**TRIBUNAL SUPERIOR
DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES
SALA CIVIL FAMILIA**

Magistrada Ponente
ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS

Rad. 17001-31-03-006-2019-00163-02

Sentencia N°037

Discutida y aprobada mediante acta N° 039 de la fecha

Manizales, dieciocho (18) de febrero de dos mil veintidós (2022).

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Estudiada la sustentación del recurso de alzada, acorde el traslado que en cumplimiento del artículo 14 del Decreto 806 del 2020 fue corrido mediante auto del 30 de agosto pasado, se **RESUELVE** la apelación interpuesta por la parte demandante frente a la sentencia proferida el 20 de agosto de 2021 por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil médica instaurada por los señores María Elsy Giraldo Giraldo, Milary Andrea Garzón Giraldo, Rohel Arango Murillo (a nombre propio y como sucesores procesales de la señora Carol Viviana Arango Garzón), Leandro Arango Garzón, María Elena López Becerra y Judy Esperanza Rincón Flórez actuando a nombre propio y como representante legal de los menores **F.Z.R.** y **C.Z.R.**, en contra de la Clínica Versalles y Salud Total EPS, trámite al cual se llamó en garantía a Chubb Seguros Colombia S.A. y Allianz Seguros S.A.

II. ANTECEDENTES

2.1. Demanda Reclaman los demandantes (madre, hermana, hijos, ex compañera permanente, sobrinos, cuñado y amiga cercana de la víctima directa) se declare a las accionadas civilmente responsables por los perjuicios materiales e inmateriales padecidos con ocasión a la desacertada, negligente e ineficiente atención en salud que recibió el señor Johnny Marcelo Zamora Giraldo para su patología y que desencadenó en su deceso; en consecuencia, sean indemnizados por los referidos daños en los montos establecidos en la demanda reformada.

Como hechos jurídicamente relevantes fundantes de sus pretensiones, aducen que el citado señor en el mes de junio de 2018 comenzó a presentar afecciones en su salud consistentes en cefalea, fiebre, dolor en las articulaciones y diarrea, motivo por el cual acudió en diversas ocasiones al servicio de urgencias de Salud Total

EPS a la que se encontraba afiliado, siendo catalogado en las atenciones del 24, 25 y 27 de tal mes y año como triage 4 y en consecuencia derivado al servicio de consulta externa donde le prescribieron diversos fármacos de cara a su sintomatología y exámenes diagnósticos para controles posteriores.

No obstante, a pesar de acatar los tratamientos ordenados, el paciente no evidenció ninguna mejoría en su estado y por el contrario sus condiciones se tornaron más preocupantes al sumarse a sus padecimientos un vómito intenso, situación que de nuevo lo llevó a urgencias el 29 de junio de 2018 a las 4:41 p.m., oportunidad en que por su clasificación de triage 2 fue valorado por el galeno Carlos Alberto Narvárez Torres, profesional que al ver su grado avanzado de deshidratación dispuso instaurar líquidos, específicamente 1500 CC de solución salina para la primera hora y 70 CC cada hora posterior, siendo ello insuficiente atendiendo a las particularidades de Johnny Marcelo, esto es, su peso, edad y patologías que imponían un manejo con mínimo 2500 CC diarios a fin de evitar una deshidratación aguda.

Los paraclínicos formulados por el médico develaron a eso de las 7:27 p.m. de la data reseñada, a más de la deficiente hidratación, que el quejoso estaba atravesando una falla renal, dado que su creatinina se incrementó a 1.3, signo inequívoco de la deshidratación, puesto que en pacientes de sus características los niveles máximos de tal compuesto orgánico corresponden a 1.0. Indicaron que los protocolos en caso de falla renal exigen la remisión del aquejado a un servicio de cuidados intermedios, sin embargo, al señor Zamora Giraldo le continuaron la deficiente reposición de líquidos, sin importar el claro deterioro de su situación caracterizada por emesis, diarrea y malestar general.

El día 30 de junio del 2018, el médico Harold Alexis Agudelo recibió el resultado de los exámenes de creatinina, evidenciando un aumento de 1.3. a 3.0, taquicardia y baja presión, evidencias todas de la comentada deshidratación y la lesión renal aguda por las que cursaba el paciente, pese a lo cual su conducta se ciñó a ordenar medios diagnósticos adicionales sin que en este punto, ni en las posteriores evoluciones a lo largo del día, dispusiera la remisión a una unidad de mayor complejidad, según ordenan las guías clínicas. También se omitió realizársele el control de líquidos que sus circunstancias ameritaban, muestra de ello es que el aparte del balance hídrico en el récord clínico permaneció sin información, lo que da cuenta de la negligente atención que recibió.

Solo hasta las 6:38 P.M. de la aludida jornada se decidió disponer el traslado a la UCI de la Clínica Versailles, donde el doliente ingresó en pésimas condiciones y se mantuvo dos días batallando por su vida sin éxito, pues el 2 de julio de 2018 falleció a causa de una coagulopatía secundaria a sepsis con acidosis metabólica severa, múltiples manifestaciones hemorrágicas y paro cardiorrespiratorio.¹

¹ Fls. 30 a 47. Archivo "005ReformaDemanda.pdf" Cuaderno 01. Expediente digitalizado

2.2. La réplica

La demanda, radicada el 23 de julio de 2019, se admitió mediante proveído del 30 de agosto de tal año y posteriormente su reforma se aceptó en auto del 26 de noviembre de análoga calenda. Las notificaciones iniciales se dieron de manera personal a la IPS Clínica Versalles² y a las llamadas en garantía Chubb Seguros Colombia S.A.³ y Allianz Seguros S.A.⁴, mientras que por aviso a la EPS Salud Total⁵.

La totalidad de los intervinientes emitieron pronunciamiento oponiéndose a las pretensiones del libelo, a las del llamamiento en lo correspondiente y elevando, respecto a dichos actos procesales, las excepciones que se siguen:

2.2.1. Clínica Versalles: *“Caso fortuito”; “Responsabilidad del asegurador en el servicio de salud”; “Acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de los protocolos”; “Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad”; “Obligación de medios y no de resultados en la atención brindada al paciente”; “Inexistencia de prueba de falta, omisión, negligencia e imprudencia en el servicio médico”; “El acto médico realizado por los galenos adscritos a Clínica Versalles S.A. se cumplió conforme a la lex artis y la discrecionalidad científica”; “(...) Inexistencia de relación de causa a efecto entre los actos de los profesionales de la salud y el resultado que pudo haber afectado al paciente”; “Cobro de lo no debido”; “Exceso de pretensiones”; “Carga de la prueba de los perjuicios sufridos”; “Inexistencia y excesiva tasación en los perjuicios”; “La innominada”; “Los actos médicos suministrados al demandante fueron oportunos” y la “Prescripción”⁶.*

2.2.2. Salud Total EPS: *“Inexistencia de nexo causal entre el actuar médico de Salud Total EPS y el daño que se imputa”; “Ausencia de actividad probatoria de la parte actora – Excesiva tasación de perjuicios”; “Inexistencia de culpa o negligencia de Salud Total EPS – Cumplimiento de la obligación de medios por parte de Salud Total EPS y sus galenos”; “Inexistencia de responsabilidad civil por parte de Salud Total EPS” y la “Excepción genérica”⁷.*

Ambas codemandadas llamaron en garantía a Allianz Seguros S.A. y Chubb Seguros Colombia S.A., habiendo desistido posteriormente la EPS Salud Total de tal actuación frente a la última compañía mencionada.

2.2.3. Chubb Seguros Colombia S.A. propuso a título de herramientas exceptivas frente a la **demanda principal** las que llamó *“Los actos médicos realizados por los diferentes profesionales de la salud vinculados a Clínica Versalles S.A. se cumplieron con la debida diligencia y cuidado conforme la lex artis y sin culpa”; “Ausencia de nexo causal”; “Caso fortuito”; “La responsabilidad médica es por culpa probada”; “Excesiva tasación de daños inmateriales”; “Excepción genérica”*. En lo que toca al **llamamiento** invocaron: *“Ausencia de cobertura de la Póliza (...) la vigencia afectada no corresponde a fecha de reclamación (modalidad claims made); “Responsabilidad de la aseguradora dentro de los límites de la vigencia de la póliza (...); “Límite del valor asegurado y deducible pactado*

² En diligencia del 11 de septiembre de 2019

³ Actuación datada 13 de febrero de 2020

⁴ El día 18 de febrero de 2020

⁵ Surtida el 15 de noviembre de 2019

⁶ Fls. 64 a 110. Archivo “001FoliosA.pdf” Cuaderno 01. Expediente digitalizado

⁷ Fls. 170 a 182. Ídem

(...); “Disponibilidad de pago y agotamiento del valor asegurado (...);” y “Excepción genérica”.⁸

2.2.4. Allianz Seguros S.A emprendió la defensa de las codemandadas, coadyuvándolas con las siguientes oposiciones respecto a la **demanda principal**: “Ausencia de responsabilidad por inexistencia de culpa imputable a Salud Total EPS y a la Clínica Versalles S.A. por estar acreditado el proceder diligente de su cuerpo médico y no estar demostrada la existencia de un error diagnóstico”; “Inexistencia de relación de causalidad entre el fallecimiento del señor Jonny (sic) Zamora Giraldo y la atención brindada por el cuerpo médico (...);” “Elusión de la carga de la prueba por parte de los demandantes”; “Inexistencia de la obligación indemnizatoria a cargo de las demandadas”; “Enriquecimiento sin causa”; “Genérica y otras”; “Tasación excesiva e infundada del lucro cesante”; “Tasación excesiva del daño moral”; “Improcedencia del reconocimiento del daño a la vida de relación a favor de los familiares (...).”⁹

Con relación a la póliza No. 022300905/0 aducida por la **Clínica Versalles S.A.** a efectos de **llamamiento**, esbozó: “Ausencia de cobertura del contrato de seguro documentado en la Póliza (...) debido a que el primer reclamo a la Clínica Versalles S.A. no tuvo lugar dentro de su vigencia, de manera que no se cumple uno de los presupuestos necesarios para que opere la modalidad de cobertura denominada reclamación o claims made bajo la cual fue pactado el seguro”; “Inexistencia de la obligación indemnizatoria a cargo de Allianz Seguros S.A. en virtud de la Póliza (...) por la no realización del riesgo asegurado debido a que en este caso se encuentra acreditado el proceder diligente y perito del cuerpo médico de la Clínica Versalles”; “Límites y sublímites máximos de la eventual responsabilidad o de la eventual obligación indemnizatoria”; “Condiciones especiales y disponibilidad de la suma asegurada del contrato de seguro consignado en la Póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales (...);” “Causales de exclusión de la cobertura de la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales(...);” “Deducible pactado”; “El contrato es ley para las partes”; “Genérica, innominadas y otros”¹⁰

En lo que atañe al **llamamiento** elevado por **Salud Total EPS** con base en la póliza No. 022281640/0, adujo: “Inexistencia de la obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora por cuanto no se realizó el riesgo asegurado”; “La póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales (...) opera bajo la modalidad de cobertura denominada claims made”; “Exclusión expresa de la responsabilidad civil derivada de la atención en unidades de atención que no son propiedad de Salud Total EPS y demás causales de exclusión”; “En cualquier evento la obligación de la compañía aseguradora no podrá exceder el límite de los amparos otorgados”; “En las condiciones de la póliza (...) se pactó un deducible a cargo del asegurado”; “En todo caso el contrato de seguro es de carácter indemnizatorio”; y finalmente la “Excepción genérica”.¹¹

2.3. Trámite procesal. Habiéndose dirigido la fijación del litigio a establecer dentro del decurso las imputaciones elevadas por los demandantes, esto es, la insuficiente hidratación del paciente y la tardanza en la remisión a la UCI de Versalles, con ocasión de las pruebas decretadas al interior del asunto fueron valorados los dictámenes aportados por los promotores y la EPS codemandada, la historia clínica confeccionada por aquella y por los profesionales de la Clínica Versalles, a la par

⁸ Archivo “012ContestacionLlamamientoGarantiaChubbSeguros.pdf” Cuaderno 02. Expediente digitalizado

⁹ Archivo “006ContestacionDemandaLlamamientoGarantia.pdf” C05 Llamamiento. Expediente digitalizado

¹⁰ *idem*

¹¹ *Ibidem*

de las demás documentales adjuntadas, los testimonios técnicos de los galenos que participaron del proceso de atención del señor Zamora Giraldo, las declaraciones de las partes y sus representantes, aunado a la testimonial traída a instancias de los gestores a fin de acreditar los daños inmateriales alegados.

2.4 La Sentencia. Mediante decisión emitida oralmente el 20 de agosto de 2021, el Juzgado cognoscente resolvió denegar las pretensiones incoadas en el libelo demandatorio como consecuencia de la prosperidad de las excepciones planteadas y condenó a la activa en costas, fijando como norte el análisis retrospectivo de la historia clínica, es decir las posibilidades que al momento de los hechos tenían los médicos tratantes, en concordancia con las conclusiones del peritaje rendido por el especialista aportado por Salud Total EPS y los testimonios técnicos recaudados, que lo llevaron a sostener que el fallecimiento no fue resultado de la actuación negligente, ineficiente o imperita atribuida a los galenos que tuvieron a su cargo el cuidado de la salud del señor Zamora Giraldo, en los términos culpabilísticos que demanda un juicio de responsabilidad de esta naturaleza, pues pese a que en la atención se emplearon los apoyos técnicos, científicos y el protocolo establecido para los casos similares, el organismo del paciente no respondió satisfactoriamente sin que esto fuera imputable a los facultativos, razón que impedía la declaratoria de responsabilidad en cabeza de las instituciones demandadas por la ausencia del elemento subjetivo de sus agentes a quienes tan sólo podía exigírseles la entrega de su sapiencia profesional y científica.

2.5. Los reparos. Inconforme con la negativa adoptada, la parte demandante formuló su alzada proporcionando en la vista pública diversos puntos de reproche, que posteriormente concretó mediante un extenso escrito allegado en el término de sustentación del recurso, concedido por auto del 30 de agosto de 2021.

Allí esbozó de manera fundamental la indebida valoración de los medios suasorios por parte del Despacho cognoscente, para lo cual transcribió segmentos de los testimonios, los peritajes, la historia clínica y derivó distintas conclusiones frente a ellas, como pasa a resumirse:

(i) Respecto al dictamen rendido por el perito José Alex Casallas, el Juzgador le otorgó absoluta credibilidad pasando por alto las contradicciones evidenciadas, entre otras, que la falla renal, pese a requerir atención de mediana a alta complejidad podía ser atendida en la unidad de baja complejidad de urgencias de Salud Total; que la primera evidencia de sepsis se dio con la taquicardia presentada a las 10:30 A.M. del 30 de junio de 2018, ratificada con el cuadro de hipoglicemia presentado a eso de las 3:00 P.M. del mismo día, pero de forma ulterior indicó que la causa de la falla renal aguda, concretada en el aumento de la creatinina, era indicativa de la sepsis; dicotomías protuberantes que impedían estimar las resultas de la experticia, amén que quien la elaboró no pudo dar respuesta satisfactoria del porqué los exámenes diagnósticos no se procuraron antes y su exposición parcializada se dirigió a generar confusión en el Judicial primario que ciegamente lo recibió.

(ii) Divergió de la desaprobación al dictamen confeccionado por el perito José Norman Salazar por el solo hecho de llevar más de 12 años fuera del ejercicio clínico, ya que, a más de ser galeno de profesión es también abogado y ha rendido decenas de conceptos en casos como el que se debatió.

A la par de desconocerse la amplia trayectoria del experto, el Juzgado pasó de largo que tras el estudio juicioso del historial médico se estableció que el metronidazol es un antiparasitario, no un antibiótico de amplio espectro como se dijo en la sentencia; que la orden de instauración de líquidos no pudo ser verificada con las notas de enfermería; que no hubo un adecuado control de estos, siendo ello mandatorio en consideración a la pérdida presentada por el paciente y los criterios objetivos evidenciados, como lo fue la falla pre renal que sugería un proceso de deshidratación e hipovolemia; que todo lo anterior, sumado a la inestabilidad hemodinámica y la cianosis, imponían el traslado inmediato del quejoso a la UCI.

(iii) Relativo a los testimonios técnicos brindados por los médicos a cuyo cargo estuvieron las diferentes atenciones, acusó la sentencia de analizarlos fraccionada y erróneamente, pues el doctor Roberto Ramírez Salazar admitió que para las 9:50 A.M. del 30 de junio de 2018 ya habían criterios para sospechar de una sepsis que obligaba un tratamiento inmediato con antibióticos de amplio espectro, distintos al metronidazol y una “*resucitación*” con líquidos como la que fue aplicada a la llegada a la UCI de 2000 CC de solución salina en la primera hora.

Advirtió que el testigo Enrique Augusto Ramírez Latorre informó sobre las pésimas condiciones en que el señor Johnny Marcelo ingresó a la Unidad de la Clínica Versalles, augurándole una probabilidad de supervivencia de un 20%, exaltando la importancia de usar meropenem y vancomicina en pacientes con shock séptico, además que el deterioro del paciente remitido era un desenlace normal de cara al declive de sus signos vitales, señal de un desarrollo paulatino y no súbito de la enfermedad.

El galeno Carlos Alberto Narváez Torres, que recibió en principio al señor Johnny Marcelo, insistió en que el balance hídrico o control debe hacerse en casos de falla renal, a pesar de lo cual no lo ordenó; que no realizó seguimiento de las condiciones y del tratamiento instaurado porque dejó al afectado a la deriva en manos del médico de observación, actuaciones claramente laxas que influyeron en la consumación de daño.

El profesional Alexánder Vergara afirmó en primer lugar no recordar mucho del caso y posteriormente, de manera inexplicable, sospechosa, evocó que el quejoso le manifestó una mejoría en sus síntomas abdominales, disminución de la diarrea y el vómito en contravía de lo consignado en la historia clínica; que a pesar de expresar la trascendencia de tomar los signos del destinatario de la atención, él no pudo justificar el motivo por el que no lo hizo a las 6:00 A.M.; además que la retención de orina u oliguria es recurrente en estados de sepsis.

En lo que atañe al médico Harold Alexis Agudelo, reclamó que el fallo hubiera dado peso a su testimonio que amén de estar plagado de dudas, olvidos, vacíos, precisamente sus omisiones son las que se tildan de negligentes, empezando por que la auscultación del señor Zamora Giraldo se dio casi 3 horas después de que recibió el turno, pretendiendo escudar su demora con asuntos que emergen no atribuibles al paciente, a lo que se aúna que no ordenó oportunamente medios diagnósticos como gases arteriales y glicemia; desatendió los datos antecedentes incorporados en el récord clínico; afirmó que la falla renal no implicaba un traslado a la UCI y ante el aumento de niveles de creatinina dio prioridad a un foco de infección urinaria a pesar que las manifestaciones del quejoso a las 9:50 A.M. eran propias a una sepsis según el perito Casallas y el intensivista Ramírez Salazar, contradiciendo también lo dicho por el médico Narváez Torres en el entendido que la falla renal ameritaba seguimiento del balance hídrico.

Finalmente, buscó desacreditar lo aseverado por el experto José Alex Casallas con base en lo testificado por la auxiliar de enfermería Liliana Muñoz, quien dijo que el señor Zamora Giraldo además de estar hipotenso y taquicárdico a eso de la 1:00 P.M., estaba canalizado por una sola vena, mientras que el primero supuso que se habían instalado dos catéteres para pasar los líquidos.

A juicio del censor, los referidos aspectos fueron echados de menos por el Judicial primario para fundar su sentencia, aún a sabiendas que aquellos variarían sustancialmente el sentido de la decisión.

(iv) También reprochó la lectura que del récord clínico realizó el Juzgador de instancia, considerando que de ella se extractaban diversas situaciones que acreditan la negligencia alegada, como que al ingreso del paciente al servicio de urgencias (4:41 P.M.) se tomaron por una sola vez los signos vitales a los que no se hizo el seguimiento respectivo sino hasta las 6:00 P.M. donde eran normales y a las 12:17 A.M. se encontró hipotensión y taquicardia, sumados a la oliguria, todos ellos recurrentes en estado de sepsis.

La ausencia de registro de las órdenes de exámenes complementarios como la glicemia o gases arteriales, a más de la revisión física de los sistemas orgánicos del paciente, conducen a afirmar que el equipo de salud omitió gravemente agotar las actuaciones necesarias para el acertado diagnóstico y ulterior restablecimiento del bienestar del señor Zamora Giraldo, puesto que solo a las 5:48 P.M. del 30 de junio se encontró la acidosis metabólica que determinó la sepsis.

2.6. La réplica. Tanto las codemandadas, como Allianz Seguros S.A. concurrieron a defender la asertividad del fallo, con base en que las probanzas recaudadas dan cuenta de la diligente, eficiente y perita actuación de los médicos que atendieron al paciente durante su internación sanitaria, motivo por el cual afirmaron que las consideraciones fundantes de la alzada emergen subjetivas y sin respaldo en los elementos de convencimiento, deprecando en consecuencia la confirmación total del proveído impugnado.

Chubb Seguros Colombia S.A. omitió pronunciarse dentro de la antedicha oportunidad.

III. CONSIDERACIONES

3.1. Problema Jurídico

Hallándose reunidos los presupuestos procesales necesarios, así como que no aflora irregularidad o causal de nulidad alguna que obligue retrotraer lo actuado a etapa anterior, y atendiendo a los términos en que se fijó el litigio en el primer nivel en concordancia con los reclamos en el recurso vertical, lo que ocupa a la Sala sería establecer si cotejando las piezas probatorias recaudadas emergen los elementos para la declaratoria de responsabilidad enrostrada a las demandadas debido a **(i)** la insuficiente o inadecuada reposición de líquidos al paciente, alegada como genitora de su severa deshidratación y **(ii)** la tardía remisión a la Unidad de Cuidados Intensivos que desembocó en la materialización del resultado dañoso; o si por el contrario, acorde concluyó el *a-quo* de los medios de convicción allegados no es dable extractar la culpa de los agentes de las instituciones, impidiendo tal circunstancia la prosperidad de los pedimentos condenatorios.

3.2. Tesis de la Sala

Esta Colegiatura defenderá la postura acorde con la cual de las herramientas persuasivas, especialmente de la confrontación objetiva de lo consignado en la historia clínica, el concepto del perito aportado por la EPS demandada y los testimonios técnicos, con los estándares prescritos por los protocolos médicos aplicables al supuesto fáctico, se dilucida la pertinencia, oportunidad y diligencia en el actuar del equipo de profesionales de la salud de las instituciones demandadas, que de suyo impide la imputación causal en la producción del deceso y sus subsiguientes perjuicios; sin ser posible acoger el dictamen del galeno aportado por los recurrentes por las manifiestas imprecisiones en varios de sus planteamientos.

3.3. Supuestos Jurídicos

3.3.1. En criterio de la Corte Suprema de Justicia, la responsabilidad médica se predica del ejercicio de dicha profesión cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control se causa daño; tiene lugar su declaración una vez aparezcan en el proceso demostrados los elementos de la responsabilidad civil en general, pues *“el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad (...)”* a ello alude la Sala Civil de la mencionada Corporación en la

Sentencia del 13 de septiembre de 2002, expediente 6199, reiterado en la Sentencia SC15746- de 2014.

La responsabilidad civil derivada de la actividad galénica, al igual que otros eventos, presupone por el demandante la carga de acreditación de los elementos que la estructuran relacionados con la existencia del hecho dañoso **imputable subjetivamente** al agente, el daño y el nexo de causalidad entre éste y aquel y, para el demandado, la de desvirtuarlos demostrando que su actuación estuvo orientada por la diligencia y cuidados requeridos, es decir, que no medió en ella la impericia, imprudencia, negligencia o desconocimiento de los reglamentos aplicables al caso sino que el daño se produjo ora por una causa extraña o por culpa exclusiva de la víctima, circunstancias que romperían la relación de causalidad, pues tales supuestos no son ajenos al régimen general de la responsabilidad.¹²

3.3.2. Sin perjuicio de lo señalado, no puede olvidarse que en este campo el principio de la carga de la prueba debe verse desde un sentido dinámico por la dificultad a la que se enfrenta la víctima para acreditarla, así, reiteradamente la Corte Suprema de Justicia *“ha prohijado, conforme a las tendencias internacionales, una interpretación del principio de la carga de la prueba en sentido dinámico, entendiendo con ello que la parte que esté en mejores posibilidades de ofrecer al proceso la demostración de la verdad histórica que se investiga, sea la que deba, en principio, y atendidas las particularidades de cada caso, aportar esos medios de convicción.”*¹³.

Lo anterior en consideración a que si bien de conformidad con el artículo 176 del C.G.P., dichos presupuestos deben ser acreditados por el demandante, la aplicación rigurosa de dicho precepto *“puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima”* por lo que el Juzgador en este caso puede acudir a diversos instrumentos, *“...dependiendo de las circunstancias del asunto... con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de los particulares o, que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur; o teniendo en consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico que deduzca una ‘culpa virtual’ o un ‘resultado desproporcionado”*, aspecto a resaltar y que ha sostenido la Corte en sentencias tales como las SC15746 de 2014 y SC12947 de 2016, **sin que ello implique, claro está, el relevo total de la carga probatoria exigible a la activa.**

Es de anotar que este aspecto probatorio no se aparta de los límites que los litigantes con su demanda y contestación imponen al Juez, a riesgo de desatender el principio de congruencia consagrado por el art. 281 del C.G.P., conforme al cual

¹² Sentencia del 30 de enero de 2001, expediente 5507. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil.

¹³ Sentencia SC2506-2016 del 2 de marzo de ese año con ponencia de la Magistrada Margarita Cabello Blanco.

“...debe el juez, al dictar el fallo en el cual dirime la controversia, respetar los límites o contornos que las partes les definen a través de los que reclaman (pretensiones o excepciones) y de los fundamentos fácticos en que basan ante todos los pedimentos, salvo el caso de las excepciones que la ley permite reconocer de oficio, cuando aparecen acreditados en el proceso, o de pretensiones que, no aducidas, asimismo debe declararse oficiosamente por el juez”¹⁴.

3.3.3. Un tercer punto es que el ya citado precepto 176 del Estatuto Adjetivo, impone en cabeza del juez la tarea de efectuar la valoración probatoria en conjunto y con la observancia de las reglas de la experiencia y la sana crítica, con la indicación de los razonamientos que le asigna a cada prueba; en cuanto al medio testimonial, es claro que el operador judicial debe considerar todas las circunstancias que rodean al declarante y su dicho, tanto en un aspecto objetivo por la fuente a través de la cual percibió el hecho, el contenido y forma de su declaración, a la par del elemento subjetivo en atención a sus calidades personales, experiencia y conocimientos si se trata de testigos técnicos, labor adelantada mediante el correspondiente proceso de raciocinio que con apoyo de las demás probanzas le permitan llegar a la convicción respecto a la veracidad o falsedad de las declaraciones a él ofrecidas.

En tratándose del dictamen pericial, las pautas de su apreciación están contenidas en el art. 232 del C.G.P., sustentadas en que su evaluación debe realizarse de acuerdo con las reglas de la sana crítica, esto es, teniendo en cuenta *“la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos”* y la idoneidad del perito. Ello conduce a que se excluya la discrecionalidad irracional, debiendo entonces el juez motivar si acoge ese medio de prueba o lo desecha y explicar las razones que lo llevaron a adoptar una u otra decisión.

En palabras de la Corte Constitucional, *“la valoración del dictamen pericial implica llevar a cabo un proceso de orden crítico con el fin de obtener certeza respecto de los hechos y conclusiones sobre los cuales versa la experticia”* para lo cual el funcionario debe entre otros, examinar *“la coherencia lógica del dictamen, el carácter absoluto o relativo que le da el perito a sus afirmaciones, la suficiencia de los motivos que sustentan cada conclusión y la firmeza, precisión y la calidad de los fundamentos”¹⁵.*

3.4. Supuestos fácticos

3.4.1. Previo a analizar los yerros endilgados a la valoración probatoria vertida en la providencia del *a-quo*, teniendo en cuenta la multiplicidad de temas de disímil naturaleza planteados en forma desordenada por el vocero judicial de los recurrentes en su escrito, halla conveniente el Tribunal empezar indicando que el debate se delimitará a los factores específicos de atribución culpabilística propuestos en la demanda reformada, amén de los contornos sobre los cuales gravitó la fijación del litigio adelantada en la audiencia del 13 de mayo pasado, puesto que en acatamiento al principio de congruencia, no habría lugar a ahondar

¹⁴ Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Exp. 1806 de 2015

¹⁵ Sentencia de la Corte Constitucional T-269 de 2012

en aspectos tales como la supuesta desacertada prescripción del esquema antibiótico, las alegadas inconsistencias de la historia clínica y la falta -a su juicio- de oportuna formulación de paraclínicos como los gases arteriales y la glicemia, circunstancias que tan sólo fueron invocadas en sede de la apelación, ya que el extremo activo hizo consistir las fallas estructurantes de la responsabilidad en escenarios fácticos muy distintos a éstos.

En efecto, la *imputatio facti* se edificó basilarmente en **(i)** la indebida administración de líquidos y ausencia de un control hídrico pertinente de cara a las pérdidas del paciente por emesis y diarrea; y, **(ii)** en la tardanza por parte de los galenos de la unidad de urgencias de Salud Total EPS para remitir al señor Zamora Giraldo a un nivel más avanzado de atención con base en la sintomatología padecida, especialmente la falla renal aguda derivada de la deshidratación y del aumento en los niveles de creatinina, que al ser una situación de mediana a alta trascendencia no podía ser encarada por el personal de la institución que es de baja complejidad.

3.4.2. Dicho lo anterior, en términos generales se tiene que el proveído opugnado encontró que los servicios ofrecidos entre los días 24 a 29 de junio del 2018 fueron adecuados, obedecieron a los mandatos del estado del arte en la materia en la medida que el paciente fue clasificado conforme las escalas del triage pertinentes a su situación. Ya en urgencias el último de los días citados se comenzó con la reposición de líquidos y se ordenaron los exámenes acertados que permitieron arribar a un diagnóstico de amebiasis generado por la presencia del parásito "*Entamoeba histolytica*" evidenciado en el coprológico, ilustrativo de los síntomas referidos por el señor Johnny Marcelo, que se cubrió con el antibiótico metronidazol indicado en esos casos.

En horas de la mañana del 30 de junio, el médico Harold Alexis Agudelo recibió el reporte de los exámenes de creatinina que mostraron un aumento de 1.3. a 3.0, que sumado al urocultivo lo llevó a sospechar la infección de las vías urinarias manejada con cefazolina; posteriormente, ante los bajos niveles de azúcar y saturación en la sangre, arrojados por la glucometría realizada y la toma de signos vitales, se dispuso la instauración de dextrosa y cánula de oxígeno, respectivamente, que mejoraron los valores en esos puntos. Finalmente siendo las 5:48 de la tarde se encontró que la infección que atravesaba el paciente en sitios no identificados denotaba criterios de sepsis que obligaba a la remisión para atención en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Así pues las pretensiones indemnizatorias se denegaron al estimar que las pruebas recaudadas no establecían la desidia atribuida a los médicos de las entidades llamadas por el extremo pasivo, porque examinando su conducta *ex ante*, las atenciones brindadas se ciñeron a los postulados propios de la *lex artis* aplicable conforme la sintomatología que iba mostrando el aquejado, cuyo organismo batalló hasta donde le fue dable contra la enfermedad, siguiéndose que el shock séptico que finiquitó su existir tuvo desarrollo ulterior, a una velocidad imprevisible para los galenos tratantes, quienes agotaron los procedimientos disponibles de cara a las resultas de los medios diagnósticos y a la evolución de las condiciones del señor Johnny Marcelo.

En contravía de lo concluido, la censura ofreció sendas disertaciones en torno a los puntos que el Juez omitió valorar de los peritajes, las deponencias técnicas y las documentales obrantes, medios a los que en su totalidad atribuyó un alcance ajeno a la realidad adoptando una postura “*pro institucional*”¹⁶ en detrimento de la verdad revelada por ellos.

3.4.3. En primera medida, menester es referir al récord clínico militante en el plenario, para posteriormente confrontarlo con lo señalado por los peritos, lo declarado por los galenos que tuvieron contacto con el paciente y definieron su tratamiento en las diferentes etapas de la patología, buscando en suma determinar si las atenciones prodigadas por parte de los profesionales adscritos a las accionadas en la estancia hospitalaria, pueden tildarse de deficientes, con incidencia directa en el deceso del señor Johnny Marcelo Zamora Giraldo:

De la historia confeccionada en Salud Total EPS, específicamente a partir del ingreso del quejoso a la Unidad de Urgencias de Baja Complejidad – UUBC el día 29 de junio de 2018 a las 4:41 P.M., se extracta que llegó por síntomas de “*vómito y diarrea desde las 12 de día*”. A la revisión física fue hallado taquicárdico, pálido, con un nivel de glucemia de 106, dolor abdominal, tos con expectoración hialina e intolerancia a la vía oral, definiéndose como plan de tratamiento por el doctor Carlos Alberto Narvárez Torres, la instauración de solución salina 1500 CC para la primera una hora y 70 CC cada hora posterior, a la par de metoclopramida, butilbromuro de hioscina en ampolla para el manejo sintomático y los paraclínicos de “*sodio, potasio, hemograma, creatinina, amilasa lipasa y coprológico*”, anotándose como patologías iniciales: “*Nausea y vómito. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Otros trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio acido-básico.*”.

A las 7:27 P.M. del día mencionado, se registraron los resultados de las herramientas diagnosticas que mostraron, a lo que interesa al asunto, un nivel de creatinina de 1.3. y quistes de “*ENTAMOEBIA HISTOLÍTICA*” en la muestra fecal, con lo cual se confirmó la presencia de la enfermedad denominada “*Disentería amebiana aguda*” para la que se adicionó el fármaco “*METRONIDAZOL VIAL X 500 MG CADA 8 HORAS*”. Se dispuso control de la creatinina y hemograma a las 6:00 A.M. del día siguiente.

Siendo las 2:04 A.M. del 30 de junio de 2018, el galeno Alexánder Vergara González examinó al paciente, quien le refirió, según la evolución subjetiva de la nota, que había obtenido mejoría a su padecimiento abdominal, que sus náuseas y vómitos eran en tal punto ocasionales, aunque tenía dolor en sus órganos genitales y retención de orina, lo que motivó al profesional a prescribir “*ranitidina*”, disponer la práctica de un uroanálisis tomado con sonda y continuar la hidratación según definió el médico anterior.

A eso de las 6:00 A.M. ante la expresa referencia del señor Zamora Giraldo en torno a la tos flemática, el citado facultativo ordenó una radiografía de tórax y baciloscopia seriada de esputo.

¹⁶ Según indicó al momento de formular sus reparos orales contra la sentencia

Aproximadamente a la 10:00 A.M. en la atención adelantada por el médico Harold Alexis Agudelo Calderón, en el interrogatorio subjetivo al aquejado consignó: *“refiere sentirse mejor, disminución de deposiciones diarreicas, dolor abdominal y nauseas leves”*; ya en el plano objetivo tomó los signos vitales, evidenciando una frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 19 por minuto, afebril, saturación del 97%, señaló: *“Buenas condiciones generales, alerta, consciente, orientado, luce pálido. Normocéfalo, mucosa oral hidratada. Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos (...) con dolor a la palpación profunda de epigastrio y marco cólico (...) peristalsis presente, aumentada en frecuencia. Neurológico sin déficit.”*

En cuanto a los exámenes reportados a las 5:30 A.M. halló un incremento de creatinina a 3, a más de leucocituria y bacteriuria en el parcial de orina; plasmó así un análisis y manejo en los siguientes términos: *“Se tomaron paraclínicos de control con creatinina elevada, más del doble del valor inicial (...). En el momento paciente en mejores condiciones, aunque con tendencia a taquicardia, **sin fiebre y sin deshidratación. Por ascenso de creatinina y hallazgos en uroanálisis considero inicio de cubrimiento para foco urinario, continuar hidratación (...).**”* prescribiendo con ocasión de la sospecha de infección del tracto urinario, adicional a la ya cursada en el sistema gastrointestinal, la realización de una ecografía renal y de vías urinarias (riñones, vejiga y próstata transabdominal), ajustando así mismo la hidratación a 80CC por hora de lactato de Hartmann e instaurando el antibiótico conocido como cefazolina, aplicación intravenosa cada 8 horas.

A la 1:26 P.M. el paciente refirió dolor lumbar, para el cual se administró la analgesia correspondiente y a las 2:56 P.M. se obtuvieron las conclusiones de la ecografía que mostró un quiste intra renal derecho, cambios inflamatorios de ambos riñones a correlacionar con el contexto clínico y signos de enteritis. A la auscultación física pese a mostrarse el señor Johnny Marcelo en buenas condiciones, ya que estaba afebril, sin taquicardia, ni polipnea, tenía palidez, sus extremidades frías y se veía algo cianótico, por lo que se dispuso suministrar oxígeno mediante cánula nasal a dos litros por minuto; tras lo anterior, ante la glucometría realizada a las 3:08 P.M. que reveló hipoglicemia (41 mg/dl), se indicó dextrosa al 5%, 250 CC bolo y fue reevaluado a las 4:23 P.M. denotando mejoría en el aspecto indicado, pues en tal oportunidad develó un nivel de 58mg/dl.

Ya a las 5:48 P.M. anota que el señor Zamora Giraldo se tornó *“cianótico, pálido, frío (...) somnoliento, polipneico (...) hipotenso, taquicárdico, hipoperfundido (...).”* y los gases arteriales practicados evidenciaban acidosis metabólica, de allí que se consideró: *“**paciente con criterios de sepsis de origen abdominal. Requiere manejo en unidad de cuidado intensivo. Se comenta en UCI clínica Versalles, aceptado.**”* En nota retrospectiva elaborada a las 6:38 P.M. se plasmó: *“Se traslada paciente a unidad de cuidado intensivo Clínica Versalles. Ingresa en regulares condiciones, alerta, consciente, orientado, polipneico, hipoperfundido, cianótico, hidratado. Previamente se habían aplicado 3gr IV de ampicilina sulbactam por sospecha de sepsis. Se explica condición actual a familiares.”*

De acuerdo con la nota de la terapeuta respiratoria de la UCI, Clínica Versalles, el paciente ingresó a las 6:00 P.M. en malas condiciones generales, con oxígeno suplementario, en compañía del médico y del personal de enfermería.

El enfermero Cristian Camilo Valencia Serna dejó constancia de haberlo recibido afebril, consciente, alertado en sus 3 esferas, taquicárdico, hipoglicémico (34mg/dl), con tendencia a la hipotensión severa, desaturado, muy polipneico, con “*catéteres periféricos intracaths en miembros superiores fosas antero cubitales*” pasando líquidos endovenosos, a los que por orden médica se adicionó un catéter central para adicionar “*infusión de bicarbonato,(...) bolo de dextrosa al 10% de 100CC, bolo de Hartmann 2000CC*”.

Por su parte, los médicos intensivistas registraron en la epicrisis que el señor Zamora Giraldo cursaba con cuadro de shock séptico de origen a establecer e instauraron invasivos, medidas de reanimación, volumetría, soporte vasopresor y cubrimiento con antibióticos de amplio espectro. Los diagnósticos del primer día en la unidad fueron “*Falla respiratoria aguda hipoxémica. Shock séptico de origen a establecer. Colitis de etiología esclarecer. Descartar síndrome inmunodeficiencia. Tabaquismo pesado activo. Consumidor spa – marihuana. Deshidratación severa. Falla prerenal*”.

Varios de los exámenes practicados dieron cuenta de una leucocitosis en descenso, creatinina de 3.9 alta “*en ascenso*”, trombocitopenia en descenso, nitrógeno úrico levemente alto, ácido base en desequilibrio con tendencia a acidemia metabólica severa; después de instaurar el soporte ventilatorio, el día 1° de julio de 2018 se anotó el alto riesgo de mortalidad derivado de sus enfermedades, además de picos febriles, salida de material sanguinolento por el área rectal que llevó a pensar una posible colitis aguda por los especialistas en cirugía.

El 2 de julio de 2018, a eso de las 11:30 P.M. la frecuencia cardiaca del paciente aumentó generando taquicardias ventriculares, los gases arteriales ratificaron la acidemia metabólica temida por los profesionales, llegando a un punto en que no fue posible revertir el estado de shock y se sospechó un posible sangrado cerebral; a la 1:16 A.M. se presentó bradicardia, actividad eléctrica sin pulso y se inició la reanimación manual a la cual el organismo de Johnny Marcelo no respondió satisfactoriamente, falleciendo finalmente a las 2:20 A.M. como consecuencia principal del: “*CHOQUE, NO ESPECIFICADO*” secundario a “*SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA, COLITIS Y GASTROENTERITIS TÓXICAS*”.

3.4.4 Los demandantes adjuntaron el dictamen pericial¹⁷ rendido por el doctor José Norman Salazar González, para quien el proceso de rehidratación instaurado a la llegada al servicio de urgencias no resultó adecuado a pesar de la notable alteración de los niveles de creatinina, en tanto los parámetros técnicos de reposición de líquidos (que implican el registro de los perdidos para así calcular la cantidad idónea a administrar) no se realizó, desatino reflejado en los diagnósticos de entrada a la UCI referentes a “*deshidratación severa, falla pre renal*”.

¹⁷ Contendida a folios 11 a 21 del archivo “005ReformaDemanda.pdf” Cuaderno 01. Expediente digitalizado

Así mismo, frente al traslado a la unidad indicó: *“Una vez se requiere la necesidad de remisión a la UCI a las 5:48 p.m, se busca en la IPS Clínica Versalles y se autoriza la misma y se produce el ingreso a la UCI de la Clínica Versalles a las 6:38 p.m, lo cual me parece exagerado el tiempo que se toma: si se tiene en cuenta que se trata de un traslado en el mismo Edificio (IPS Salud total y Clínica Versalles) sin requerir transporte en ambulancia.”*

En sede de la sustentación, el mencionado doctor se sostuvo en sus conclusiones iniciales, informó que: en casos como el del paciente quien presentó intensos episodios de emesis y diarrea era indispensable la cuantificación de los líquidos para definir la cantidad a reponer; de los suministrados por el personal de enfermería hay serias falencias que generan dudas, ya que las cifras consignadas en las notas pertinentes de la historia clínica, difieren de las fórmulas prescritas por el tratante quien dispuso 1500CC para dos horas mientras que las auxiliares las hicieron a una y hasta a tres horas; el valor elevado de la creatinina era una alarma sobre el *“bajo nivel de hipovolemia”* determinante de la necesidad de sueros, además *“para que en ese momento se solicitara la remisión del paciente a una IPS de mejores recursos con profesionales de segundo y tercer nivel quienes iban a abordar el manejo de ese paciente que ya estaba dando las primeras señales que se estaba deteriorando”*; el traslado del aquejado debió darse desde que se obtuvo el reporte de creatinina a eso de las 10:00 A.M., omisión que ocasionó el desperdicio de tiempo valioso; el rápido declive del señor Johnny Marcelo Zamora Giraldo no tiene explicación en la historia clínica, en tanto su edad y ausencia de comorbilidades no se acompañan a lo sucedido; lo primordial a tratar en la UCI era la hidratación, después la implementación de antibióticos para atacar el agente causante de la infección.

En contraposición, la EPS demandada trajo la experticia elaborada por el especialista José Alex Casallas Osorio¹⁸ quien plasmó que el cuadro del paciente se caracterizó por síntomas agudos de precoz desarrollo, iniciados incluso en las primeras consultas a urgencias pero que al evolucionar desfavorablemente obligaron a la internación y acabaron por generar el desenlace conocido no imputable a los galenos de las entidades demandadas, cuyas conductas calificó de diligentes, peritas, adecuadas, al identificar oportunamente la sepsis el 30 de junio de 2018 a eso de las 5:48 P.M. y brindar el tratamiento pertinente a la infección que desde el inicio se detectó, a más que la administración de líquidos respondió a los protocolos médicos dado que: *“según lo soporta la historia clínica el peso del paciente -60kg- se le administraron en las primeras 3 horas solución salina normal 1500cc y siguió a 70cc/hora es decir 28cc/kg que es un volumen suficiente y adecuado. Muy a pesar de que en ese momento el diagnóstico no era sepsis, quedó cubierta. Continuó a 70cc hora porque las condiciones hemodinámicas en el momento eran adecuadas según los registros de evolución y signos vitales.”* sin que en el servicio de urgencias el control de líquidos sea rutinario, sino que ello es propio de las Unidades de Cuidados Intensivos e incluso de aceptarse la existencia de algún grado de deshidratación, lo que predomina y explica la condición de Johnny Marcelo es el choque septicémico, que es factible se presente en un corto periodo de tiempo.

¹⁸ Incorporado a folios 14 a 30 del archivo *“085AportaPeritajes.pdf”* ídem

Al indagársele por el Despacho y por el apoderado de los promotores, el experto ratificó las aludidas resultas ampliando sus fundamentos al ilustrar que el primero de los diagnósticos fue consecuente a los síntomas evidenciados, confirmado con el examen coprológico que puso al descubierto la presencia del parásito que había estado causando las molestias tratadas con el metronidazol indicado en estos supuestos, no pudiendo afirmarse que para las 9:50 A.M. del 30 de junio de 2018 el señor Johnny Marcelo ya estuviera padeciendo una sepsis, lo cual puede aseverar en forma categórica dados *“los parámetros vitales que tiene ese paciente”*.

Anotó que cada una de las atenciones se dirigieron a procurar la mejoría de las condiciones de salud que se iban advirtiendo, no otra cosa puede concluirse del hecho de que al observarlo desaturado a las 2:56 P.M. ordenaron oxígeno por cánula nasal, ante la baja de glicemia de las 3:08 P.M. suministraron dextrosa y respecto a los demás signos avistados al caer la tarde, con los resultados de los gases arteriales diagnosticaron la sepsis con ocasión de la cual se dio la remisión a la UCI, antes de ello no obraban hallazgos que ameritaran tal traslado; que las particularidades del paciente tales como su edad y el no tener antecedentes patológicos de importancia o enfermedades de base, no permitían prever al equipo a su cargo que se deterioraría a un ritmo tan veloz, tampoco que pudiera generar un cuadro de shock de la extensión del acaecido.

Pues bien, los reproches iniciales enarbolados por los gestores al fallo de instancia radicaron en la errónea apreciación que de los antedichos conceptos se llevó a cabo: El presentado por los promotores al excluirlo desconociendo la amplia trayectoria del Dr. Salazar en el quehacer de elaborar dictámenes para asuntos de este tipo, mientras que el rendido por el Dr. Casallas se sobrevaloró, omitiendo las sendas dicotomías en que incurrió, sin tener tampoco en cuenta que era su primera experticia judicial.

Delanteramente anuncia este Colegiado que las disertaciones en que se cimentaron los reclamos aludidos no son de recibo, compartiéndose por el contrario la posición adoptada por el Juez *a-quo* a fin de dejar de lado las afirmaciones del médico general José Norman Salazar para acoger las explicaciones ofrecidas por el galeno especialista restante, conforme se justifica:

Recuérdese que en tratándose de asuntos técnicos, ajenos a la órbita del funcionario judicial, cuyo esclarecimiento requiere de consultar con las personas sabientes en el tópico objeto de debate, emerge inexorable el estudio de la idoneidad del declarante de cara a su experiencia, formación académica, recorrido profesional y demás circunstancias que avalan el fundamento de las conclusiones esbozadas. En el asunto concreto se tiene que la parte demandante se valió de un perito que pese a contar con conocimientos propios de la medicina, carece de entrenamiento especializado en los temas que trató, nunca ha laborado en unidades de cuidados intensivos, su última atención hospitalaria a pacientes data de hace 8 años cuando se desempeñaba en consulta externa y hace más de 12 que no trabaja en un servicio de urgencias, de acuerdo a lo por él informado.

Por otro lado, la EPS codemandada encomendó la labor de revisar la historia clínica para emitir sus consideraciones al respecto, en el profesional José Alex Casallas Osorio quien acreditó ser médico especialista en medicina interna de la Universidad Nacional, ha realizado diversas publicaciones de su práctica clínica en artículos de revistas científicas, se ha dedicado por un espacio superior a los 12 años a prestar sus servicios en unidades de urgencias y 10 años en cuidados intensivos, donde actualmente labora¹⁹, enfrentado a diario experiencias similares a la aquí analizada con el señor Zamora Giraldo²⁰.

Es pertinente destacar desde ahora que la situación de que sea su primer dictamen ante una autoridad judicial, lejos de poner en tela de juicio sus aptitudes, es muestra diáfana de su neutralidad e imparcialidad por cuanto no ha tenido, ni tiene en la actualidad, ningún tipo de vínculo o relación con las encartadas, que lo inclinase a favorecerlas o perjudicarlas de algún modo.

Dicho lo anterior, conviene resaltar que no es únicamente la escasa experiencia del experto Salazar González respecto a su colega Casallas Osorio, lo que conduce a apartarse del dictamen, sino también que varias de las inferencias proporcionadas por el primero no guardan coherencia con lo evidenciado en la historia clínica; a modo de ejemplo se traen las afirmaciones del declarante en el sentido que el paciente ingresó a la UCI a las 6:38 P.M., cuando de la nota de terapia respiratoria suscrita a por la profesional Eva Greicy Caicedo Solarte emana que ello sucedió a las 6:00 P.M.²¹; refirió que la reposición de líquidos iniciada por el Dr. Carlos Alberto Narváez de 1500CC era para 2 horas, cuando el récord habla claramente que esta se previó en la primera hora y posterior a ello 70CC cada hora, dosis que administradas en tal forma según las notas del personal de enfermería del 29 y 30 de junio de 2018 a las 7:16P.M.²² 12:17 A.M.²³, 2:03 A.M.²⁴, 3:00 A.M.²⁵ y demás, que dan cuenta del acatamiento de lo indicado por el tratante.

Igualmente, del texto del archivo adjunto se extracta que a juicio del perito, el incremento de la creatinina obligaba a estudiar su causa sin que a ese proceder se plegaran los profesionales de urgencias de Salud Total, en específico el doctor Harold Alexis Agudelo Calderón, para lo cual aludió a los resultados del 30 de junio del 2018 a las 7:42 P.M. en 4.9 y del 1 de julio de ese año a las 2:09 A.M. en 3.9, sin reparar en que los laboratorios a que hizo mención fueron tomados a instancias de los galenos de la Clínica Versailles, es decir, cuando el paciente se encontraba

¹⁹ *“Soy médico cirujano (...) de la UPTC, posgrado en medicina interna de la Universidad Nacional de Colombia y tengo una segunda especialidad que es reumatología (...) Actualmente ejerzo medicina interna, reumatología y atención de cuidados intensivos”*

²⁰ *“P. Dentro de su experiencia ¿ha tenido tratamientos o conocimientos específicos (...) en pacientes relacionados con fallas renales y a su vez con choques sépticos? R. Si, una experiencia casi que diaria en este escenario, es un escenario muy frecuente en el cuidado intensivo”*

²¹ *“A LAS 18+00 INGRESA PACIENTE PROCEDENTE DE URGENCIAS DE SALUD TOTAL”*

²² *“Recibo protegido de 34 años de edad en sala de hidratación (...) despierto, tranquilo, consciente, orientado e hidratado (...) con líquidos endovenosos en miembro superior derecho (...) pasando SSN a 70CC hora”*

²³ *“(...) acepta y tolera el tratamiento médico hasta el momento, elimina espontaneo en baño, refiere protegido que en poca cantidad (...) continúa en sala de hidratación (...) pasando 70CC hora”*

²⁴ *“SSN 1500 CC pasar a 70CC HORA”*

²⁵ *“(...) Pasando tratamiento médico ordenado (...)”*

ya en la Unidad de Cuidados Intensivos, no en custodia del citado galeno de la EPS, lo que denota un estudio ligero del historial puesto en su conocimiento.

La referida inconsistencia, permite de paso cuestionar la conclusión según la cual el aumento de dicho componente orgánico obedecía a que el aquejado *“no estaba recibiendo la hidratación que requería en ese momento”* pues desconoce que aún después de los 2000CC de solución Hartmann suministrados en la UCI el 30 de junio a la entrada del paciente (en una actuación calificada por el experto como idónea, apta, procedente ante la *“deshidratación severa”*), los rangos de creatinina continuaron en franca subida. Dicho en distintas palabras, partiendo del discernimiento formulado por el médico José Norman Salazar, sería dable sostener que la reposición de líquidos adelantada en la Clínica Versalles, al estar relacionada directamente con la creatinina, derivaría en la disminución de sus valores, lo cual no sucedió y deja fundados vacíos en torno a la explicación ofrecida.

No satisface entonces el peritazgo analizado los requisitos de firmeza, precisión y claridad de sus fundamentos, siendo improcedente acogerlo en la medida que gravitó sobre situaciones distintas a las consignadas en la historia clínica, partió de hipótesis que más que científicas fueron especulativas, no mostró de forma objetiva las condiciones que rodearon las atenciones prodigadas al paciente, circunstancia que en sí misma aminora la capacidad suasoria de la prueba.

Ahora bien, en lo que atañe al dictamen del especialista Casallas Osorio, la censura acusó al Juzgador primario de pasar por alto sus evidentes contradicciones, como que afirmó que el primer signo sugestivo de la sepsis se dio en horas de la mañana con la taquicardia registrada el 30 de junio a las 9:50 A.M., que la hipoglicemia de la tarde también era indicativa de la patología, atendiendo a que esos episodios se dieron en el contexto de la falla renal aguda detectada con el aumento de la creatinina, desdiciéndose en forma ulterior al sostener que antes de las 6:00 P.M. no mediaban criterios suficientes para sospecharla.

Al respecto el médico sostuvo: ***“Si, ya habría un parámetro de deterioro en la función renal que indicaría, ya recopilada la historia clínica, que sí era una sepsis (...) el diagnóstico de sepsis ahí en ese momento incluso no se podría haber establecido porque no había otros hallazgos (...) si usted se da cuenta hasta casi las 10 A.M. los signos vitales, todos están dentro de parámetros normales, es por eso que ningún médico se atrevió a decirle que era un shock séptico (...) y el proceso de sepsis, osea que yo le pueda decir cuándo el paciente tenía sepsis y choque séptico, no, el diagnostico se estableció a las 5:00 P.M. del día sábado, antes de eso en ningún momento se habló de sepsis, ni había tampoco argumentos en base a la historia que yo pudiera decirle que son de sepsis, ya con la historia conocida claro, con la historia conocida es fácil decirle claro lo de por la mañana era asociado a sepsis (...) lo que sí tengo claridad es que el diagnostico se estableció (...) y en la mañana se identificó la lesión renal aguda y se hicieron los tratamientos pertinentes (...) que si el paciente tenía una falla renal aguda por sepsis, ya con la historia clínica completa, sí claro, la falla renal aguda es por sepsis con la historia completa, osea con el desenlace, (...) no podría yo tampoco decirle que ese colega no identificó la sepsis a esa hora y que lo hubieran pasado a cuidados intensivos en la mañana porque realmente no tenía argumentos para haberlo hecho”***.

Estudiadas detenidamente las aseveraciones realizadas por el experto en la sustentación, más pronto que tarde aflora que las recriminaciones del apoderado están circunscritas a una interpretación subjetiva, cuando menos extrapolada de la información integral brindada por el deponente, quien enfatizó en que identificar al momento de la atención una sepsis no era posible, no había motivos para suponerla, tampoco para remitir al paciente a unidades de mayor entidad. No obstante en la actualidad, ya contando con la historia clínica completa, recopilada y conociendo el fatal desenlace, fácilmente podría deducirse que la lesión renal, el acrecentamiento de la frecuencia cardiaca y la baja glicemia eran indicadores de la septicemia.

Adiciónese que según relató el experto, el shock se produce por la respuesta inflamatoria del organismo para combatir la infección, sin embargo, no era dable imaginar que esta ostentaba una dimensión tal que causara menoscabos como los presentados, máxime en un paciente joven, sin antecedentes o padecimientos pre existentes: “(...) *En forma general es un paciente joven que no tenía ninguna enfermedad pre existente de base, en la historia clínica se anota que el paciente era consumidor de tabaco y de sustancias psicoactivas, pero eso tampoco explicaría un deterioro tan rápido del cuadro (...)*”²⁶, aserto en que inclusive coincidió el perito de los demandantes.²⁷

Al indagarse respecto al motivo por el cual, a pesar de registrarse mejorías en algunos de los síntomas referidos en el récord clínico de Johnny Marcelo el declive de sus condiciones se dio de manera precipitada, explicó que su organismo estuvo compensando en la medida de lo posible los estragos padecidos²⁸, que en procesos de sepsis ese deterioro precoz es natural; explicaciones que también fueron dadas por el médico Agudelo Calderón²⁹ y que adicionadas a la anterior en torno a la capacidad de los mecanismos de defensa del joven aquejado, conllevan a entender la razón por la cual en ocasiones sus signos vitales tuvieron

²⁶ Relato del perito José Alex Casallas Osorio al explicar sobre la evolución clínica

²⁷ “(...) llamo la atención que es un paciente de 34, 35 años sin comorbilidades (...) que expliquen porqué evolucionó tanto, no hay forma de explicarlo en la historia clínica que yo evidencié o evalué, no hay forma de explicar esa evolución que tuvo especialmente en lo que fue el 29, 30 y en la UCI, (...) es un paciente que no tenía ningún tipo de comorbilidad que justificase esa circunstancia Respuesta del perito José Norman Salazar González frente a la pregunta: “¿La edad, el peso, antecedentes físicos y corporales del paciente hicieron que esa progresión en la patología fuera en un primer momento lenta y después fuera precipitada?”

²⁸ “(...) **todo el tiempo hubo compensación tanto por la misma situación de juventud del paciente, es decir, él tenía reservas para hacer fenómenos de compensación de la situación, probablemente con la administración de los líquidos, la instauración de algunos antibióticos, la suplementación de oxígeno pues también se pudo lograr equilibrar o estabilizar, pero hay un momento donde esto se rompe, hay un momento donde ningún parámetro de los que usted crea que va a mantenerse continua porque la enfermedad tiende a tener una progresión rápida y esa progresión rápida es natural a esta situación, es decir, en esas 8, 9, 10 horas donde situación es más rápida, probablemente fue en el proceso donde se hizo la situación del choque séptico y la progresión, eso está claramente demostrado en pacientes que puede tener estabilidad en una hora y en 3 horas estar en total fallas ventilatoria y multi soporte, osea es perfectamente explicado por el estado de sepsis y la natural progresión de ese proceso**”

²⁹ “(...) no todos los pacientes tiene los mismos mecanismos de defensa y de capacidad de responder a las enfermedades, **un paciente joven tiene mucha reserva, mucha capacidad de defenderse ante las agresiones, ante las infecciones, ante lo que pueda estar pasando en su cuerpo, obviamente llega un momento en el que esos mecanismos tienen límites, todo ser humano tiene sus límites en la capacidad de combatir, de afrontar estos procesos infecciosos y llega un momento en que el cuerpo dice, ya no soy capaz de más y empieza todo a deteriorarse.**(...) es algo impredecible, es algo que cuando se instaura es porque ya digamos que el cuerpo agotó sus mecanismos de defensa y en las atenciones previas no se había sospechado por la condición clínica (...)”

fluctuaciones importantes durante las fases de la atención adelantada por los médicos y por el personal de enfermería.

Es clara la abismal diferencia entre la significación que pretende dar el abogado y lo realmente indicado por el galeno especialista a través de sus afirmaciones, imponiéndose resaltar que es su experiencia en urgencias y en cuidados intensivos la que le permite discernir sobre la imposibilidad, en el específico tiempo de la atención, de detectar la presencia de una sepsis o de un shock consecencial de ella y de paso le generan la credibilidad suficiente a este *ad-quem* a fines de recibirlas.

En similar norte, arguyó la parte recurrente que la experticia adolecía de crasos errores tendientes a crear confusión en el funcionario, *v. gr.* que el médico habló de un registro de falla renal aguda como si así se hubiese consignado literalmente en la historia, amén que cometió plagio en una de las respuestas escritas atribuyéndose como propio un concepto que hacía parte de un tratado científico sobre la sepsis, en contravía de la recta administración de justicia.

Avizorado lo rituado en autos, se tiene que el perito explicó que la lesión renal se trataba de una apreciación utilizada en el medio médico cuando se hablaba de un incremento inesperado y en corto tiempo de la creatinina, lo que es plausible atendiendo a lo técnico del argot que usualmente emplea en su campo profesional; sumado a que la acusación de plagio deviene temeraria en tanto el dictamen es claro al señalar dentro del aparte particular, la referencia de haberse tomado de las guías internacionales para el manejo de la sepsis y shock séptico de: “*Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R*” publicadas en el *journal* denominado “*Critical Care Medicine*” del año 2017.

Por otra parte, frente al alegato relativo a que el doctor Casallas Osorio realizó suposiciones alusivas a la debida hidratación del paciente al decir que posiblemente contaba con varios catéteres para pasar los cristaloides, ya que con base en lo indicado por la auxiliar de enfermería Liliana Muñoz el señor Zamora Giraldo únicamente contaba con un catéter intracath 18 que según la ficha técnica (que no figura como prueba dentro del plenario) no soportaba la cantidad de líquidos presuntamente instaurada, este no encuentra asidero, pues nuevamente se funda en la interpretación subjetiva de la censura.

En efecto, debe indicarse que dicha auxiliar fue reiterativa al señalar que no tenía memoria suficiente del caso dado el extenso lapso transcurrido entre sus atenciones y la declaración, de lo cual no es dable admitir como verdad categórica la hipótesis del mandatario en el sentido que solo había un catéter, además porque la historia clínica de ingreso a la UCI alude a la evidencia de dos instalados en los miembros superiores³⁰, concordante con la nota de enfermería del 30 de junio a las 7:29 A.M. donde se refiere: “*canalizado con intracath # 18 en pliegue*

³⁰ “*INGRESA CON CATÉTERES PERIFERICOS INTRACATHS EN MIEMBROS SUPERIORES FOSAS ANTEROCUBITALES POR ESTOS CATETERES SE ENCUENTRA CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS A LIBRE DEMANDA*” Glosa de enfermería del 30 de junio de 2018, suscrita por el enfermero Cristian Camilo Valencia Serna. Fls. 44 -45. Archivo “*002HistoriaJhonnyMarceloZamoraGiraldoFolio.pfd*” Cdo. Ppal.

*derecho izquierdo pasando ssn a 70 cc/hra*³¹, a más que lo preguntado al facultativo fue si con tal elemento era posible en una hora aplicar 1500 centímetros cúbicos de líquidos, a lo que explicó “(...) *no porque el catéter mida 18 no es que no se pueda, probablemente tiene un límite de flujo, pero las bombas de infusión tienen presión que permite controlar ese flujo (...) la pregunta es si es posible meterle 1500cm³ a un paciente en una hora, **la respuesta es sí, si es posible, eso se hace todos los días**”.*

Adicionalmente fue debatido el hecho de que el experto no ilustrara en manera satisfactoria el motivo por el que al señor Zamora Giraldo no fueron practicados con anterioridad los exámenes de glicemia y los gases arteriales que en últimas fueron las herramientas que arrojaron luces respecto a la sepsis; sin embargo, a la par de que ese interrogante no fue expresamente formulado al especialista en la oportunidad de contradicción que tuvo el mandatario, dicho aspecto no hizo parte de la fijación del litigio, ni de los factores de imputación de que se habla en el libelo inaugural, por tanto el Tribunal no entrará en disertaciones al respecto.

No debe olvidarse que la inadecuada tasación de los medios de prueba se ciernen, entre otros, a los eventos en que el funcionario judicial se aparta abiertamente de lo que ellos arrojan para en su lugar patrocinar una decisión arbitraria o contraevidente; acusación que por su especial naturaleza exige para quien la eleva, una demostración plena de que las inferencias del Juzgador son antojadizas, ilógicas, caprichosas, desvinculadas materialmente de lo que las probanzas denotan, labor en que, por los argumentos antes anotados, fracasó la activa.

En compendio, los yerros endilgados a la valoración de la prueba pericial no encuentran respaldo jurídico o fáctico que los soporte, puesto que sobre las actuaciones de los médicos opinó un par experto, independiente a las entidades convocadas, quien adujo del estudio de los elementos puestos a su consideración la pertinencia de los servicios suministrados, afirmando que las instituciones procedieron aplicando los protocolos establecidos, entregando lo mejor de sus recursos humanos y técnicos para atender la salud del señor Zamora Giraldo³²; en consecuencia, las deducciones del judicial primario en torno a la probanza se prohijarán en esta instancia.

3.4.5 La recurrente fustigó el análisis de que fueron objeto los testimonios técnicos, en el entendido que el *a-quo* los segmentó apartándose del real sentido de las afirmaciones de los facultativos deponentes, resaltando respecto a cada uno los apartes y conclusiones que consideró omitidas para adoptar la decisión final.

A efectos de imprimir orden en el estudio del cargo, se aludirá a los aspectos discutidos respecto a cada testigo y acto seguido se estudiarán las herramientas

³¹ Glosa registrada por la auxiliar Liliana Muñoz, obrante a Fls. 121-122. Ídem

³² “*No se faltó a nada, no se faltó absolutamente a ninguna de esas situaciones, la situación infecciosa estaba explicando todo el proceso y las intervenciones que se hicieron fueron acordes al estado del paciente en ese momento (...) ya cuando se identificó que la infección no era una infección de levedad sino un proceso séptico, se hizo lo que se hace que es pasarlo a cuidados intensivos o una intervención mayor (...) siempre se tuvo el diagnóstico infeccioso presente desde el mismo momento de la intervención médica, desde que hubo contacto con médico*”

persuasivas obrantes en respaldo o en contravía de las hipótesis señaladas por el letrado, según corresponda, limitándolas, eso sí, a los contornos en que se fijó la *litis* conforme los argumentos ya ilustrados a lo largo del presente proveído.

3.4.5.1. De lo señalado por el **Dr. Roberto Ramírez Salazar**, concluye el inconforme que el paciente al arribar a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Versalles se encontraba en un crítico estado de salud representado en su shock séptico, falla renal aguda y deshidratación severa, lo que no coincide con los diagnósticos anotados en la historia clínica de salida de la EPS donde se refiere que estaba hidratado; que el testigo indicó que para las 9:50 A.M. del 30 junio de 2018 ya podía hablarse de una sepsis cuyo tratamiento debía instaurarse en forma inmediata aplicando antibióticos de amplio espectro y líquidos como en efecto se hizo en la UCI.

Contrastado lo indicado por el galeno, se tiene que aquel informó que la patología principal de ingreso fue el shock séptico, que la anotación de deshidratación severa no se deriva objetivamente de la realización de un examen en específico, sino que ***“es más que todo una apreciación clínica en ese momento, de ahí para atrás yo no tengo ninguna apreciación de nada para hacer ese diagnóstico”***, de esto emana que la supuesta imprecisión enrostrada al récord de Salud Total EPS al sentar que el paciente salió hidratado no lo es tal, pues si esa condición se deriva de la observación clínica que del mismo es realizada por los médicos en el momento y no de un paraclínico en particular, no hay forma de inferir válidamente que el médico Agudelo Calderón errara en su análisis.

Si a lo dicho se adiciona que acorde relató el médico: *“el shock séptico puede producir deshidratación por vasoplegia”* que según ilustró el perito consiste en que: *“los tejidos no retengan el agua dentro del espacio vascular sino que se fuga (...)”*³³ y ratificó el cirujano Andrés Sánchez Gil³⁴, de cara a las glosas de la historia donde claramente se refleja la administración de los diversos cristaloides, no sería descabellado pensar que a pesar de haberse estos instaurado desde el principio y mantenido a lo largo del tratamiento, se presentó la fuga a que aluden los médicos que condujo a que el doctor Ramírez Salazar hablara al tiempo del ingreso sobre la deshidratación severa.

Atinente a la presunta falta de concordancia entre las patologías de egreso anotadas en la unidad de urgencias y las registradas en la UCI, se tiene que las primeras correspondieron a *“criterios de sepsis de origen abdominal”* detectados por signos tales como hipotensión, taquicardia, hipoperfusión, cianosis, entre otros, en tanto las restantes fueron *“falla respiratoria aguda hipoxémica, shock séptico de origen a establecer, colitis de etiología esclarecer, descartar síndrome inmunodeficiencia, tabaquismo pesado activo, consumidor spa – marihuana, deshidratación severa, falla pre renal”*.

³³ *“se llama daño endotelial, ese endotelio es lo que recubre las paredes, en la enfermedad de la sepsis el endotelio se inflama y no retiene líquido y lo deja fugar, pero eso es que se produce la hipovolemia en la sepsis, la única manera de poder remediar eso es poniendo más líquido a pesar que uno sabe que se va a ir para la célula, pero es la única manera de mantener al paciente con una adecuada volemia”*

³⁴ *“cuando uno está en sepsis, las venas y las arterias se vuelven porosas (...) se pierden muchos de esos líquidos que uno les pone”*

Si bien no hay una exacta correspondencia literal entre las referidas anotaciones, no puede dejarse de lado su íntima correlación, ya que según fue explicado por el médico, las toxinas liberadas en el shock van afectando a distintos órganos del paciente³⁵ (en este caso el renal y el respiratorio), que en cuestión de momentos, pese a hallarse en principio estable, con adecuados signos vitales: *“se deteriora, hay situaciones que son imprevisibles, que no se alcanzan pues a determinar en qué momento se complica en una forma tan severa”*; de allí que no pueda recriminarse la situación de disparidad de las historias, máxime cuando la de Salud Total en ningún momento consigna que el señor Johnny Marcelo estuviera en buenas condiciones, por el contrario fue el declive de ellas las que llevaron a determinar el traslado a la UCI.

Para concluir, relativo a que el testigo indicó que para las 9:50 A.M. ya estaba instalada la sepsis, adviértase que a la pregunta elevada por el apoderado bajo el entendido que si en un paciente con oliguria, ascenso de frecuencia cardiaca, cianosis y falla renal podía sospechársele dicha patología, expresó: *“Claro, usted puede sospechar un estado de sepsis perfectamente”*; sin embargo, a vista de la Corporación a la afirmación no puede otorgarse el significado perseguido por la recurrente, en inicio porque una sospecha no es un diagnóstico *per se*, es decir, como podía ser sepsis podía tratarse de otra cosa, sumado a que en respuestas anteriores fue insistente el deponente en la dificultad para establecer esa enfermedad por cuanto sus etapas *“no son fáciles, evidentemente son difíciles”*, obedecen a parámetros multifactoriales respecto de los cuales incluso se han escrito extensos tratados en el campo médico.

En resumen, frente a las atenciones y oportunidad de la remisión del paciente a la unidad, el doctor Ramírez manifestó: *“(…) creo que en el momento en el cual él empezó y detectó la situación de que el paciente ya estaba o hizo el shock séptico y lo remitió, fue en el momento totalmente oportuno”*.

3.4.5.2. Del testimonio del **Dr. Enrique Augusto Ramírez Latorre** el censor estimó la impertinencia de que el Juzgado aludiera a que la sepsis tuvo origen en el tracto intestinal ya que ninguno de los tratantes indicó esto y especialmente el médico señaló que estaba sin establecerse; que el deterioro *“posiblemente”* se dio en forma paulatina, no súbita; que ante el desmejoramiento de los parámetros vitales del paciente es menester hacer la remisión a la unidad de mayor complejidad donde están los especialistas, toda vez que en las básicas solo hay galenos generales.

Del vistazo de las declaraciones del especialista en cuidado intensivo graduado de la Universidad de la Sabana, objetivamente puede extractarse que tras aludir a la atención que él personalmente prodigó en la UCI contestó la pregunta del judicial respecto a la causa de muerte como un shock circulatorio que fue comprometiendo diversos órganos, cuya génesis emanó según las sospechas de: *“un cuadro de compromiso intestinal que puede ser, el más grave de todos, es lo que nosotros*

³⁵ *“Esas toxinas que se liberan afectan los diferentes órganos y todo eso es por cuestión de flujos, no hay buena entrada de flujos al organismo, entonces no hay buen flujo a los pulmones, no hay buen flujo al corazón, no hay buen flujo a los riñones, no hay buen flujo al hígado, no hay buen flujo al cerebro, entonces va llevando al enfermo a un estado que se denomina disfunción orgánica múltiple”*

llamamos una necrosis de las mesentéricas (...)” sin embargo no fue posible realizar los estudios diagnósticos adecuados para confirmarlo.

A pesar de lo anterior, al indicar el Despacho que el foco infeccioso devenía del sistema abdominal, no puede perderse de vista que eso fue lo consignado en la historia por la impresión subjetiva del doctor Andrés Sánchez Gil, cirujano y gastroenterólogo, en la glosa del 1 de julio del 2018 a las 11:39 A.M.: *“1. Shock séptico de origen gastrointestinal (...)*”, sin perjuicio de lo cual la apreciación en la sentencia referente al lugar donde empezó la sepsis ninguna repercusión práctica trae al tema debatido y no podría atribuirse una inadecuada valoración del caudal suasorio por lo indicado.

En lo tocante con que el menoscabo de las condiciones del quejoso se dio progresiva y no súbitamente, se tiene que no fue aquello lo indicado por el médico, quien de manera expresa indicó la imposibilidad de dar respuesta al interrogante: *“Mmm... A ver doctor, él... me demoro porque es que realmente uno poder hacer esa aseveración es un poco difícil”* y acudió a referencias académicas brindadas por sus maestros para finalmente indicar que *“(...) este caso fue muy difícil porque realmente el colapso del paciente fue muy rápido (...)”*, aserciones que al ser también confirmadas por el cirujano Sánchez Gil³⁶, permiten comprender el desatino en el reparo de los gestores.

Finalmente, en torno a la disponibilidad de recursos tanto en las unidades de baja complejidad como en las destinadas a niveles superiores, el declarante señaló que ante la ausencia de mejora de los pacientes en las primeras horas, lo indicado es remitirlos a las últimas donde se cuenta con personal capacitado en los asuntos concretos que requiera el proceso del paciente, sin que, distinto a lo considerado por la censura, de esto se desprenda que en el caso específico de Johnny Marcelo el traslado fue inoportuno o tardío, recuérdese que el mismo se dio dentro de las 24 horas siguientes a su llegada el 29 de junio de 2018, con ocasión de la conducta definida por el tratante al evidenciar que en cierto punto ya no estaba respondiendo a los tratamientos instaurados.

3.4.5.3. El reproche blandido respecto a la declaración del **Dr. Carlos Alberto Narváez Torres** reposó en la preterición de su dicho relacionado con que el control hídrico es procedente en pacientes con falla renal como lo era el señor Zamora Giraldo, sin perjuicio de lo cual no lo ordenó; que no hizo seguimiento de los parámetros vitales y sus evoluciones fueron pobres; que dejó al paciente a la deriva en manos del médico de observación, actuaciones que a su juicio tuvieron un influjo determinante en el deceso acaecido el 2 de julio de 2018.

Las inferencias que del testimonio extracta el apoderado no encuentran asidero lógico de cara a lo establecido con los elementos de convicción, primero si se tiene en cuenta que para el tiempo en que el señor Zamora Giraldo fue atendido por el deponente, esto es, el 29 de junio de 2018, se ordenaron los exámenes pertinentes que ratificaron la impresión diagnóstica del galeno en el entendido que existía un

³⁶ *“P. (...) en el contexto del paciente Johnny ¿era posible que él hubiera desarrollado esa condición crítica de una forma súbita (...)? R. Lo que pasa es que eso es muy difícil decirlo (...)”*

parásito generador de los síntomas puestos de presente en la atención, es decir, la “*Entamoeba Histiolytica*” a cuya resolución se dispuso la reposición de líquidos y administración del metronidazol, conducta avalada por la guías clínicas de manejo de urgencias del Ministerio de Salud al hablar de la enfermedad diarreica aguda causada por tal microorganismo: “*Se puede intentar la rehidratación oral y en casos de intolerancia se debe recurrir a los líquidos parenterales (...) Para la infección invasora el tratamiento de elección es el metronidazol que exhibe una tasa de curación del 90% (...) los esquemas recomendados son metronidazol 750 mg cada 8 horas por 10 días; si se presentan efectos secundarios se puede disminuir a 500mg cada 8 horas (...) la mejoría clínica resulta evidente por la resolución de la diarrea a los dos días de iniciado el tratamiento*”³⁷.

Ahora, el reproche de que se haya encomendado la observación del paciente a un médico diferente de esa unidad carece de cimientos, fundamentalmente porque se trata de un par, con análogos conocimientos y capacidad a la del profesional receptor, siendo entendible que en una unidad donde se recibe gran cantidad de pacientes como suelen ser las de urgencias, se encuentren galenos y personal de enfermería con tareas determinadas designadas para atender la alta demanda, de allí que mal haría en admitirse que en esa ocasión el señor Johnny Marcelo quedó desprotegido.

Para concluir, la presunta ausencia de un control de líquidos o balance hídrico, además de no ser un factor que se impusiera en urgencias, conforme al unísono relataron los testigos técnicos y el perito Casallas Osorio que se trataba de un asunto propio de las Unidades de Cuidados Intensivos, no tiene ninguna relación con la atención prodigada por el testigo ese 29 de junio, habida cuenta que los niveles de creatinina, 1.3. a ese punto, no develaban la falla renal que a criterio del doctor Narváez obligara a hacerlo.

3.4.5.4. Acusaron la valoración que del testimonio del **Dr. Alexander Vergara González** realizó el Juzgado al pasar inadvertidas las dicotomías entre sus dichos, empezando porque indicó no recordar bien la atención por su parte dada al paciente, pero de manera inexplicable comenzó a referir sobre la mejoría que aquél le manifestó frente a los síntomas, misma que no obraba en la historia clínica; que faltó al no tomar los parámetros vitales a las 6:00 A.M. lo cual era necesario según lo que refirió; y que se excluyó el análisis de lo informado en torno a que la oliguria era recurrente en estados de sepsis.

Para desestimar el primer reproche, basta con acudir a las intervenciones del declarante registradas en el récord médico, a las que se aludió *ut supra* en el momento de abordar las evidencias proporcionadas por tal documento: Se tiene entonces que en la madrugada del 30 junio de 2018 el doctor Vergara González examinó al quejoso, quien en la anamnesis le refirió: “*MEJORIA DE DOLOR ABDOMINAL PERSISTE CON NAUSEAS Y EMSISIS OCACIONAL (sic)*”³⁸. Ya a eso

³⁷ P. 232 -235. “*Guías para manejo de urgencias*”. Tomo II. 3ª Edición. Ministerio de la Protección Social. 2009.

³⁸Glosa de la historia clínica de las 2:04 A.M. 30/06/2018, visible a folio 96. Archivo “002HistoriaJhonnyMarceloZamoraGiraldoFolio.pfd” Cdno. Ppal

de las 6:00 A.M. por la tos flemática que le manifestó el paciente estar cursando, el médico dispuso una radiografía de tórax y baciloscopia seriada de esputo.

Pues bien, el hecho de que al principio de su declaración el facultativo no recordara ciertas cosas no es suficiente para descartarla de tajo, ya que además de que se valió de los registros de la historia que en el acto se le puso de presente (siendo importante destacar que diferente a lo indicado por el censor, el alivio de los síntomas intestinales sí obra consignado allí e incluso en la glosa posterior de las 9:50 A.M.³⁹), debido a que era la primera vez que comparecía ante una autoridad judicial era normal que presentara algo de nerviosismo por lo solemne de las vistas públicas a las que no está acostumbrado, dado que su campo de desarrollo profesional es la medicina.

Igualmente, aunque en esa atención de las 6:00 A.M. no se registraron los signos vitales como acertadamente acota el letrado, esto no tuvo ninguna repercusión en las evoluciones posteriores, especialmente porque en la adelantada por el doctor Agudelo Calderón en horas posteriores de la mañana, aquellos reportaban normalidad, salvo por la taquicardia que se atribuyó al cuadro infeccioso de vías urinarias.

En lo referente a que el pluricitado doctor indicó que la oliguria “*es recurrente en los estados de sepsis*” escuchado de manera detenida el testimonio no se halla que tal afirmación se hubiese hecho, pudiendo por el contrario extractarse lo insidioso del planteamiento en este tópico, salvo que obedezca a la interpretación personal del letrado respecto a lo informado por el médico, en cualquiera de los dos casos el cargo no tiene vocación de éxito al cimentarse en supuestos fácticos no acaecidos o cuando menos no acreditados probatoriamente.

3.4.5.5. Al aludir a la declaración del **Dr. Harold Alexis Agudelo Calderón**, divergió de que se hubiera tomado en consideración ya que recurrentemente tuvo olvidos, dudas, vacíos, pues pretendió excusar el hecho de haber valorado al paciente casi 3 horas después de su recibo del turno en deficiencias administrativas no endilgables al usuario; no logró explicar la razón por la que en su atención de la mañana no consignó los datos de tensión arterial; omitió verificar las anotaciones de enfermería evidentes de inestabilidad hemodinámica depositando posteriormente valores contrarios a los que anotó la auxiliar Liliana Muñoz; a pesar del aumento de la creatinina instauró un tratamiento para infecciones urinarias dejando de lado la sepsis a que aludieron el perito Casallas y el intensivista Roberto Ramírez, que demanda atención especializada.

Hay que iniciar advirtiendo que, para la resolución de los embates relacionados con la posibilidad de diagnóstico de la septicemia en la mañana del 30 de junio de 2018, se remite el Tribunal a los razonamientos ya incorporados en los apartes numerados **3.4.3** y **3.4.5.1**. de la presente decisión, de los cuales se desprende por ejercicio lógico que si no se suministró un tratamiento para la sepsis es porque aquella a ese tiempo no se había evidenciado, mientras que los urocultivos

³⁹ “(...) refiere sentirse mejor, disminución de deposiciones diarreicas, dolor abdominal y náuseas leves (...)” registro de las 9:50 A.M. 30/06/2018, visible a folio 99. Ídem

ordenados por el médico Vergara González mostraron signos típicos de una infección del tracto urinario por los descubrimientos del parcial de orina traducidos en leucocituria, nitritos y bacteriuria.

Puesto en diferentes palabras, mal haría en exigirse al galeno que cubriera una enfermedad sobre la cual no tenía hallazgos clínicos ni paraclínicos de su ocurrencia, mientras que el aumento de los niveles de la creatinina, sumado a las resultas del cultivo úrico denotaban un posible foco infeccioso en ese sistema manejado con el antibiótico cefazolina, respecto al cual todos los médicos deponentes reconocen su pertinencia, incluyendo al experto aportado por los demandantes⁴⁰.

De otro lado, con independencia de que no fueran registradas las cifras de tensión arterial en la atención de las 9:50 A.M., lo cierto es que obran los demás parámetros vitales que permitían hablar de una estabilidad del paciente, inclusive con lo encontrado por el doctor Agudelo Calderón en dicha oportunidad se ajustaron las prescripciones de atención al paciente, según lo confirmado por el especialista Casallas Osorio: *“(...) en el actuar que fue tal vez en donde más me centré si fue consecuente, él activa todo el tema de cambiar el tratamiento, de pedirle más exámenes y de hacer mayor control de signos vitales, anota ahí (...)”*, ilustración que es de recibo en tanto la historia clínica lo acredita.

En cuanto a la disparidad de valores anotados por el personal de enfermería y el médico en sí mismo, con apoyo en lo informado por el citado especialista en medicina interna se tiene que en la práctica hospitalaria generan mayor fiabilidad los últimos, pues de manera predominante son los galenos quienes cuentan con la formación académica apta para determinar, en armonía con la observación del paciente, si los signos vitales tomados se hallan en rango de normalidad: *“(...) el registro de una presión baja y una taquicardia es para la evaluación de gravedad, es decir, eso no se hace con la nota de enfermería, eso se hace con la nota que hace el médico en el momento que lo valora (...) usted puede tener una presión ahora de 90/60 porque el manguito estaba flojo, estaba suelto y da una presión aislada baja, pero todas las valoraciones (...) si usted ve la del médico él no solo le tomó signos vitales, también le valoró si estaba hablando o no, si estaba orientado o desorientado (...) entonces digamos que ser sujetos a lo que la presión estaba en 90/60 en un registro de enfermería y aisladamente no tener en cuenta que el médico lo valoró en donde no le encontró ese hallazgo, pues yo le doy mayor relevancia o credibilidad a la nota del médico”*.

En el mismo sentido declaró el intensivista Ramírez Salazar que los prementados parámetros no pueden interpretarse de manera apartada, puesto que incluso en su campo laboral ha podido atender pacientes con signos aparentemente fuera de los

⁴⁰ “El 30 de junio a las 9:50 fue evaluado y cuando aparecen los resultados de un parcial de orina, evidenciaron que había electrolitos 10-20 por campo, hematíes bacterias escasas, determinaron y sospecharon clínicamente la existencia de una infección de vías urinarias y le formularon el antibiótico cefazolina, ese es un antibiótico con muy buena indicación para infecciones de vías urinarias.” Dr. José Norman Salazar González.

marcos de referencia, pero totalmente estables⁴¹, sin olvidar como ya fue acotado, que la fluctuación de cifras presentadas por el señor Zamora Giraldo puede hallar fundamento en los fenómenos de compensación a que aludió el perito de Salud Total EPS.

Es así como hasta el momento, las justificaciones del médico tratante en cuanto a los fundamentos de su proceder, se dieron sobre argumentos que guardan concordancia con lo informado por todos los galenos que rindieron declaración ante el estrado judicial.

Para rematar, el reclamo fundado en la tardanza suscitada entre que el profesional cuestionado recibió su turno y efectivamente auscultó al paciente, en realidad no brota trascendente de cara a que tal mora no se endilgó como generatriz del daño padecido y no podría siquiera sugerirse en la medida que a las 9:50 A.M. según figura en la historia clínica, el mismo aquejado refirió: “*sentirse mejor, disminución de deposiciones diarreicas, dolor abdominal y náuseas leves.*” y el doctor lo halló con “*Buenas condiciones generales, alerta, conciente, (sic) orientado, (sic) luce pálido. Normocéfalo, mucosa oral hidratada. (...)*”, es decir, al tiempo de evaluación no cursaba con síntomas desfavorables que pudiesen endilgarse directamente a la demora reprochada, *contrario sensu* se encontraba en mejores condiciones a raíz del tratamiento previamente instaurado.

3.4.6. Esbozaron los promotores su desacuerdo con la hermenéutica esgrimida por el Despacho al documento donde quedó constancia de las atenciones de que fue destinatario el señor Johnny Marcelo Zamora Giraldo, habida consideración que esta develaba las negligencias en que incurrió el personal sanitario de las encartadas al sustraerse de hacer un estricto seguimiento del balance hídrico, a la par de los síntomas hipotensivos, taquicárdicos, oligúricos, todos inherentes a la sepsis, adicional a que no se adelantó el examen físico de los distintos sistemas orgánicos, ni se dispuso en término la práctica de los medios técnicos requeridos para el acertado diagnóstico y el posterior restablecimiento de las condiciones de salud, siendo así que el anunciado análisis *ex ante* a que tanto refirió el *a-quo* no tuvo lugar.

Vistos los supuestos que sirven de bastión al reclamo tratado, se advierte que todas las circunstancias a que alude el letrado fueron objeto de exhaustivo estudio cuando se despacharon los restantes inconformismos, con base en lo cual emerge diáfano que la genuina intención del recurrente corresponde a imponer su juicio o raciocinio en torno a los elementos persuasivos, sobre el esbozado por el Juzgado primario, lo que no puede hallar eco para edificar el cargo relativo a su indebida tasación.

Y es que en realidad las pruebas hasta ahora examinadas, dejan entrever que la causa única del resultado dañoso fue el desarrollo tórpido de la patología infecciosa, catalogada por los distintos especialistas como un evento imprevisible e

⁴¹ “*Es que yo tengo que examinar el paciente para decir los signos vitales son normales o no son normales (...) yo he tenido pacientes con 90/60 de presión arterial y frecuencias cardiacas de 115 y me quedo muy tranquilo y lo veo como normal, pero cuando he examinado el paciente(...)*”,

irresistible, ocasionado por la descompensación del afectado, cuya juventud y ausencia de antecedentes de importancia, le permitió enfrentarla aunque solo hasta determinado momento, sin ninguna incidencia de las actuaciones u omisiones enrostradas al equipo a cargo de la atención, que en punto de probabilidad acrediten una mala praxis como factor válido de imputación.

La crítica propuesta contra la observación de las pruebas, en especial los testimonios técnicos y el peritaje del doctor Casallas Osorio, adolece de sendos errores, especialmente que al estar desprovista de apoyo suasorio, es dable sostener que se sigue a la interpretación subjetiva, aislada, descontextualizada del panorama integral de los hallazgos clínicos asentados en el récord, dado que las múltiples ilustraciones ofrecidas por los deponentes no evidencian las contradicciones o pretericiones denunciadas.

Por el contrario, son reiterativos al hablar de la idoneidad de los servicios prestados y uniformes al asegurar la dificultad del asunto en términos médicos, en tanto las particularidades del paciente, que no superaba los 35 años edad, no tenía antecedentes patológicos de trascendencia y frente a los fármacos instaurados mostraba la leve mejoría de sus síntomas, impedían considerar a los profesionales tratantes una eventual consecuencia como la materializada en el *sub judice*.

Al estar decantado tanto por la doctrina, como por la jurisprudencia, que la actividad médica genera obligaciones de medios y no de resultados, se entiende que el equipo galénico y las instituciones prestadoras se encuentran obligados a poner a disposición del usuario todos los recursos a su alcance para procurar la obtención del fin que no es otro que la curación del paciente, sin perjuicio de lo cual es claro que en múltiples ocasiones las condiciones de éste o la gravedad de sus patologías no permiten alcanzar dicho propósito, concretándose entonces el resultado dañoso. Explicado de otro modo, la responsabilidad basada en la culpa, tal como se dijo en los supuestos normativos, no emerge de no haber alcanzado el resultado esperado, sino de que tal hecho pueda atribuirse al incumplimiento de los deberes profesionales a que está obligado el agente.

Aplicado el anterior aserto al asunto de marras, es dable predicar con fundamento en las pruebas obrantes en el plenario, que a la condición infecciosa presente en el decurso de la estancia del paciente en las entidades accionadas, se le dio un manejo adecuado de conformidad a sus manifestaciones, en armonía con las pautas establecidas según el estado del arte en la materia, de cara a las referencias técnicas mencionadas.

Tal premisa no fue desvirtuada por el extremo promotor del litigio, en el entendido que pese a insistir en las pluricitadas omisiones como desencadenantes de la muerte del señor Zamora Giraldo, no lo probó, obrando en diferente sentido herramientas de persuasión indicativas de la ausencia de la patología catastrófica antes de las 5:48 P.M. del 30 de junio, a la que solo se llegó certeramente con los resultados de los gases arteriales ordenados al ver el declive de los signos y síntomas del paciente.

Considerando pues las causas probables del óbito, esto es, el rápido avance de la infección que desencadenó el shock séptico y la posterior deficiencia multiorgánica ocasionada por aquél, no existen elementos de los que sea dable predicar con algún grado de certeza que si hubiese sido remitido antes a la UCI las complicaciones consecuentes que finiquitaron con su vida no se hubieren presentado; todas esas hipótesis que plantea el abogado se limitan al campo de la especulación y la probabilidad, pues las teorías esbozadas por la censura a fin de sacar adelante sus pretensiones se basan en la extracción selectiva de lo informado por los médicos y de lo registrado en la historia clínica, premisa que deviene inaceptable bajo el alero de la observación conjunta de las piezas de convicción, a que alude el artículo 176 del C.G.P.

En conclusión, el alegato de los accionantes en el sentido que eran irrefutables los síntomas de alarma mostrados por el aquejado desde la madrugada del fatídico día, que ameritaban su remisión a un nivel mayor de atención, al tamiz de los medios de convicción arribados emerge equívoco ya que se aleja de la realidad puesta de presente por aquellos, tratándose de apreciaciones e interpretaciones subjetivas que carecen de sustento técnico, científico y probatorio, desdibujando así los hechos sobre los que se imputó la responsabilidad, inferencia que indefectiblemente obstaculizaba la prosperidad de las pretensiones resarcitorias.

3.5. Conclusión

Lo hasta aquí discurrido conduce a confirmar la decisión opugnada, toda vez que en el proceso de atención del paciente, acorde el material suasorio relacionado, la hidratación instaurada resultó adecuada y no era exigible a los galenos intervinientes remitirlo desde la mañana del 30 de junio al servicio de cuidados intensivos, en tanto los demandantes no aportaron pruebas para acreditar en debida forma la culpa atribuida a las instituciones convocadas, ni el nexo causal entre ella y la lamentable muerte del señor Johnny Marcelo Zamora Giraldo.

3.6. Costas

Por lo demás, se condenará en costas a la recurrente en favor de las demandadas y de la llamada en garantía Allianz Seguros S.A., consecuente a la improsperidad de los argumentos planteados en la alzada y teniendo en cuenta que dichos sujetos procesales se presentaron oportunamente a defender el fallo a su favor, generando así la controversia a que alude el artículo 365 del Estatuto Adjetivo.

IV. DECISIÓN

Por lo antes expuesto, la Sala de Decisión Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **CONFIRMA** la sentencia proferida el 20 de agosto de 2021 por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso de responsabilidad médica instaurado por los señores María Elsy

Giraldo Giraldo, Milary Andrea Garzón Giraldo, Rohel Arango Murillo (a nombre propio y como sucesores procesales de la señora Carol Viviana Arango Garzón), Leandro Arango Garzón, María Elena López Becerra y Judy Esperanza Rincón Flórez actuando a nombre propio y como representante legal de los menores **F.Z.R.** y **C.Z.R.**, en contra de la Clínica Versailles y Salud Total EPS, trámite al cual se llamó en garantía a Chubb Seguros Colombia S.A. y Allianz Seguros S.A.

Además, se realizan los siguientes ordenamientos:

CONDENAR en costas de esta instancia a la parte demandante en favor de las demandadas y la llamada en garantía Allianz Seguros S.A., las cuales serán tasadas y liquidadas en la forma que determina el artículo 366 del C.G.P. Las agencias en derecho en esta sede serán previstas por la Magistrada Ponente, de conformidad con el numeral 3 del mismo precepto.

DEVOLVER el expediente al despacho de origen.

NOTIFÍQUESE,

Los magistrados,

ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS

ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO

JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA

Firmado Por:

**Angela Maria Puerta Cardenas
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 6 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas**

**Jose Hoover Cardona Montoya
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 5 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas**

**Alvaro Jose Trejos Bueno
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**

Sala 9 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

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:

aaa82ff8d2fb0af9068844282fa7168bfed46ef07125aecc906db0ab9cb1ce82

Documento generado en 18/02/2022 10:42:01 AM

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