejo con levotiroxina 100mcgx1, losartan50x1, ASA 100x1, y como enfermedades orgánicas, hipotiroidismo e hipertensión arterial.

A las 11:10 se registra lo encontrado en el examen físico, resaltando esta Sala que en su condición al llegar se encontró “*Ansioso*” y sus signos vitales frecuencia cardíaca 142 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, temperatura 36.20 °C, saturación de oxígeno 95%, respiración normal, presión arterial 128/86, al examinar por regiones encontró en el corazón “*Taquicardia, pulso radial presente y simétrico, intensidad constante, llenado capilar de 1 segundo*”, las demás normal. De esta revisión se diagnostica como principal “**TAQUICARDIA SUPRAVENTICULAR**” COD I471, con estado inicial en estudio, se fija el plan de manejo y clasifica como urgencia no vital.

Siendo la 11:28 en la atención de urgencias, se dieron órdenes médicas como canalizar vena, control de signos vitales, cuidado de enfermería, observación, vigilar curva térmica, vigilar dolor, vigilar

llenado capilar, vigilar mareo, vigilar signos de infección, electrocardiograma, oximetría; y de laboratorio (hora 11:24) se ordenó hemograma tipo IV, creatinina, proteína C reactiva cuantitativa, TSH (hormona estimulante de la tiroides), (hora 11:26) sodio, potasio y cloro. Se registra el suministro de medicamentos a las 11:21 y 11:22, solución salina 0.9%, 500 mililitros, intravenoso a necesidad, metoprolol ampolla 5mg/5ml intravenoso dosis única “y *pasar a chorro*”, metoprolol ampolla 5mg/5ml intravenoso dosis única “y *pasar a goteo para 1 hora luego de la primera dosis y si la frecuencia cardiaca persiste sobre 100 latidos por minuto*”.

Luego, a las 13:34, en el mismo servicio de urgencias, y obtenidos los resultados de los exámenes ordenados, se registra leve palpitations, hemodinámicamente estable, sin crépitos a la auscultación, sin soplos, resto del examen físico sin cambios, ECG taquicardia sinusal, y como *“opinión” “taquicardia sinusal secundaria a ajuste inadecuado de levotiroxina”*, requiere reajuste de dosis, nueva evaluación con resultados en 4 meses, se señala el plan dar de alta con indicación de medicamentos y ayudas diagnósticas. Y como evolución diagnóstica registra I471 Taquicardia supraventricular al ingreso y E079 Trastorno de la glándula tiroides no especificado, comorbilidad, ambos en estudio, y como diagnóstico de egreso *“TRASTORNO DE LA GLÁNDULA TIROIDES, NO ESPECIFICADO” E079* y *“TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR I471”* (págpdf 110/archivo 03.DemandayAnexos) en buenas condiciones, taquicardia sinusal, estable hemodinámicamente, explica dx pronóstico y tratamiento, señalando el plan de manejo, ordenando los medicamentos (hora 14:06) levotiroxina sódica tableta 75 con observaciones y propranolol tableta 40mg y exámenes de magnesio, potasio, sodio, TSH y ecocardiograma con la justificación de disnea, orden de atención por medicina interna por ser paciente con hipotiroidismo, ahora hipertiroidea de origen iatrogénico, fijando incapacidad de siete días por enfermedad general.

De este recuento del contenido de los registros de la historia clínica de la señora CLAUDIA PATRICIA en la atención de urgencias el día 21 de enero de 2019 en horas de la mañana, se extrae con claridad

que dicha atención no fue ligera, como se califica en la demanda, por el contrario, se dispuso con rapidez el suministro de medicamentos y se ordenaron ayudas diagnósticas, que permitieron al galeno, luego de varias horas en urgencia en observación, determinar que la paciente presentó mejoría en su taquicardia y que los resultados de los exámenes no sugirieron alguna situación anormal que llevara a pensar en una permanencia en urgencias u hospitalización, u orden de otros ayudas diagnósticas. Siendo el diagnóstico acorde con lo encontrado en la valoración y resultados de los exámenes practicados.

La parte recurrente alega que el diagnóstico no fue acertado ni oportuno, trayendo como soporte la historia clínica de la cual se acaba de hacer un recuento, pero sin indicar cuál fue el error en que incurrieron los médicos que atendieron a la paciente y como se debió desarrollar la atención en aquella ocasión, solo se queda en afirmaciones sin soporte científico ni probatorio, tal como lo señaló el a quo. Incluso podría decirse que el reclamante es contradictorio en sus reparos, pues en uno de ellos indica que la sentencia parte de diagnósticos correctos para justificar tratamientos iniciales incorrectos, y también alega que el diagnóstico fue inadecuado.

En relación con el diagnóstico la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC3253-2021, citando sentencia SC de 26 de noviembre de 2010. Exp. 08667, reiterada en CSJ SC de 28 de junio de 2011, Rad. 1998-00869-00 expuso:

“... el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así, por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnosticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la lex artis ad hoc recomienda para acertar en él. En todo caso, sobre el punto, la Corte debe

asentar una reflexión cardinal consistente en que será el **error culposo** en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia. Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad. Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron. En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico”

Volviendo a la historia clínica, de la cual pretende la parte recurrente desprender el error en el diagnóstico, considera la sala que de dicho

documento no se puede inferir tal aseveración, pues como se ha dicho, de sus registros se desprende una pronta, adecuada y perita atención, sin que la parte actora probara que con los síntomas expresados por la paciente y los resultados de los exámenes el diagnóstico debía ser distinto y por ende el tratamiento, es una afirmación sin soporte.

Nótese que para señalar que el diagnóstico fue errado, se debe aportar prueba de que el actuar médico el día en que fue atendida la paciente no cumplió con la *lex artis*, no empleó los recursos en forma prudente y diligente, y que otro profesional de la salud diligente habría ordenado otras ayudas diagnósticas, pero en este caso la parte actora no cumplió con tal carga probatoria, como lo afirma en uno de sus reparos, pues es a ella a quien incumbe probar que la atención no cumplió con los lineamientos de la *lex artis* para ese caso, y no que la parte demandada pruebe su diligencia y cuidado.

Afirma la parte recurrente que con el protocolo de autopsia se logra probar el error en el diagnóstico, teniendo en cuenta la causa de la muerte que allí se registró (pagpdf 129/archivo 03.DemandayAnexos) **“Choque cardiogénico debido a tromboembolismo pulmonar agudo”** (se resalta), pero debe tenerse en cuenta que allí se encontraron otros diagnósticos, los denominados macroscópicos **“TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN SILLA DE MONTAR”, “CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA”, “EDEMA PULMONAR”, “LEIOMIOMATOSIS UTERINAS”, “LIGADURA DE TROMPAS UTERINAS”** y como diagnósticos anatomopatológico **“TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN SILLA DE MONTAR”, “EDEMA PULMONAR”, “FIBRILACIÓN VENTRICULAR?”, “CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA”, “HIPERTENSIÓN PULMONAR”, “ATEROSCLEROSIS”, “COLESTASIS HEPÁTICA”, “SIGNOS INDIRECTOS DE CONGESTIÓN PASIVA HEPÁTICA CRÓNICA”, “LEIOMIOMATOSIS UTERINA”, “TIROIDITIS DE CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES”, “CISTITIS CRÓNICA”**. Pretensión que no tiene soporte, toda vez que son momentos muy distintos, con situaciones diferentes, y no se puede buscar que con unas conclusiones pos mortem se enrostre un errado diagnóstico en vida, pues el objeto de

aquel es determinar la causa de la muerte cuando clínicamente, como es el caso, no se pudo establecer, pero lo encontrado allí no prueba que para el momento de la atención médica los galenos hayan incurrido en error al diagnosticar, relación que debió la parte actora probar. Incluso, en el acápite de *“CORRELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA Y CAUSA DE MUERTE”* señala que *“Sólo un 30% de los pacientes que mueren por TEP son diagnosticados en vida y en el 70%-90% fallecen dentro de las primeras horas...Una gran mayoría de los fallecimientos relacionados con TEP surge de la falta de prevención de factores de riesgo y de la dificultades para efectuar su diagnóstico”*, mencionando que hay múltiples causas y que la *“Paciente en la quinta década de la vida con factores de riesgo cardiovascular quien se manifestó con un cuadro de disnea aguda súbita el día de la muerte que correspondió a un tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo en silla de montar; presenta choque cardiogénico con posterior fibrilación ventricular, falla multiorgánica y muerte”*. Pero de este contenido no se puede establecer que haya relación entre la atención brindada el día 21 de enero de 2019 en horas de la mañana en el servicio de urgencias con la causa de la muerte que ocurrió el mismo día, pero avanzada la noche cuando acudió a una segunda atención, llegando sin signos vitales al ente hospitalario. Es que en la misma necropsia se señala que la paciente presentó *“disnea aguda súbita”* lo que indica que fue severa y repentina, rápida, lo que lleva pensar que en hora de la mañana no presentó los síntomas que permitieran a los médicos sospechar la presencia de un tromboembolismo, sino que estos se presentaron en hora de la noche de manera imprevista e inesperada.

De lo analizado hasta el momento puede el Tribunal decir que la valoración probatoria que hizo el juez a quo de la historia clínica y el protocolo de autopsia no fue equivocado, y que efectivamente de este material probatorio no se puede colegir que los médicos que atendieron a la paciente en horas de la mañana el día 21 de enero de 2019 en el servicio de urgencias hayan incurrido en error de diagnóstico, siendo una atención oportuna, perita y adecuada conforme los síntomas presentados para ese momento.

Pertinente es resaltar que, según la necropsia, para la detección de un tromboembolismo pulmonar (TEP) se requería realización de hemograma, un «*dimero-d por ELISA*», un ecocardiograma y/o un angio-TAC y precisamente la historia clínica de la señora Arango Castaño denota que, en las horas de la mañana del 21 de enero de 2019, se le practicó un hemograma y un electrocardiograma, y se la mantuvo en observación para descartar otros síntomas, evidenciando cumplimiento de parte del protocolo recomendado sin que se arrimaran pruebas sobre la necesidad de valoración adicional.

Y en cuanto a la atención de la tarde, dada la condición aguda del TEP que afectó a la paciente, no tuvieron los galenos tiempo de ejecutar exámenes adicionales, pudiendo realizar únicamente labores urgentes, debiéndose insistir en la falta de pruebas encaminadas a demostrar las conductas o tareas que debieron realizar los médicos para resolver el cuadro grave de la paciente fallecida.

Respecto de los reparos en los que se indica que en la sentencia se tuvo aspectos no probados para justificar los probados conforme la historia clínica y que la sustentación llegó a conclusiones con hechos no probados, se advierte que no procede su análisis toda vez que la parte recurrente no especifica cuáles son los aspectos no probados y probados, los hechos no probados, y las conclusiones a que se refiere, haciendo imposible para este Tribunal pronunciarse. Y como ya se expuso, se considera que el análisis, argumentación y conclusión a la que llegó el juez a quo es correcta, con base en el material probatorio allegado, enfatizando la Sala que la actividad probatoria de la parte actora fue bastante deficiente.

Por último, el ataque relacionado con el monto de la condena en costas, ha de decirse al apelante que este tema debe ser discutido en el trámite relacionado con la liquidación de costas que deberá adelantar el juez a quo conforme el art. 366 CGP.

En conclusión, los ataques presentados en contra de la decisión de primera instancia no tuvieron la fuerza de debilitar los argumentos en

que se fundó la decisión recurrida, por tanto, procede la CONFIRMACIÓN de la decisión analizada.

COSTAS

se impondrá condena en costas en esta instancia, teniendo en cuenta que el recurso no prosperó y fueron causadas en favor del Dr. JHONNY ALEXANDER CASTAÑO VIVEROS, llamado en garantía, JAIRO GIOVANNI MONCAYO llamado en garantía, la demandada SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A.S SOMA, y la EPS SURAMERICANA S.A. demandada, quienes acudieron en esta instancia a presentar sus alegaciones frente a la sustentación del recurso. (reglas 1 y 8 art. 365 CGP)

Como agencias en derecho en esta instancia se fija la suma equivalente a DOS (2) SMLMV.

En mérito de lo expuesto, el **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLIN - SALA TERCERA DE DECISIÓN CIVIL**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia proferida por el JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN en audiencia celebrada el 14 de mayo de 2024 dentro del proceso de la referencia.

SEGUNDO: IMPONER condena en costas en esta instancia por la NO prosperidad del recurso, en favor de los no recurrentes JHONNY ALEXANDER CASTAÑO VIVEROS, JAIRO GIOVANNI MONCAYO, SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A.S. SOMA, y la EPS SURAMERICANA S.A., que será liquidadas por el a quo. (art. 366 CGP)

Como ponente, se fija agencias en derecho en esta instancia, la suma equivalente a dos (2) SMLMV

TERCERO. En firme esta decisión, devuélvase al despacho de origen

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Los Magistrados

MARTHA CECILIA OSPINA PATIÑO

JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO

NATTAN NISIMBLAT MURILLO

Firmado Por:

***Martha Cecilia Ospina Patiño
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 007 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia***

***Juan Carlos Sosa Londono
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 001 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia***

***Nattan Nisimblat Murillo
Magistrado
Sala 010 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia***

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

***a5f53ba979dc2a4eb15a3dc567194b8ea6d00a5a2d03f94156ab44cd6
f7ff3c3***

Documento generado en 27/01/2025 10:31:38 AM

***Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la
siguiente URL:***

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>