

TEMA: RESPONSABILIDAD DE LAS EPS – Las EPS no son solo captadoras de afiliados, sino que tienen la obligación de garantizar la prestación integral, oportuna, eficiente y de calidad del servicio de salud a sus afiliados. Tienen una responsabilidad integral en la prestación de servicios de salud y deben garantizar que se realicen diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos. La falta de cumplimiento de estas obligaciones puede resultar en responsabilidad solidaria por los daños causados a los pacientes.

HECHOS: La señora Gloria Isabel asistió a la IPS por dolores abdominales muy fuertes, además de náuseas y vómito, se le realizaron exámenes, en el cual en el último diagnóstico se le dio dolor abdominal no especificado y se le concedió un día de incapacidad. En días posteriores la señora volvió a consultar por la intensidad de los dolores se le ingreso a hospitalización fue tratada y se le enviaron algunos exámenes el cual uno de ellos no fue realizado, se le dieron varios diagnósticos, pero al final la señora tuvo lamentablemente una falla multisistémica y falleció. Por lo anterior se pretende declarar la responsabilidad civil y solidaria de la EPS y la Clínica por negligencia y deficiente atención médica que causaron la muerte de Gloria Isabel. En primera instancia el Juez declaró la responsabilidad en cabeza de las demandadas, al establecer que la muerte de Gloria Isabel ocurrió como consecuencia directa de ignorar y cambiar el diagnóstico por desatención de sus antecedentes médicos, signos de infección y omisión de la cirugía que ella requería. Los problemas jurídicos a resolver por la sala es determinar, si, i) según los reparos, erró el Juez al declarar solidaridad entre las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud; ii) en verdad existió una indebida valoración de las pruebas obrantes en el proceso, en especial lo atinente a dictamen pericial, y iii) no se reúnen los presupuestos que acrediten la responsabilidad de la apelante, pues según ella no se demostró demora, negligencia o imprudencia alguna que le sea imputable y menos que exista relación causal entre el daño alegado y la atención brindada.

TESIS: (...) Sobre el control en la prestación del servicio en salud esta decantado y así lo ha reconocido esta sala que las EPS no son meras captadoras de afiliados, sino que conforme lo ha establecido la ley 100 de 1993 y la ley 1751 de 2015, su función se extiende a lograr el cumplimiento de los fines del sistema de seguridad social en salud de cara a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia. En esa línea, la atribución de un daño a las Empresas Prestadoras de los Servicios de Salud, se surte siempre que se halle un elemento de imputación en función de organizar y garantizar, de manera directa o indirecta, la prestación de los servicios de salud a los ciudadanos, de suerte que los daños que sufran quienes acceden a dichos servicios que le sean imputables a éstas, deberán ser reparados cuando se logre comprobar que el perjuicio se produjo por desatender las obligaciones impuestas en la ley. De manera que, frente a dicha atribución del reproche, consistente básicamente en que la EPS “no es quien sugiere ni determina las condiciones específicas y científicas en el tratamiento médico de la señora Gloria Isabel (...), sino que estas son conductas exigibles a la Institución Prestadora de Salud por ser quien asume el control, valoración y tratamiento de la paciente.”, y que por tanto no existe nexo de causalidad entre el daño alegado y su conducta, ha dicho la jurisprudencia, que “el juicio de imputación jurídica no se reduce a la causalidad natural, ni ésta es condición necesaria ni suficiente de aquél; toda vez que la atribución jurídica de un resultado lesivo a un agente se determina por la existencia de deberes jurídicos de evitación de daños, que se le imponen a una persona por reunir ciertas cualidades o desempeñar una función social, lo cual no tiene nada que ver con “la prueba” de las relaciones causales.” (...) Se tiene así entonces que, “si la entidad demandada tiene el deber legal de brindar un servicio de salud de calidad porque de lo contrario podría afectarse o ponerse en riesgo la integridad psicofísica de los pacientes, entonces hay razones para suponer que los eventos adversos que sufrió la paciente estuvieron relacionados con el

incumplimiento de ese deber jurídico al estar probada la deficiente prestación del servicio. Por ello la EPS, la IPS y los profesionales de la salud que directamente prestan servicio médico son solidariamente responsables, ya que lo relacionado con la organización y control del sistema de seguridad social en salud se encuentra regulado en la Ley 100 de 1993 y sus disposiciones complementarias, así que el vínculo legal que surge del sistema de seguridad social en salud comporta una relación legal permanente. Dicha relación jurídica, según el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria especialidad civil, se establece por una sola vez y para siempre entre el usuario y el sistema y no entre el usuario y una empresa o entidad específica. Por lo tanto, el vínculo jurídico que surge entre los usuarios y el sistema de salud entraña una relación especial de origen legal y reglamentario (...) La prueba sobre la cual se soportó la decisión fue tanto esa experticia, como lo consignado en la historia clínica, en la que a decir verdad, se apoyaron la mayoría de las conclusiones, tenemos que no es cierto que se haya desconocido por el Juez que el cuadro clínico inicialmente advertido fuere bizarro, oscuro o confuso, por el contrario, hizo hincapié en ello al punto de afirmar que ni siquiera se tuvo certeza de si la paciente tenía o no apendicitis y, precisamente, por esa complejidad es que extrañó que no fuere remitida a cuidados especiales o intensivos, ni se le practicara cirugía alguna, ni que hubiere sido valorada por médico urgentólogo o intensivista en urgencias o por especialidad diferente a cirugía, todo lo cual se deducía de la atención médica plasmada en ese documento- la historia clínica-. Y como se sabe, en estos casos, se constituye como elemento básico y esencial la consignación de los datos acerca de la realidad acontecida en la atención en salud de la paciente, en la historia clínica en toda su materialidad, que es parte fundamental del material probatorio debido a su idoneidad para que los facultativos o profesionales de la salud y en general las IPS acrediten su actuación, documento que registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos, exámenes y demás procedimientos ejecutados (...) vista así la atención médica brindada a la paciente, se contrasta con los procedimientos médicos de los manuales y literatura médica al respecto, análisis que bajo los mismos supuestos que acá nos convoca analizó la Corte(...): “Las investigaciones médicas concluyen que un diagnóstico temprano de apendicitis es imprescindible para la recuperación de la salud de quien la padece, por lo que hay que actuar prontamente y proceder a la cirugía cuando se tengan sospechas. A pesar de ello, sabiendo el médico que la señora (...) llevaba cuatro días con signos y síntomas que a un profesional diligente le hubieran llevado a un diagnóstico certero, no realizó los procedimientos estandarizados para salir de la duda; entonces no hay ninguna razón que pueda justificar la grave culpa con la que obró el profesional. Los estudios científicos señalan que un diagnóstico tardío de apendicitis, cuya demora no es atribuible a la tardanza del paciente en acudir al centro médico, se debe a negligencia médica y a una conducta vergonzosa e inaceptable; luego, es preciso admitir que la conducta de los médicos que no dieron con el diagnóstico temprano de la patología de la paciente fue negligente e imperita, constitutiva de culpa...” (...) Acreditado esta entonces que existieron errores en el diagnóstico que padeció la paciente; aunado a la falta de atención especializada oportuna, y la demora en la realización de los exámenes y ayudas diagnósticas sugeridas y necesarias para la consecución del diagnóstico diferencial, como en efecto lo concluyó acertadamente el señor Juez de instancia (...)

M.P BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA
FECHA: 03/12/2024
PROVIDENCIA: SENTENCIA



TRIBUNAL SUPERIOR

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 CUARTA CIVIL DE DECISIÓN

Medellín, tres (03) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

Proceso:	Verbal – Responsabilidad Civil Médica.
Radicado:	05001310301720180011401
Demandantes:	Daniel Alonso Trujillo Múnera y otros
Demandados:	SaludCoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Liquidada y otra
Providencia	Sentencia nro.61
Tema:	Responsabilidad de las EPS en el error y tardanza en la identificación del diagnóstico
Decisión:	Confirma
Sustanciador	Benjamín de J. Yepes Puerta

Procede la Sala a emitir sentencia mediante la cual se resuelve el recurso de apelación interpuesto y sustentado por la codemandada SaludCoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Liquidada¹ en contra de la sentencia proferida el 10 de febrero de 2021 por el Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Medellín, dentro del proceso verbal con pretensión declarativa de responsabilidad civil médica promovido por Daniel Alonso Trujillo Múnera como curador del hijo Daniel Sebastián Trujillo Cano, Ricardo Abel Cano Gómez y Luz Elena Pino de Cano en contra de la SaludCoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Liquidada y Estudios e Inversiones Médicas S.A. - ESIMED S.A. - CLÍNICA ESIMED Juan Luis Londoño.

I. SÍNTESIS DEL CASO.

1. Fundamentos fácticos²

1.1. Gloria Isabel Cano Pino el 29 de mayo de 2014 ingresó a las instalaciones de la IPS de la EPS demandada, Clínica Juan Luis Londoño de La

¹ Edgar Mauricio Ramos Elizalde mandatario sería responsable de la gestión de bienes y actividades remanentes del proceso de liquidación, al igual que la representación de la entidad. en sesión extraordinaria nro. 14 de 23 de enero de 2023 y sobre el cual la Superintendencia Nacional de Salud emitió concepto favorable.

² C01PRINCIPAL / 01.2018-00114 00 CUADERNO PRINCIPAL pág. 224 - 311

Cuesta, ubicada en el sector de Villanueva de esta ciudad con un dolor abdominal, náuseas y vómito.

1.2. Tras la realización de los primeros exámenes, se obtuvo el resultado preliminar de gastritis, infección o pancreatitis, pero finalmente se le diagnosticó dolor abdominal no especificado, por lo que, el 30 de mayo del mismo mes y año, se le concedió como día de incapacidad médica.

1.2. La paciente consultó de nuevo el 31 de mayo de 2014 en un sitio distinto a la IPS mencionada, sin embargo, regresó a esta el 1° de junio de 2014 debido a la intensidad de los dolores abdominales, por lo que se procedió a ingresarla a hospitalización.

1.3. Luego de los monitoreos y exámenes del caso, el 2 de junio de dicho año, la paciente fue valorada por médico especialista en cirugía general, tratada con analgésicos y se le ordenaron rayos X y Tomografía Axial Computarizada de abdomen, última que no se logró su realización.

1.4. El 3 de junio de 2014 el galeno tratante consideró que la paciente presentaba una sepsis de origen abdominal, una posible apendicitis perforada. Sin embargo, este mismo día, un nuevo médico observó su caso y plasmó un diagnóstico diferente al anterior, más inclinado a una obstrucción intestinal, iniciando posteriormente una falla multisistémica y falleció.

2. Síntesis de las pretensiones comprendido lo dicho en la reforma³.

2.1. Que se declara que Estudios e Inversiones Médicas S.A. -ESIMED S.A.- Clínica ESIMED Juan Luis Londoño y la E.P.S. Saludcoop en Liquidación, eran civil y solidariamente responsables, debido a la negligencia, incuria, actuaciones omisivas, así como por la deficiente e inadecuada atención médica y hospitalaria, que le brindaron a Gloria Isabel Cano Pino, que finalmente ocasionaron su deceso.

2.2. En consecuencia, pidió que se condenara a los demandados a pagar los perjuicios ocasionado a los demandantes, que ascendían a la suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes para Daniel Sebastián Trujillo Cano, Ricardo Abel Cano Gómez y Luz Elena Pino De Cano por concepto de perjuicios morales *“Causados por el dolor, la angustia, la congoja, la aflicción y la pena que padecieron*

³ C01PRINCIPAL / 01.2018-00114 00 CUADERNO PRINCIPAL pág. 225-226

y que aún padecen, con ocasión de la muerte prematura y absurda de su Hija y Madre, la señora GLOIUA (sic) ISABEL CANO PINO.”

3. Contestación de la demanda.

3.1 SaludCoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Liquidada.⁴

Frente a los hechos manifestó no constarles, insistiendo reiteradamente que la EPS no realizó intervención quirúrgica alguna, fincando su defensa en que lo ocurrido obedeció a la intervención de un tercero, toda vez que los galenos de la IPS referida en los hechos no tenían relación contractual con la EPS SALUDCOOP (hoy liquidada) ya que su gestión era sólo la de administrar los recursos financieros provenientes del recaudo de los afiliados, por lo que se opuso a la prosperidad de las pretensiones toda vez que *“en procesos de intervención forzosa administrativa para liquidar, no hay lugar al pago de reclamaciones de terceros, si aún no han sido presentados sus pedimentos dentro del plazo que se estableció para presentar presuntos derechos contingentes, por cuanto hacen más gravosa el estado de la liquidación.”* Y explicó los procedimientos administrativos a los que deben someterse sus posibles acreedores conforme a las normas especiales del proceso de liquidación forzosa.

Formuló como excepciones las que denominó:

- *“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN CAUSA POR PASIVA”, “ROMPIMIENTO DEL NEXO DE CAUSALIDAD”, “AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD”, “CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL DE SALUDCOOP ESPOS PARA CON SU AFILIADA”, “INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE LA EPS Y LAS IPS PRESTADORES DE SERVICIOS Y/O MÉDICOS TRATANTES”,* precisando respecto de ésta última, que tanto los profesionales de la salud como los prestadores tienen plena autonomía administrativa, técnica y financiera; así que, al no encontrarse asignada por ley la solidaridad entre la EPS e IPS no se podía declarar como tal, ya que esta, al considerarse contratista, debía responder civil y penalmente por cualquier daño contractual o extracontractual que se causara a los pacientes y/o usuarios del sistema, y *“TASACIÓN EXCESIVA DE PERJUICIOS”,* dado que debían acreditarse la existencia e intensidad de los reclamados y no únicamente fundarlos en afirmaciones o en presunciones, por lo que solicitó dar

⁴ C01PRINCIPAL / 01.2018-00114 00 CUADERNO PRINCIPAL pág. 421 a 443

aplicación a la consecuencia plasmada en el art. 206 del C.G.P. en cuanto al juramento estimatorio.

3.2. Estudios E Inversiones Medicas S.A. ESIMED S.A. - Clínica ESIMED Juan Luis Londoño, a pesar de ser notificada en debida forma no contestó la demanda.

4. Sentencia de primera instancia⁵.

El Juez declaró la responsabilidad en cabeza de las demandadas, al establecer que la muerte de Gloria Isabel Cano Pino ocurrió como consecuencia directa de ignorar y cambiar el diagnóstico por desatención de sus antecedentes médicos, signos de infección y omisión de la cirugía que ella requería.

Acuñó que el actuar procesal de ESIMED S.A. al no contestar la demanda, es una conducta de deslealtad procesal y desidia en la obligación de obrar conforme a los mandatos de la buena fe, siendo la consecuencia adversa tener por ciertos los hechos susceptibles de confesión conforme al artículo 97 del C.G.P. Asimismo, frente a Saludcoop dijo que su contestación no cumplió con lo reglado en precepto 96 numeral 2° ib. por lo que es una defensa *inatendible*, pues la forma de contestar la demanda no es sólo negar los hechos y pretensiones, sino, además, hacer un esfuerzo para explicar las razones de sus respuestas.

Precisó que, que más allá de toda causalidad física, existe una imputación normativa consagrada en el canon 177 de la ley 100 de 1993, en donde se dispone que la obligación como misión de las EPS es la de garantizar el servicio de salud con una atención humanizada, eficaz e integral; concluyendo que Saludcoop es solidariamente responsable por las acciones del agente IPS, quien fue contratada por aquella, dado que el daño se ocasionó al interior de su estructura organizacional, acreditándose así la falla en la prestación del servicio de salud y que no se garantizó la calidad de la atención en salud necesaria.

Igualmente le dio plena credibilidad a la historia clínica con fundamento en el artículo 244 Código General del Proceso, ya que los actos de intervención médica fueron los allí consignados. Que, pese a que las demandadas tuvieron la obligación de atender en salud a la víctima directa desde el 29 de mayo de 2014 hasta el día de su muerte, esto es, 3 de junio de 2014, nunca se tuvo la certeza de si la paciente

⁵ C01PRINCIPAL / 12. AUDIENCIA CONCENTRADA / 04.2018 00114 AUDIENCIA VIRTUAL SENTENCIA

tenía o no apendicitis, además, de que no obraba constancia de su remisión a cuidados especiales o intensivos, ni a cirugía, ni que hubiere sido valorada por médico urgentólogo o intensivista en urgencias o por una especialidad diferente a cirugía.

De conformidad con el precepto 232 ib. valoró el dictamen pericial, apreciándolo fundado, razonable, claro, que explicaba la razón de la ciencia de sus afirmaciones y que contenía una conclusión convincente dada su fundamentación.

Agregó que, si bien la EPS Saludcoop contrató a una IPS, ello no significaba que aquella se desentendía de responsabilidades y que dejara a la paciente a su suerte, ya que estaba compelida a atender todos los servicios de salud de la misma en óptimas condiciones. Expuso que no constaba cirugía, valoración por parte de médicos especializados, controles ni seguimientos, para la obtención de un diagnóstico certero y evitar así las complicaciones a las que llegó. Ultimando así que, la atención en salud brindada fue frustrada al no contar con los profesionales en salud para emitir diagnóstico oportuno y con la certeza requerida. Tampoco acreditó hacer seguimiento a la IPS para revisar las atenciones realizadas a aquella.

Así concluyó entonces que las demandadas eran responsables solidarias por el desacierto y omisión en la gestión del diagnóstico y abordaje conforme a los lineamientos de *lex artis* frente a la atención en salud requerida por Gloria Isabel Cano Pino, por lo que las condenó a pagar solidariamente a cada uno de los tres demandantes el valor 100 SMLMV por concepto de perjuicio moral como fue pedidos, declarando infundadas las excepciones.

5. Impugnación.

5.1. SaludCoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Liquidada⁶.

Inconforme con tal decisión se alzó planteando como reparos y sustentados en esta instancia, los que se sintetizan en la responsabilidad solidaria de la EPS y la deficiente valoración probatoria, así:

Realizó una introducción sobre las funciones normativas que cumplen las EPS que se encuentran en estado de liquidación, advirtiendo que por disposición

⁶ 01.EXPEDIENTE REMITIDO POR EL JUZGADO – AUDIENCIA CONCENTRADA - 04.2018 00114 AUDIENCIA VIRTUAL SENTENCIA

legal, son las responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones por delegación del fondo de solidaridad y garantía, y que por ello las EPS *“no son las encargadas de determinar los tratamientos médicos, clínicos, farmacéuticos, que los afiliados requieran, porque esa es precisamente la función de las IPS que atienden a los pacientes.”*

Destacó la debida atención administrativa por parte de ellos, pues no existió una relación de causalidad entre sus labores y el resultado, ya que se debió demostrar algún obstáculo administrativo en la atención en salud requerida por la paciente. Dijo que, de acuerdo a las funciones asignadas, la EPS *“no es quien sugiere ni determina las condiciones específicas y científicas en el tratamiento médico de la señora Gloria Isabel Cano Pino Muñoz, sino que estas son conductas exigibles a la Institución Prestadora de Salud por ser quien asume el control, valoración y tratamiento de la paciente.”* Y que, acá en todo caso, las atenciones médicas recibidas fueron acordes al cuadro clínico que iba presentando. Arguyendo entonces que cumplió con todas las funciones que legalmente le son exigibles, y siempre garantizó el acceso a los servicios de salud, sin que se demostrara lo contrario.

Frente a la indebida valoración probatoria, criticó la realizada a la prueba pericial ya que esta fue presentada por médico general y no por un especialista en la materia objeto de análisis. Empero, destacó de dicho trabajo pericial, lo que advirtió el profesional al señalar que el cuadro clínico de la paciente fue un caso bizarro, extraño y raro, significando que las manifestaciones clínicas no eran claras para determinar de manera concreta y detallada una patológica específica.

Aunado a ello, expresó que en la historia clínica se consignó que la paciente le informó al médico tratante que ella había presentado síntomas parecidos luego de la cirugía de bypass, que venía consultando periódicamente por gastritis, y que, además, se presentó al hospital con un resultado de endoscopia realizada por ella de manera ambulatoria donde se evidenció que cursaba con una esofagitis grado 4, y que por la presencia helicobacter pylori presentó inflamación en la pared del estómago lo que genera úlceras gástricas.

Agregó también que, de acuerdo a lo señalado por el experto sobre las ayudas diagnósticas, estas deben ser escalonadas, acorde a factores de necesidad y disponibilidad, así que estas fueron practicadas conforme a la evolución clínica de la paciente.

Sostuvo que, según lo expuesto por el perito, una vez practicado los rayos X y obteniendo los resultados dados, no se hacía imperioso una tomografía de abdomen, y que de haberse realizado esta, no hubiera tenido una real incidencia en su manejo clínico. Destacó además que, el resultado de los rayos X simple de abdomen no mostró una obstrucción intestinal, insistiendo entonces, en la presencia de un cuadro clínico bizarro y no concluyente.

Le enrostró al *a quo* que fue errático al afirmar que la paciente no había sido valorada por médico especialista, toda vez que ella sí recibió valoración por especialista en cirugía general, especialidad que según la apelante era la llamada a atender el caso según lo consignado en la historia clínica (Fol. 106); igualmente dijo que a la paciente sí se le practicó rayos X de abdomen, contrario a lo dicho por el juez de primera instancia, como se evidenciaba en el mismo documento (Fol. 107).

Concluyó que *“los servicios de salud recibidos por la paciente fueron adecuados según la lex artis. Dicho lo anterior y fundado en este hecho, consideramos que se demostró que no había una relación de causalidad entre las actuaciones administrativas por SALUDCOOP EPS y el fallecimiento de la señora.”*

II. PROBLEMAS JURÍDICOS

Corresponde determinar, si, i) según los reparos, erró el Juez al declarar solidaridad entre las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud; ii) en verdad existió una indebida valoración de las pruebas obrantes en el proceso, en especial lo atinente a dictamen pericial, y iii) no se reúnen los presupuestos que acrediten la responsabilidad de la apelante, pues según ella no se demostró demora, negligencia o imprudencia alguna que le sea imputable y menos que exista relación causal entre el daño alegado y la atención brindada.

III. PLANTEAMIENTOS SUSTENTATORIOS DE LA DECISIÓN

3.1. Realizado el control de legalidad establecido en el artículo 132 del Código General del Proceso, no se advierte vicio ni irregularidad alguna que configuren nulidad; igualmente, se consideran reunidos los presupuestos procesales requeridos para proferir una decisión de fondo, no habiendo discusión frente a este punto.

3.2. De otro lado, claro es que la competencia de este Tribunal se circunscribe en examinar únicamente las concretas inconformidades señaladas por el apelante,

así como lo ha establecido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, “...Es en el Código General del Proceso donde se implementó el «recurso de apelación» en el campo civil, mismo que refiriéndose a sentencias contempla para el reclamante tres pasos distintos: la interposición, la exposición del reparo concreto y la alegación final. En ese orden de ideas, el inconforme durante el término de ejecutoria deberá discutir los elementos de la providencia que le generen malestar y expresar de forma breve los mismos, **toda vez que el enjuiciador de segundo grado solamente basará su examen en las objeciones concretas que el suplicante haya formulado tal y como lo describe el inciso 1º del artículo 320 Ibídem, siendo competente únicamente para pronunciarse de lo expuesto por ese sujeto procesal tal y como reza el inciso 1º del canon 328 siguiente.** Seguidamente tiene operancia la etapa ante el superior, no menos importante y destinada al desarrollo y sustento de lo ya anunciado en precedencia⁷ (...).” (Subrayas del Despacho), a lo que entonces nos ocuparemos.

3.3. Antes que nada, se advierte que frente a alegación que presentó la apelante, en relación con que el Juez no debió tener la contestación a la demanda como deficiente y dar aplicación al art. 97 del C.G.P., como este punto no fue presentado como reproche o reparo concreto a la sentencia dentro del término de ley, no será objeto de decisión en esta instancia.

3.4. Reparos atinentes a la responsabilidad solidaria que le fue impuesta a la apelante, y a la debida atención administrativa que supuestamente desplegó ésta en el caso analizado, que por su inescindibilidad se analizaran conjuntamente.

Sobre el control en la prestación del servicio en salud⁸ esta decantado y así lo ha reconocido esta sala⁹ que las EPS no son meras captadoras de afiliados, sino que conforme lo ha establecido la ley 100 de 1993 y la ley 1751 de 2015, su función se extiende a lograr el cumplimiento de los fines del sistema de seguridad social en salud de cara a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia. En esa línea, la atribución de un daño a las Empresas Prestadoras de los Servicios de Salud, se surte siempre que se halle un elemento de imputación en función de organizar y garantizar, de manera directa o indirecta, la prestación de los servicios de salud a los ciudadanos, de suerte que los daños que sufran quienes acceden a dichos servicios que le sean imputables a

⁷ STC 11429-2017, STC 2423-2018 y STC 3969-2018, reiterada en Sentencia STC 4673-2018.

⁸ Sentencia SC9193-2017 del 29 de marzo de 2017

⁹ Tribunal Superior de Medellín. Sentencia de 23 de febrero de 2024. Rad. 05001310301720120048701

éstas, deberán ser reparados cuando se logre comprobar que el perjuicio se produjo por desatender las obligaciones impuestas en la ley.

3.4.1. De manera que, frente a dicha atribución del reproche, consistente básicamente en que la EPS *“no es quien sugiere ni determina las condiciones específicas y científicas en el tratamiento médico de la señora Gloria Isabel Cano Pino Muñoz, sino que estas son conductas exigibles a la Institución Prestadora de Salud por ser quien asume el control, valoración y tratamiento de la paciente.”*, y que por tanto no existe nexo de causalidad entre el daño alegado y su conducta, ha dicho la jurisprudencia, que *“el juicio de imputación jurídica no se reduce a la causalidad natural, ni ésta es condición necesaria ni suficiente de aquél; toda vez que la atribución jurídica de un resultado lesivo a un agente se determina por la existencia de deberes jurídicos de evitación de daños, que se le imponen a una persona por reunir ciertas cualidades o desempeñar una función social, lo cual no tiene nada que ver con “la prueba” de las relaciones causales.”*¹⁰

Dicha *imputación* se complementa en que: *“las demoras injustificadas en realizar una valoración, los errores de diagnóstico, la negligencia en la práctica de tratamientos y procedimientos adecuados, el retardo en la programación de citas por razones ‘administrativas’ o ‘logísticas’, el mal diligenciamiento de la historia clínica, las rupturas de comunicación entre profesionales, (...) entre otras que no corresponden propiamente a acciones que puedan distinguirse o individualizarse con nitidez son factores que pueden incidir en las afecciones a la salud de los pacientes”*.

Con base en lo anterior, se debe establecer que, si la apelante *demandada* tenía el deber legal y la posibilidad material de intervenir en la no ocurrencia del resultado dañino, el juicio de imputación que, según la Corte se debe hacer, se enfoca en la determinación de las obligaciones que la Ley impone a las EPS; esto es, *“el deber jurídico de garantizar la prestación integral, oportuna, eficiente y de calidad del servicio de salud de sus afiliados”*. En ese sentido, el razonamiento se completa de la siguiente manera: *“por esa posición de garante que les otorga la ley, las entidades promotoras asumen ‘como suyos’ y están civilmente llamadas a indemnizar los daños que sufren sus afiliados siempre y cuando éstos puedan*

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC562-2020. Rad. 73001310300420120027901. M.P. Ariel Salazar Ramírez

correlacionarse con la conducta omisiva o negligente del personal médico, asistencial o administrativo de la organización”¹¹.

Se tiene así entonces que, *“si la entidad demandada tiene el deber legal de brindar un servicio de salud de calidad porque de lo contrario podría afectarse o ponerse en riesgo la integridad psicofísica de los pacientes, entonces hay razones para suponer que los eventos adversos que sufrió la paciente estuvieron relacionados con el incumplimiento de ese deber jurídico al estar probada la deficiente prestación del servicio”¹².* Por ello la EPS, la IPS y los profesionales de la salud que directamente prestan servicio médico son solidariamente responsables, ya que lo relacionado con la organización y control del sistema de seguridad social en salud se encuentra regulado en la Ley 100 de 1993 y sus disposiciones complementarias, así que el vínculo legal que surge del sistema de seguridad social en salud comporta una relación legal permanente. Dicha relación jurídica, según el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria especialidad civil, se establece por una sola vez y para siempre entre el usuario y el sistema y no entre el usuario y una empresa o entidad específica. Por lo tanto, el vínculo jurídico que surge entre los usuarios y el sistema de salud entraña una relación especial de origen legal y reglamentario.

Entre otros aspectos, plantea la Corte Suprema de Justicia, lo que denomina una “responsabilidad sistémica” de las personas jurídicas, que permite hablar de una culpa organizacional y por esa vía plantear una responsabilidad “solidaria” entre la EPS y la IPS. Según este pronunciamiento, cuando se examina el proceso organizacional como un todo en el que se presentan un gran cúmulo de omisiones y violación de estándares científicos y de reglamentos técnicos y profesionales, se puede llegar a concluir que esas actuaciones y abstenciones culposas, consideradas como una unidad de acción organizativa son, en términos de probabilidad, el factor jurídicamente relevante del daño ocasionado.

Entonces, como acá no se discute que entre SaludCoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Liquidada y Estudios e Inversiones Médicas S.A. ESIMED S.A. en liquidación, celebraron contratos específicos para la atención en salud de los usuarios afiliados a la EPS¹³, atención que en efecto ejecutó la IPS contratada en calidad de prestadora, sin que las eventuales cláusulas y

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC562-2020. Rad. 73001310300420120027901. M.P. Ariel Salazar Ramírez

¹² Ibidem

¹³ Archivo 02. 2018 000114 AUDIENCIA VIORTUAL INTERROGATORIO DE PARTE MINUTO 54:00

compromisos adquiridos entre estas, cuando de exoneraciones expresas se trata, le sea oponibles a los usuarios afiliados, y que en efecto fue en esta IPS donde se le brindó la atención reprochada a la paciente, lo cual ni siquiera se puso en duda, se constata el supuesto fáctico del cual brota la analizada solidaridad.

Pero es que incluso, a pesar de que en la impugnación se reprocha con ahínco la solidaridad impuesta, paradójicamente la misma parte reconoció en las alegaciones de conclusión, que las obligaciones del personal médico, las IPS y las EPS en efecto eran solidarias, ya sea sí el daño surgía del incumplimiento de una obligación establecida en un contrato o por la violación del deber genérico de no dañar, sosteniendo que la EPS contaba con todas las herramientas para brindarle lo necesario a la paciente afiliada, a través de su red de prestadoras de los servicios en salud, de donde precisamente brota ineludible dicha solidaridad, resultado claramente infundado el reparo.

3.4. Reparos respecto de la supuesta Indevida valoración probatoria.

En lo que hace referencia a los cuestionamientos de la prueba pericial, básicamente por la supuesta falta de idoneidad del perito al considerar que era médico general y no especializado, la verdad es que en la audiencia de contradicción del dictamen pericial, el *a quo* puso de presente los aspectos relevantes para acreditar su idoneidad y experiencia en el tema puntual que debía conceptualizar, sin que nada se replicara al respecto, por lo que, desde esa perspectiva, lucen tardíos y endebles los reparos presentados por la apelante, quien en todo caso, se queja de algunas conclusiones; empero, sí comulga y pondera otras aserciones que entiende soportan su defensa, por lo que entonces luce por lo menos contradictorio el cargo.

Ahora, destacó no haberse valorado debidamente el hecho de que el mismo dictamen hubiese concluido que el cuadro clínico de la paciente fue un caso bizarro, extraño y raro, significando que las manifestaciones clínicas no eran claras para determinar de manera específica y detallada una patología específica, y porque además que en la historia clínica se consignó que la paciente le informó al médico tratante que ella había presentado síntomas parecidos luego de la cirugía de bypass, que venía consultando periódicamente por gastritis, y que además se presentó al hospital con un resultado de endoscopia realizada por ella de manera ambulatoria donde se evidenció que cursaba con una esofagitis grado 4, y que por

la presencia helicobacter pylori presentó inflamación en la pared del estómago lo que genera úlceras gástricas.

Agregando también, que de acuerdo a lo señalado por el mismo experto sobre las ayudas diagnósticas, estas deben ser escalonadas, acorde a factores de necesidad y disponibilidad, así que fueron practicadas conforme a la evolución clínica de la paciente, y que una vez practicados los rayos X de abdomen no mostró una obstrucción intestinal, por lo que obteniendo los resultados dados, no se hacía imperioso una tomografía de abdomen, y que de haberse realizado esta, no hubiera tenido una real incidencia en su manejo clínico.

Así las cosas, como la prueba sobre la cual se soportó la decisión fue tanto esa experticia, como lo consignado en la historia clínica, en la que a decir verdad, se apoyaron la mayoría de las conclusiones, tenemos que no es cierto que se haya desconocido por el Juez que el cuadro clínico inicialmente advertido fuere bizarro, oscuro o confuso, por el contrario, hizo hincapié en ello al punto de afirmar que ni siquiera se tuvo certeza de si la paciente tenía o no apendicitis y, precisamente, por esa complejidad es que extrañó que no fuere remitida a cuidados especiales o intensivos, ni se le practicara cirugía alguna, ni que hubiere sido valorada por médico urgentólogo o intensivista en urgencias o por especialidad diferente a cirugía, todo lo cual se deducía de la atención médica plasmada en ese documento- la historia clínica-.

Y como se sabe, en estos casos, se constituye como elemento básico y esencial la consignación de los datos acerca de la realidad acontecida en la atención en salud de la paciente, en la historia clínica en toda su materialidad, que es parte fundamental del material probatorio debido a su idoneidad para que los facultativos o profesionales de la salud y en general las IPS acrediten su actuación, documento que registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos, exámenes y demás procedimientos ejecutados, de la que, en efecto se extrae lo siguiente:

La atención inicial fue el 29 de mayo de 2014 a las 20:29 horas y la final, el 29 de mayo de 2014 a las 20:39 horas, por medicina general¹⁴.

¹⁴ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 178

Enfermedad Actual: PACIENTE CON AP DE GASTRITIS, AHORA CON DOLOR ABDOMINAL URENTE EN EPIGASTRIO, ASOCIADO A NAUSEAS, VOMITO, NIEGA FIEBRE, EL CUADRO HA SIDO MANEJADO CON MAGNESIO, ESOMEPRAZOL SIN MEJORIA. RXS. NIEGA SINTOMAS DE ITU, ANTECEDENTES: PATOLOGICOS: NIEGA, ALERGICOS: NIEGA, QX: BYPASS GASTRICO, FUM: 25/5/14.

RECOMENDACIONES:

PLAN TERAPEUTICO: PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL GENERAL, VOMITO, HIPOTENSA, PALIDA, SE INICIA TTO CON MEDICAMENTOS IV, SE SOLICITAN PARACLINICOS: SOSPECHA DE GASTRITIS-INFECCION- O PANCREATITIS.

Fecha Ingreso: 2014/05/29	Hora Ingreso: 20:15:59	Nro Cuenta: 42586833	Ocupación: CANAL HOGAR	
EXAMEN FISICO				
Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones		
h. Cardiovascular	Normal	RSCRS SIN SOPLOS		
i. Abdomen	Anormal	DOLOR EN ABDOMEN GLOBAL SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL		
m. Extremidades Inferior	Normal	SIN EDEMAS		
n. Neurológico	Normal	SIN FOCALIZACIONES		
r. Aspecto General	Hidratado			
s. Aspecto General	Normal	ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. PALIDA		
GLASGOW				
Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado:
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15
DIAGNOSTICOS				
Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Otros dolores abdominales y los no especificados	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	R104	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	
INCAPACIDADES				
Fecha Inicial:	2014/05/30	Fecha Final:	2014/05/30	Duración (Días): 1
Tipo:	Ambulatoria No Quirúrgica			
Concepto:	Enfermedad General			
Diagnóstico:	R104 Otros dolores abdominales y los no especificados			
Observaciones				
				
Profesional: Diana Carolina Patiño García	Especialidad: MEDICINA GENERAL			
Identificación: 43221464	Registro Profesional: 43221464			

Se le ordenó un día de incapacidad médica.

Fecha de evolución 2014/05/29 "Objetivo: hemograma normal, amilasa 71, lipasa 13, PCR 0.10 uroanálisis contaminado sin infección, análisis: se descarta infección o pancreatitis" Diagnóstico Gastritis no especificada (K297).

La atención inicial fue el 1° de junio de 2014 a las 00:46 horas y la final el 1° de junio de 2014 a las 01:13 horas.

Motivo Consulta: MAREO Y NAUSEA

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 36 AÑOS EN COMPAÑIA DE SU MAMA "LUZ PINTO" CON ANTECEDENTE DE GASTRITIS, BYPASS GASTRICO, CURSA CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO ASOCIADO A DISTENSION ABDOMINAL, EMESIS INCOERCIBLE, VERTIGO SUBJETIVO POR LO CUAL FUE ATENDIDA EL JUEVES VILLANUEVA 29-04-2014 DONDE MEDICAN ANTIEMETICO Y LIV CON MEJORIA DE LA SINTOMATOLOGIA Y REALIZAN REACTANTES DE FAES AGUDA NORMALES Y DAN SALIDA, EL DIA DE AYER POR PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGIA SE REALIZA ENDOSCOPIA 31-05-2014 ESOFAGITIS GRADO I/IV, GASTRECTOMIA DEL 90 %, BILROTH II Y TEST UREASA PARA HELICOBACTER PILORY POSITIVO.

NO DIARREA, NO FIEBRE, NO CIANOSIS, NO CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO, NO ANGOR, N O DISNEA, NO CEFALEA

RECOMENDACIONES: REVALORACION

PLAN TERAPEUTICO: PACIENTE DE 36 AÑOS CON ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO Y GASTRITIS CURSA CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE DOLOR ABDOMINAL Y EMESIS TRAE REPORTE DE ENDOSCOPIA CON TEST UREASA POSITIVO PARA H PILORY AL EXAMEN FISICO CON FASCIES DE DOLOR, PALIDEZ CUTANEA, MUCOSDA ORAL SECA, DOLOR A LA PALPACION DE EPIGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL CLINICA Y VENTILATORIAMENTE ESTABLE, NO SIRS SE DECIDE MEDICAR LIV Y ANTIEMETICO S/S PARACLINICOS REVALORACION

"Abdomen PERISTALSIS AUMENTADA, DOLOR A LA PALPACIÓN DE EPIGASTRICO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. Aspecto general FASCIES DE DOLOR, PALIDEZ CUTÁNEA, MUCOSA ORAL SECA".

DIAGNÓSTICO Otros dolores abdominales y los no especificados (R104), náuseas y vomito (R11X)¹⁵.

Fecha de evolución 2014/06/01 06:16

“NO HAY SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL Y NO HAY SIGNOS DE PROCESO INFECCIOSO BACTERIANO SE DECIDE DAR MANEJO AMBULATORIO”¹⁶.

“Ayuda diagnóstica: HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS. LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) METODO AUTOMATICO.” Ayuda diagnóstica “PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION” ¹⁷.

Atención inicial fue el 1° de junio de 2014 a las 19:11 horas y la final el 1° de junio de 2014 a las 19:26 horas. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Dolor abdominal localizado en parte superior R101.

Fecha de evolución 2014/06/01 20:04

DX: DOLOR ABDOMINAL DESHIDRATACIÓN.

Fecha de evolución 2014/06/01 23:15

DX: DOLOR ABDOMINAL RECONSULTANTE TTO: RANITIDINA, HIOSCINA, DIPIRONA, METOCLOPRAMIDA. Al finalizar el día 1° de junio de 2014 dadas las múltiples consultas y poca respuesta al tratamiento se decide hospitalizarla y se le ordena ecografía de abdomen¹⁸ para el día siguiente y valoración.

Fecha de evolución 2014/06/02 08:56

Subjetivo : CIRUGIA GENERAL
PACIENTE 36 AÑOS
FEMENINO
AP DE BYPASS GASTRICO HACE 2 AÑOS CLINICA SOMA
CON CUADRO DE 4 DIAS DE EVOLUCION DE VOMITO EN MULTIPLES OPORTUNIDADES, DOLOR ABDOMINAL Y PARO
DE FECALES
RXS NEGATIVO
CX ANTADO

Objetivo : PACIENTE CONCIENTE ALGICA EN REGULARES CONDICIONES GENERALES SIN DISNEA
FC 102 POR MIN
MUCOSA ORAL SECA
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
RUIDOSS RESPIRATORIOS CONSERVADOS
ABDOMEN BLANDO DISTENDIDO DOLOR SIN IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES NORMALES

Analisis : LLAMA LA ATENCION LA ELEVACION MARCADA DE LA PCR
CONSIDERO CUADRO DE OBSTRUCCIN INTESTINAL CON SOSPECHA DE HERNIA DE PETERSEN SE ORDENA PASO
DE SNG ABIERTA LEV
TA CDE ABDOMEN Y RX DE ABDOMEN SIMPLE
NVO

¹⁵ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 181

¹⁶ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 184

¹⁷ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 185

¹⁸ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 191

Para el 2 de junio de 2014 la revisó el médico especialista por cirugía Ricardo León Londoño Lagos¹⁹ quien consideró cuadro de obstrucción intestinal con sospecha de hernia de *petersen*. Diagnóstico complicación de procedimientos, no especificada (T819). Se ordenó TAC de abdomen y RX de abdomen simple.

Fecha de evolución 2014/06/02 21:49.

Este día la paciente fue vista por un 4° galeno en medicina general quien adicionó un nuevo diagnóstico depleción del volumen (E86X).²⁰

ANALISIS

VALORADA POR CX GENERAL HOY . TIENE PENDIENTE TAC DE ABDOMEN . RX NO NIVELES HIDROAEREOS, PRESENCIA DE AUIRE EN AMPOLLA RECTAL, CON COLON DISTENDIDO, PRESENCIA DE ABUNDANTE AIRE. EN EL MOMENTO PACIENTE DESIDRATADA, CON DOLOR INTENSO. NO MEJORIA CON DIPIRONA/HIOSCINA

Fecha de evolución 2014/06/03 07:25.

SE REPORTAN PARACLINICOS

PRUEBA DE EMBARAZO: NEGATIVA

COLORO: 111 mmol/L (98 - 107)

POTASIO: 2.95 mmol/L (3.40 - 4.40)

SODIO: 141 mmol/L (137 - 145)

PROTEINA C REACTIVA: 36.01 mg/dL (0.00 - 0.50)

NO HA SIDO RESPORADO EL HEMOGRAMA

PACIENTE REFIERE QUE EL DOLOR PERSISTE, ADEMAS DISNEA, SE RETIRO LA SONDA NASOGASTRICA

SE HABLA CON LA MADRE Y DICE QUE A LOS 12 AÑOS LA OPERARON DE QUISTE TORCIDO DE OVARIO, NO SE SABE SI LE SACARON EL APENDICE

EXAMEN FISICO

REGULARES CONDICIONES . CONCIENTE, ORIENTADA , CIANOTICA, LENGUA SECA,FR: 26 X MIN, FC: 122 X MIN, PA: 90/58 , SATO2 92%, FIO2 35%, CARDIOPULMONAR RS CS RS NO SOPLOS, MV CONSERVADO, NO ESTERTORES, ABDOMEN CON DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA, FLANCO DERECHO, CON ABDOMEN TENSO, EXTREMIDADES FRIAS, NO EDEMAS, PIEL PALIDA, NEURO GLASGOW 15/15

PACIENTE EN 4 DECADA DE LA VIDA CURSANDO CON SEPSIS, ORIGEN ABDOMEN , POSIBLE APENDICITIS PERFORADA

SE ENTREGA A MEDICO DE TURNO

SE HAN PASADO 4000 CC DE LEV EN TOTAL

SE ORDENA OXIGENO POR VENTURY

SE SOLICITA VALORACION URGENTE POR CIRUGIA GENERAL

Se observa así que, el cuarto médico general realizó examen físico y halló "ABDOMEN CON DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA", y consideró que la paciente tendría POSIBLE APENDICITIS PERFORADA. Se solicitó valoración urgente por cirugía general. Diagnóstico **SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA (A419) Y APENDICITIS AGUDA (K359)**²¹.

¹⁹ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 192

²⁰ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 193

²¹ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 194

Fecha de evolución 2014/06/03 08:06

Nuevo análisis de quinto galeno en medicina general advierte que la **Tomografía Axial Computarizada se encuentra pendiente**²². No se observa resultado de la ecografía de abdomen ordenada.

En su análisis ordenó intubar a la paciente. DIAGNÓSTICO: Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas (K566).

Fecha de evolución 2014/06/03 11:36.

El sexto médico analizó PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, SE REALIZA INTUBACIÓN ordenó remitir a la paciente a reanimación. DIAGNÓSTICO: Otros dolores abdominales.

Fecha de evolución 2014/06/03 11:41

Diagnóstico: Paro cardíaco.

Fecha de evolución 2014/06/03 12:02. Se diligenció acta de defunción #70955278-6.²³

Vista así la atención médica brindada a la paciente, se contrasta con los procedimientos médicos de los manuales y literatura médica al respecto, análisis que bajo los mismos supuestos que acá nos convoca analizó la Corte así²⁴:

“Para efectos de establecer un diagnóstico acertado o, al menos plausible o probable, es necesario que el médico tratante realice un examen físico general metódico y completo, evitando concentrarse en un punto específico y delineando un enfoque sistémico que permita encontrar signos que confirmen o descarten un diagnóstico diferencial.

(...)

«En alteraciones intraabdominales agudas siempre hay dolor. El diagnóstico dependerá de la historia clínica y del examen físico. Por lo general, los antecedentes clínicos son la ayuda diagnóstica más importante, aunque el examen físico, los estudios de laboratorio y los rayos X proporcionan pruebas confirmatorias de importancia. Generalmente 85% a 90% de los diagnósticos se basan sólo en la historia clínica (...). A menudo, en el

²² Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 195

²³ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 197

²⁴ Sentencia SC13925 de 30 de septiembre de 2016

servicio de urgencias es imposible diagnosticar el dolor abdominal. Si el dolor es notable, se aconseja hospitalizar al paciente para observarlo y realizar procedimientos diagnósticos posteriores. (...) El dolor que se inicia de manera gradual y que empeora lentamente, es característico de infección o inflamación peritoneal. Con frecuencia, la apendicitis y diverticulitis se presentan de este modo». (MARY T. HO., CHARLES SAUNDERS. *Diagnóstico y tratamiento de urgencias*. México: 1991. P. 112 y s.s.)

(...)

Para el trastorno de apendicitis, específicamente, está indicado que «el síntoma inicial es dolor abdominal periumbilical o epigástrico mal localizado, poco frecuente en cuadrante inferior derecho sobre el punto de McBurney. Después, el dolor se desplaza a la región periumbilical para finalizar en el cuadrante inferior derecho. Por lo general, hay anorexia, náusea y vómito. En el examen físico se observa hipersensibilidad abdominal y rigidez muscular. La fiebre es ligera y la cifra de leucocitos está un poco elevada. Puede haber variaciones en el cuadro clínico común sobre todo en la apendicitis retrocecal, en donde el dolor permanece mal localizado. La ultrasonografía del apéndice puede ser útil si el diagnóstico es incierto» (Ibid, p. 124)

Sobre la apendicitis como dolor abdominal agudo, la Sala de Casación abordó lo siguiente:

“Según JULIO NIETO SILVA, «para poder establecer un diagnóstico precoz acertado [de dolor abdominal], partimos de una historia clínica detallada sobre las características del dolor y un examen físico completo». (Urgencias médico quirúrgicas. Bogotá: 2002).

El examen físico debe tener una secuencia de inspección, palpación, percusión y auscultación. Será metódico y meticuloso, el cual debe incluir el examen rectal y pélvico.

*Además del examen físico, se deben practicar ayudas diagnósticas, de laboratorio, estudios radiológicos, y **tomografía axial computarizada**. Esta última «ha demostrado ser una herramienta de gran ayuda en el diagnóstico del dolor abdominal, pues tiene una alta sensibilidad, hasta del 94%. El requerir tiempo para su preparación y su costo es el limitante de nuestras instituciones de salud, pero es de una amplia aplicación diagnóstica en la actualidad en enfermedad*

diverticular complicada, pancreatitis, isquemia mesentérica, obstrucción intestinal, perforaciones del intestino y apendicitis aguda».”

(...)

Las investigaciones médicas concluyen que un diagnóstico temprano de apendicitis es imprescindible para la recuperación de la salud de quien la padece, por lo que hay que actuar prontamente y proceder a la cirugía cuando se tengan sospechas. A pesar de ello, sabiendo el médico que la señora Luz Deisy llevaba cuatro días con signos y síntomas que a un profesional diligente le hubieran llevado a un diagnóstico certero, no realizó los procedimientos estandarizados para salir de la duda; entonces no hay ninguna razón que pueda justificar la grave culpa con la que obró el profesional.

Los estudios científicos señalan que un diagnóstico tardío de apendicitis, cuya demora no es atribuible a la tardanza del paciente en acudir al centro médico, se debe a negligencia médica y a una conducta vergonzosa e inaceptable; luego, es preciso admitir que la conducta de los médicos que no dieron con el diagnóstico temprano de la patología de la paciente fue negligente e imperita, constitutiva de culpa...” (negrilla fuera del texto).

La génesis de todo, ocurrió cuando la paciente en su primera atención padeció de una mala interpretación de los síntomas padecidos, los que apuntaban a una apendicitis, cuya tardanza permitió que el infalible paso del tiempo de 6 días sin la práctica los exámenes completos para la consecución del diagnóstico clínico diferencial, conllevara al fatal desenlace.

Sí, en un comienzo se consideró el cuadro clínico tanto en gastritis como en obstrucción intestinal. De acuerdo a lo expuesto por el perito, el *a quo* precisó que si a la paciente la hubiera valorado un médico especialista, este habría podido ordenar exámenes más especializados para intervenir y solicitar, el TAC y radiografía, en un momento más temprano, empero esta fue solicitada por el médico cirujano apenas en la cuarta consulta; entonces, lo así afirmado por el Juez se distorsiona en el recurso al señalar que aquel había dicho que no se había realizado esas ayudas diagnósticas, sino que simplemente fueron tardías.

Es que como bien lo señaló el perito, los servicios médicos pueden ser solicitados, tanto, la radiografía de abdomen y luego tomografía e inclusive ambas al mismo tiempo, dependiendo del resultado de los rayos X; además, ello también

depende de la especialidad que tenga el galeno o de la institución si lo autoriza a los médicos generales.

El médico Edwar Humberto Almanza Gómez, señaló que si la paciente hubiera sido atendida por medicina especializada de entrada, estos profesionales tienen la potestad de realizar la orden para exámenes que los médicos generales no pueden solicitar²⁵, lo que demostró la historia clínica, pues se insiste, la radiografía de abdomen y la tomografía fueron ordenadas por el cirujano en la cuarta consulta de los profesionales, esto fue el 2 de junio de 2014, es decir, para el tercer, incluso, entrando al cuarto día desde la primera atención.

Entonces, no es cierto el otro señalamiento según el cual el perito había concluido que las ayudas diagnósticas en este caso tenían que ser necesariamente escalonadas, pues si en momento alguno hubo mejoría o evolución del cuadro clínico de la paciente, bien se pudieron realizar de manera concomitante o, al menos, una seguida de la otra, pues de las primeras no se había obtenido un diagnóstico claro y certero y, entre tanto, la paciente continuaba con sus dolencias sin mejoría alguna.

Y en lo que se refiere propiamente a la necesidad de la tomografía computarizada y su incidencia en el diagnóstico, previo a concluir sobre la necesidad o no de la realización de esta ayuda a un paciente con infección abdominal, tenemos que; primero, sobre los exámenes de proteínas C reactivas²⁶, explicó el perito que son indicadores en sangre en su mayor parte para evidenciar si el paciente trae un proceso infeccioso o no, si hay algún daño o no. En el caso analizado fue para detectar infección de origen abdominal ante las sospechas presentadas.

Concluyó el perito que los exámenes paraclínicos y las ayudas diagnósticas fueron los necesarios para el abordaje de la patología presentada por la paciente inicialmente; sin embargo, hubo retardo en la obtención de rayos X y en la tomografía que no se practicó.

De los paraclínicos²⁷ explicó que, se presentaron alterados porque la *PCR*, la proteína C reactiva, estaba elevada, indicador de infección o proceso obstructivo tipo abdominal; aumento en los leucocitos y neutrófilos según el hemograma, que son indicadores también de proceso infeccioso, eso sumado al vómito de la

²⁵ (archivo 03. 2018 000114 CONTRADICCION DEL DICTAMEN minuto 22:35)

²⁶ (archivo 03. 2018 000114 CONTRADICCION DEL DICTAMEN minuto 25:30)

²⁷ (archivo 03. 2018 000114 CONTRADICCION DEL DICTAMEN minuto 32:30)

paciente, dolor abdominal intenso y que no había dado del cuerpo, podía concluir en una obstrucción intestinal; por ello, se ordena sonda nasogástrica para esperar evolución de paciente. Pero, acá el diagnóstico aún seguía en duda, y por eso se estuvo a la espera de la realización y resultado del TAC para corroborar el diagnóstico que aún seguía ambiguo.

Señaló que el cuadro médico de la paciente al ser tan agudo y evolucionar tan rápido, era fundamental la experticia del médico tratante, memoró que en medicina se enseña *“equivóquese siempre a favor del paciente”*²⁸. Expuso el perito que frente a falta de diagnóstico claro y con cuadro de origen abdominal, se debe solicitar el concepto de cirugía general cuanto antes, ya que sería lo pertinente.²⁹

Frente al tiempo que se requiere para obtener resultados entre la realización de los diferentes exámenes posibles y sus hallazgos, depende de cada uno, como los son gases arteriales, PCR, hemograma, rayos X (depende de disponibilidad de personal), son evaluaciones que se pueden obtener el mismo día de su solicitud. Explicó que, estudiar los antecedentes de los pacientes es fundamental para la toma de decisiones, análisis, conclusión y diagnóstico.

De la historia clínica se observa que, la atención recibida por la paciente el 1° de junio de 2014 a las 20:04, se obtuvieron los resultados de los paraclínicos alterados³⁰ en contraste con los arrojados el 29 de mayo de 2014 así:

PARACLINICOS:

29/05/14:

*LUECOS 9.600, N 76 %, L 18 % (1720)

*HG 14.1, HTCO 40.6, PLAQUETAS 260.000

*AMILASAS 71, LIPASAS 13

*PCR 0.10

*UROANALISIS CONTAMINADO, CON 100 CUERPOS CETONICOS Y ESTEARASAS POSTIVAS

01/06/14

*LEUCOS 11.500, N 85%, L 8 % (940), M 8, E 0.17, B 0.25

*HG 14.10, HTCO 39.20, PALQUETAS 246.000

*AMILASAS 37, PCR 12.23

Dijo el perito que, de haberse realizado la TAC, el diagnóstico no necesariamente hubiera sido diferente,³¹ ello porque los rayos X ayudan, máxime que, con los resultados de estos, se mostraban los niveles hidroaéreos que hacen sospechar de una obstrucción intestinal, así que con la radiografía ya se tenía ese

²⁸ (archivo 03. 2018 000114 CONTRADICCION DEL DICTAMEN minuto 34:45)

²⁹ (archivo 03. 2018 000114 CONTRADICCION DEL DICTAMEN minuto 35:05)

³⁰ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 187

³¹ archivo 03. 2018 000114 AUDIENCIA VIRTUAL SENTENCIA minuto 42:00)

análisis. Si bien advirtió que la tomografía no era algo fundamental para llegar al diagnóstico, como lo destaca la impugnante, pese a ello y, con base a los resultados de los paraclínicos del PCR y leucocitos obtenidos, se tiene, de acuerdo a la literatura médica como regla de la sana crítica, útil para alimentar el juicio sobre la pertinencia e idoneidad del actuar del galeno, que la *Lex Artis* ajustable al caso en estudio, enseña que:

*“La determinación de la proteína C reactiva (PCR) parece adquirir un interesante papel en la predicción de la apendicitis aguda. Esta betaglobulina producida en el hígado es un marcador de respuesta aguda que aumenta en cualquier proceso inflamatorio como una respuesta primaria a la destrucción celular. Al parecer la liberación de la PCR es un mecanismo de protección filogenético muy antiguo y poco específico, pero varios autores coinciden en señalar que si bien su elevación resulta inespecífica, los valores normales descartan la posibilidad de apendicitis en pacientes con dolor abdominal de más de 12 horas de evolución. **Un interesante estudio realizado por Astudillo y colaboradores al determinar PCR en líquido peritoneal mediante punción, concluye que la predicción es muy significativa para apendicitis aguda, especialmente si se convalida con el conteo de neutrófilos.**³²*

En cuanto a los valores obtenidos, se señala³³:

“El conteo leucocitario mayor de 10,000 células/mm³ y desviación a la izquierda con proteína C reactiva mayor de 1.5 mg/l son indicadores diagnósticos para apendicitis aguda. La leucocitosis mayor de 20,000/μl se asocia con perforación apendicular... Por lo anterior, se han intentado utilizar otros estudios para el diagnóstico oportuno; tal es el caso de la procalcitonina y bilirrubina; se ha demostrado que la utilidad de ambas es para el diagnóstico de casos complicados de apendicitis.”

Frente a la tomografía computarizada se tiene:

*(...) **Representa uno de los estudios de imagen que nos permite un diagnóstico más preciso y, asimismo, diferenciar entre apendicitis aguda perforada y no perforada.** Los signos radiológicos descritos para el diagnóstico de*

³² Harry Francisco Álvarez Castro; Franklin Valdez Aguagallo; Lady Diana Ramírez Moran Vol.2 Núm. 2 Escala de Alvarado como método de diagnóstico en apendicitis aguda <file:///D:/Users/dgonzala/Downloads/Dialnet-EscalaDeAlvaradoComoMetodoDeDiagnosticoEnApendicit-6732758.pdf>

³³ Cir.gen vol.41 no.1 Ciudad de México ene./mar. 2019.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033

Epub 02-Oct-2020

apendicitis aguda son los siguientes: aumento del diámetro apendicular mayor de 6mm (sensibilidad 93%, especificidad 92%), espesor de la pared apendicular mayor de dos milímetros (sensibilidad 66%, especificidad 96%), grasa periapendicular encallada (sensibilidad 87%, especificidad 74%), reforzamiento de la pared apendicular (sensibilidad 75%, especificidad 85%)(...)

*“El diagnóstico de la apendicitis aguda (apendicitis) basado en evaluación clínica y análisis de sangre y orina puede ser difícil. Por lo tanto, en las personas con sospecha de apendicitis, la tomografía computarizada (TC) abdominopélvica se utiliza a menudo como prueba complementaria después de la evaluación inicial para reducir la incertidumbre diagnóstica. El objetivo de la utilización de la TC es ayudar al médico a discriminar entre las personas que necesitan cirugía con apendicectomía y las que no... Conclusión de los autores. La sensibilidad y especificidad de la TC para el diagnóstico de la apendicitis en adultos es alta”.*³⁴

De manera que, el examen que no se practicó a la paciente es una ayuda diagnóstica que resultaba ser confiable, precisa y ayudaba a la probabilidad de diagnosticar la apendicitis, echándose de menos la realización del mismo, ya que no era especulativo. Obteniéndose así, que tanto para el resultado de PCR y leucocitos, se concluía que los valores elevados eran conducentes para considerar el diagnóstico de la apendicitis desde el 1º de junio de 2014 y proceder así a intervención quirúrgica.

3.4.2. De otro lado, en cuanto al supuesto equivoco del Juez por haber afirmado que la paciente no fue valorada por medicina especializada en cirugía, ni que se le había practicado rayos X de abdomen, en verdad, lo que el *a-quo* precisó en la sentencia fue que no existió constancia de remisión de la paciente a cuidados especiales o a cuidados intensivos, ni a cirugía, ni que hubiere sido valorada por médico urgentólogo o intensivista en urgencias o por especialidad diferente a cirugía, precisando no fue valorada por una especialidad médica de **forma oportuna**³⁵, aserciones que extrajo de la historia clínica como ya antes se vio³⁶, donde se destaca la valoración realizada por el galeno Ricardo León Londoño Lagos quien visitó a Gloria Isabel Cano Pino el día 2 de junio de 2024 y que ordenó TAC de abdomen y RX de abdomen simple.

³⁴ Bo Rud¹, Thomas S. Vejborg², Eli D. Rappeport², Johannes B. Reitsma³, Peer Wille-Jørgensen⁴, Revista Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 32, Nº. 6 (Diciembre), 2020, págs. 429-430. Tomografía computarizada para el diagnóstico de la apendicitis aguda en adultos <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7653892>

³⁵ (archivo 03. 2018 000114 AUDIENCIA VIRTUAL SENTENCIA minuto 44:30)

³⁶ (archivo 03. 2018 000114 AUDIENCIA VIRTUAL SENTENCIA minuto 38:20)

Es que, incluso, el mismo perito destacó que si la paciente hubiere sido atendida inicialmente por médico especialista, este hubiere ordenado exámenes y ayudas diagnósticas especializadas. Empero, sólo se observa que fueron realizadas los paraclínicos y la radiografía de abdomen. Evolución que se siguió a la espera de confirmación de diagnóstico diferencial, de manera que la incidencia en las primeras valoraciones por médico especialista hubiera sido crucial para el descubrimiento temprano de la enfermedad y sus respectivos correctivos.

Frente a la pregunta realizada por el *a quo*, en lo concerniente a que sí el médico intensivista o urgentólogo es un profesional con la idoneidad con base en un cuadro clínico de la paciente, podría haber detectado y acertado en un diagnóstico como los que se sugieren en este asunto? Respondió³⁷: *“Sí señor, porque ellos tienen más acceso a pedir ciertos exámenes que nosotros como médicos generales muchas veces en ciertas instituciones no los puedes solicitar, por ejemplo un TAC de abdomen, hay instituciones lo limitan a uno como médico general para solicitar este tipo de exámenes”*... *“Claro que la radiografía de abdomen nosotros sí tenemos acceso a solicitar ese tipo de examen”*. Preguntado: *“a esta paciente se le solicitó oportunamente ese tipo de ayuda, la radiografía de abdomen?”* Respondió: *“Se la solicitó el cirujano casi en la cuarta consulta”*.

En todo caso, fue claro el perito en señalar que independientemente de no contar los resultados de la TAC, y que en verdad sí se tenían los resultados de los rayos X previamente realizados, como no hubo evolución positiva con sonda nasogástrica y se presentaba sospecha de obstrucción intestinal: *“no en (sic) espera de una tac, si la tac no se puede realizar inmediatamente, lo idóneo hubiese sido llevar la paciente a una laparotomía exploratoria, ya que no había un diagnóstico claro de cuadro abdominal y había una alta sospecha de obstrucción”*,³⁸ exploración quirúrgica del abdomen recomendada que no fue realizada.

Como conclusión plasmó en su experticia que la paciente: *“consultó en el servicio de urgencias por un dolor abdominal, el cual se fue incrementando en un corto período de tiempo, llevándola a la deshidratación y a un deterioro clínico rápido, con: paraclínico alterados que hacían sospechar un Síndrome Adherencial y una Obstrucción Intestinal por sus múltiples antecedentes quirúrgicos antes mencionados, tratada como gastritis, sin mejoría, por antecedentes de Helicobacter*

³⁷ (archivo 03. 2018 000114 CONTRADICCION DEL DICTAMEN minuto 23:45)

³⁸ (archivo 03. 2018 000114 CONTRADICCION DEL DICTAMEN minuto 43:25)

*Pylori Positivo, se descartó pancreatitis con paraclínicos normales, a la espera de un TÁC que nunca se le realizó. Paciente que por sus antecedentes quirúrgicos, su rápido deterioro clínico, con exámenes alterados- y sospecha de una Obstrucción Intestinal y Sepsis de origen Abdominal, debió ser ingresada al quirófano para dar un diagnóstico y manejo adecuado lo cual pudo haber cambiado el desenlace final de la paciente.*³⁹

Así las cosas, si bien se ordenaron algunos exámenes recomendados por los protocolos para determinar el diagnóstico, lo cierto es que, no se realizaron ni la ecografía ni el TAC, ni se acreditó la realización estudios complementarios. Una vez surgida la sospecha de la peritonitis lo procedente era la laparotomía exploratoria o apendicectomía en estado inicial, y pese haberse ordenado el 3 de junio de 2014 valoración por cirugía, no logró realizarse debido al avanzado estado de salud en deterioro.

Acreditado esta entonces que existieron errores en el diagnóstico que padeció la paciente; aunado a la falta de atención especializada oportuna, y la demora en la realización de los exámenes y ayudas diagnósticas sugeridas y necesarias para la consecución del diagnóstico diferencial, como en efecto lo concluyó acertadamente el señor Juez de instancia.

3.5. Conclusión.

En suma, por los motivos expuestos a lo largo de la providencia, se confirmará la sentencia de primera instancia, imponiendo, **consecuentemente**, las costas en esta instancia a cargo de la apelante no solo por resolverse desfavorablemente su recurso, sino además por la dilación del litigio en todo este trámite, aspecto que también se busca compensar las agencias en derecho. El magistrado sustanciador fijará por este rubro en la suma de \$2.600.000

IV. DECISIÓN

Con **fundamento** en lo expuesto, **la Sala Cuarta de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad Constitucional y legal.

FALLA:

³⁹ Archivo 01.2018 00114 00 CUADERNO PRINCIPAL página 211

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 10 de febrero de 2021 por el Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Medellín.

SEGUNDO: Costas en esta instancia a cargo de la apelante. El magistrado sustanciador fija las agencias en derecho en \$2.600.000.

TERCERO: NOTIFÍQUESE esta providencia a los sujetos procesales y **DEVUÉLVASE** el expediente al Juzgado de origen.

Proyecto discutido y aprobado en sala de la fecha

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados, (Firmados electrónicamente)

BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA

JULIÁN VALENCIA CASTAÑO

PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA

Firmado Por:

Benjamin De Jesus Yepes Puerta
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Julian Valencia Castaño
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 010 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Piedad Cecilia Velez Gaviria
Magistrada
Sala 002 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: **3e30838fec49eace94aeec60223c75319eb868b0bd04bda9b13263f4908c4e31**

Documento generado en 03/12/2024 02:21:12 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>