

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



Magistrada Ponente:  
**SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA**

Aprobado por Acta N° 110  
Manizales, cuatro (4) de mayo de dos mil veintidós (2022)

**I. OBJETO DE DECISIÓN**

En la forma prevista en el inciso tercero del artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020, se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia proferida el 28 de octubre de 2021 por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso verbal de responsabilidad médica promovido por Juan David Carreño Muñoz, María Beatriz García Muñoz, Kevin Jacobo Muñoz Arias (en nombre propio y como sucesor procesal del señor Jhon Alexander Muñoz García), Juan Carlos Carreño Bustamante (en nombre propio y en representación de la menor Vanessa Carreño Muñoz), y Anyela Katherine Muñoz (en nombre propio y en representación de los menores Simón y Gerónimo Parra Muñoz), contra la EPS Suramericana S.A. y la Clínica de La Presentación; trámite que se surtió con el llamamiento en garantía de Liberty Seguros S.A.

**II. ANTECEDENTES**

**2.1. Demanda.** Las pretensiones de la demanda se dirigen a que se declare que los demandados son responsables por la falla en el servicio de salud prestado a la señora Claudia Andrea Muñoz García que conllevó a su fallecimiento el día 1 de diciembre de 2017 y, en consecuencia, se condenen solidariamente al pago de los perjuicios morales y daño a la vida de relación causados a cada uno de los demandantes, además de las costas del proceso.

El sustento fáctico de las reclamaciones se sintetiza así:

- El 30 de noviembre de 2017 la señora Claudia Andrea Muñoz García presentó fiebre, malestar general y opresión en el pecho, por lo que decidió acudir a la Clínica Santillana, en su condición de afiliada a Sura EPS, donde fue atendida por el médico Germán Esteban Vallejo Córdoba.
- Durante la atención, se ordenó la aplicación de un medicamento para tratar su afección respiratoria, no obstante, 20 minutos después la paciente reportó una baja de presión arterial, procediendo a instalarse en una camilla, se levantaron sus

extremidades inferiores y se dispuso la práctica de un electrocardiograma y una glucometría.

- Los exámenes realizados no arrojaron ninguna alteración, razón por la cual, el galeno tratante prescribió medicamentos para el manejo de la *rinofaringitis aguda* que presentaba y dio de alta a la paciente informando los signos de alarma.

- En las primeras horas del 1 de diciembre de 2017, al continuar el malestar, fiebre y opresión en el pecho, la señora Muñoz García, acompañada de su hijo Juan David, asistió al servicio de urgencias de la Clínica de La Presentación.

- Durante la atención fue calificada con un triage 3 y valorada por el doctor Alexander García Giraldo, aconteciendo:

- Se ordenó la práctica de varios exámenes de sangre, entre ellos, el de la troponina, y un electrocardiograma.
- Los paraclínicos mostraron troponina y defensas altas que, sumado a la presión arterial baja, tos, fiebre y dificultad para respirar, daban cuenta de una posible infección de tipo viral.
- Al ser consultado, el profesional no contaba con un diagnóstico claro y un plan médico definido, pese a ello, decidió iniciar tratamiento antiisquémico, suministrando a la paciente varios medicamentos, incluido Carvedilol, cuya función es disminuir la presión arterial.
- La señora Claudia empezó a presentar una caída de su presión arterial, lo cual hizo que se solicitara apoyo del médico intensivista Jorge Iván Marín.
- Posteriormente, sufrió varios paros cardiorrespiratorios y pérdida del pulso constante, iniciándose maniobras de reanimación que se extendieron durante 40 minutos sin ningún éxito, declarándose a la paciente fallecida pasadas las 5 de la mañana.
- El médico tratante sugirió en nota de apoyo la práctica de una autopsia para esclarecer las causas de la muerte.

- La falla en el servicio de salud radica en que i) la construcción de la historia clínica fue deficiente, ii) el profesional no llegó a un diagnóstico adecuado; iii) no se valoraron los demás síntomas que reportaba y la ausencia de alteraciones en los dos electrocardiogramas que se le practicaron a la paciente; iv) no se interconsultó con otras especialidades de manera oportuna; v) aplicación del Carvedilol que ocasionó el colapso de su sistema circulatorio.

- El señor Juan Carlos Carreño Bustamante, esposo de la señora Claudia, perdió a la mujer con quien quería pasar el resto de sus días, que amaba y era la madre de sus dos hijos, debiendo ahora afrontar el rol de padre y madre en soledad, en especial respecto de la niña menor de edad.

- Juan David y Vanessa Carreño Bustamante, hijos de la víctima, se encuentran bastante afectados con la muerte prematura de su mamá, debiendo recibir tratamiento psicológico para afrontar el sustancial cambio que sufrieron sus vidas.

- La señora María Beatriz García Muñoz, progenitora de la difunta, padeció el dolor de perder a su hija joven, con la que compartía constantemente.

- Los señores Anyela Katherine y Jhon Alexander Muñoz García soportaron la pérdida de su hermana, a quien amaban profundamente desde la infancia; así como los menores Simón y Jerónimo Parra Muñoz, quienes sufren de sobremanera la partida de su tía con quien tenían una estrecha relación.

## **2.2. Intervención de las demandadas y llamada en garantía.**

**2.2.1. EPS Suramericana S.A.** se pronunció refutando las pretensiones y formulando las excepciones de fondo que denominó: i) Total cumplimiento de las obligaciones a cargo de EPS Suramericana S.A. - diligencia y cuidado - inexistencia de culpa; ii) Causa extraña en la producción del daño alegado - rompimiento del nexo causal; iii) Inexigibilidad de efectos de obligación de resultado en el acto médico; iv) Ausencia del carácter directo del daño que impide su atribución a las demandadas; e v) Inexistencia y excesiva cuantificación del daño moral; además plantearon la llamada excepción ecuménica.

La EPS ante la reforma de la demanda, insistió en las excepciones formuladas en la contestación inicial.

**2.2.2. La comunidad Hermanas de la Caridad Dominicanas de La Presentación de la Santísima Virgen**, propietaria de la **Clínica de La Presentación** contestó oponiéndose a las pretensiones e intercalando como medios exceptivos: i) Diligencia, cuidado y oportunidad en la atención de la señora Claudia Andrea Muñoz García; ii) Inexistencia de nexo causal de las actuaciones de la clínica con el daño alegado; iii) Cobro excesivo de perjuicios morales y daños a la vida de relación; e iv) Inexistencia de daño imputable a la Clínica de La Presentación; junto con la excepción genérica innominada. A su vez, llamó en garantía a la compañía de seguros Liberty Seguros S.A.

La Clínica se pronunció frente a la reforma de la demanda, reiterando sus argumentos y excepciones.

**2.2.3. Liberty Seguros S.A.** contestó la demanda y el llamamiento. Frente a las pretensiones de la primera interpuso las excepciones de fondo denominadas: i) Cumplimiento de las obligaciones en la prestación del servicio médico por parte de la clínica de La Presentación, ii) Inexistencia del nexo causal y/o elementos generadores de responsabilidad, iii) Carga de la prueba, y como subsidiarias, iv) Insuficiencia de la prueba para demostrar hechos, perjuicios y cuantificación exagerada, e v) Irreal tasación de perjuicios; además se la genérica.

Respecto al llamamiento propuso las excepciones de i) Inexistencia de obligaciones al no existir responsabilidad imputable al asegurado, ii) Límite de la suma asegurada, y en subsidio, iii) Cobertura restringida por perjuicios extrapatrimoniales, iv) Deducibles pactados, y la genérica.

**2.3. Sentencia.** Agotadas las etapas del proceso, el Juez de primera instancia emitió sentencia negando las pretensiones y condenando en costas a los demandantes en favor de los demandados.

Consideró que no se acreditó la culpa en el actuar médico y el nexo causal entre esta y el fallecimiento de la señora Claudia Andrea Muñoz García. La conducta del galeno Alexánder García Giraldo al momento de ingresar la paciente al servicio de urgencias, consistente en iniciar un tratamiento antiisquémico sin darle prioridad a otros síntomas que ella presentaba como tos y fiebre, quedó plenamente justificada, habida cuenta que los síntomas de síncope y dolor en el pecho hacían sospechar que la señora Muñoz García estaba atravesando un episodio cardíaco que ponía en riesgo su vida, y que era muy difícil de diagnosticar sin practicarle otros exámenes y sin tener conocimiento de sus antecedentes patológicos.

Tampoco se demostró que el precitado galeno haya llenado los datos de la historia clínica de manera deficiente, pues no se aportó medio probatorio que permitiera acreditar que hubo algún tratamiento, medicamento o procedimiento que se haya practicado y que no fuere reportado en la historia clínica de la paciente ni en las notas de enfermería. Además, no es válido el argumento esgrimido por los demandantes en el sentido de que él no tuvo en cuenta los resultados de los electrocardiogramas, los cuales aparentemente no arrojaron ningún resultado, pues el precitado galeno, siguió auscultando los síntomas que persistían y que presentaba la paciente, que dejaban entrever la presencia de un problema cardíaco bastante delicado y cuya impresión diagnóstica sí se logró corroborar. En efecto, el médico forense José Fernando Marín, que practicó la autopsia a la víctima, pudo verificar que a ella la aquejaban varias enfermedades crónicas y que las mismas fueron una de las causas que eventualmente provocaron su muerte, y no el procedimiento adelantado por los galenos del área de urgencias de la Clínica La Presentación.

A su juicio, no se evidenció la supuesta omisión en la que incurrió el médico al no haber consultado de forma oportuna con un especialista del corazón, no haber dado un diagnóstico adecuado, y haber iniciado intempestivamente un tratamiento anti isquémico, aplicando el medicamento Carvedilol, que ocasiona baja en la presión arterial, por lo que estaba contraindicado para una paciente con la presión baja, luego que se trata de una circunstancia que no tiene incidencia en el deceso de Claudia Andrea Muñoz García, pues esas afirmaciones parten de la premisa que la causante tenía buena salud, no padecía de enfermedades cardíacas y murió por una aparente negligencia médica, evento que fue descartado al constatarse que la actuación del profesional estuvo acorde a los síntomas y los padecimientos que aquejaron a la *de cujus*. En respaldo, recordó que el internista Jorge Iván Marín Uribe adujo que el actuar del galeno del servicio de urgencias fue correcto.

Desestimó las conclusiones a las que arribó el perito José Norman Salazar González, no por su aparente falta de idoneidad, sino porque sus hallazgos se fundamentaron en gran parte en el resultado de la necropsia y la historia clínica que allegó la parte actora, la cual se encontraba incompleta.

Advirtió que las demás circunstancias expuestas por el extremo demandante en sus alegatos de conclusión, insinuando que una de las causas que pudo haber ocasionado el daño fue la neumonitis que estaba aquejando a la víctima y que eventualmente pasaron por alto los médicos, no tiene relación de causalidad con los hechos planteados en la demanda, en contravía del principio de congruencia. Si en gracia de discusión se aceptara tal tesis, el que los profesionales hubieren optado

por darle prioridad a tratar una enfermedad de tipo cardíaco como eran los padecimientos crónicos que se determinaron padecía la causante y no la neumonitis, carece de relevancia, pues no se logró determinar que el no manejo de la neumonitis fue la causa de la muerte, es más, ni siquiera se pudo acreditar que el suministro del Carvedilol le produjo ciertas reacciones que desembocaron en el óbito de la causante. Por consiguiente, concluyó que no estaban demostrados los elementos de la responsabilidad alegada.

**2.4. Apelación.** La parte demandante fundó su alzada básicamente en cinco argumentos:

i) Indebida valoración probatoria de las fallas en la historia clínica, que consistieron en no haberse insertado una impresión diagnóstica o un diagnóstico final, de cara a los síntomas manifestados por la paciente y los resultados clínicos de los exámenes evaluados en forma conjunta, previo a la administración del tratamiento antiisquémico; existiendo falencias en su diligenciamiento, de acuerdo con el principio de racionalidad científica consagrado en el artículo 3 de la Resolución 1995 de 1999.

ii) Error en el diagnóstico, al fijar su atención en un síndrome coronario agudo, dejando de lado la infección renal y la neumonitis producto de un proceso infeccioso que serían causas que contribuyeron la muerte de la paciente, a pesar de que reportaba un aumento en la frecuencia cardíaca, fiebre y baja oxigenación, lo que desencadenó en un edema pulmonar que generó la isquemia. Además, no se procuró una interconsulta con un especialista y no se practicaron exámenes trascendentales, como un cateterismo y un ecocardiograma.

iii) Plan de manejo inadecuado, al haberse iniciado un tratamiento antiisquémico que indicaba el uso de betabloqueadores (Carvedilol), los cuales estaban contraindicados en casos de edema pulmonar y shock cardiogénico, porque pueden contribuir al colapso de los organismos debido a dificultades en la ventilación pulmonar; aunque los testigos afirmaron que ese fármaco no fue suministrado y que ninguna nota de enfermería detallada su aplicación, en ningún aparte de la historia clínica se registró la orden de suspender el medicamento o un concepto médico que dejara entrever la intención de no suministrarlo, más aún cuando la nota de enfermería tiene consignada un fecha incongruente, sin embargo, el A quo no dio preponderancia a esa situación.

iv) No se puede excusar la culpa con otra culpa; por una parte, se afirmó que la implementación del tratamiento antiisquémico fue adecuado, y por otra, se sostuvo que dejar de aplicar el medicamento que hace parte de ese tratamiento estuvo ajustado a *lex artis*, siendo dos argumentos excluyentes que colocan el caso entre dos abismos argumentativos: uno en el que se le ordenó un medicamento contraindicado a su condición clínica, y otro en el que se dejó de aplicar un medicamento ordenado para atender su condición clínica.

v) Basta con establecer una hipótesis probabilística para atribuir la responsabilidad al agente médico, lo que se traduce en determinar la probabilidad alta que hubiera tenido la paciente de sobrevivir, si se hubieran adelantado todos los exámenes y medios científicos disponibles para llegar a un diagnóstico claro y proporcionar a la

paciente un tratamiento integral. Si bien la falla por sí sola no es suficiente para endilgar una responsabilidad, si constituye un indicio grave que impone al judicial el deber de realizar un ejercicio valorativo para hallar la correlación de imputación entre el hecho que se alega como negligente y el fallecimiento de la víctima, según lo precisó la Sala de Casación Civil del Corte Suprema de Justicia en sentencia SC-562 de 2020, no obstante, el juez no aplicó el rigor científico en el análisis de las pruebas aportadas, absteniéndose de estudiar los resultados periciales y lo que se desprende de la historia clínica, centrando su argumentación en que el tratamiento antiisquémico fue adecuado, sin detenerse a evaluar las otras patologías que requerían atención médica y que tuvieron relación directa con el fallecimiento de la paciente, pero ni siquiera fueron diagnosticadas.

## **2.5. Alegatos de la parte no recurrente.**

**2.5.1.** La Clínica de La Presentación se pronunció durante el traslado del recurso refiriendo que el manejo de la paciente se dio en un contexto de atención de urgencias, que implica que la primera labor del médico sea salvaguardar la vida del enfermo y enfocar sus esfuerzos a evitar la muerte, y ante una sintomatología difusa como la que presentaba la víctima, debió darle prioridad a los síntomas o sospechas de un patología cardíaca, la cual se confirmó posteriormente con la necropsia; tal indicio se consignó en la historia clínica como *“sincope y colapso”*, y si se encontrara alguna deficiencia en la elaboración de la historia clínica que además no existe, es necesario que la misma sea de tal gravedad y trascendencia que hubiera afectado el proceso de atención de la persona.

Subrayó que la parte demandante, de manera sorpresiva, agregó a su tesis la falta de diagnóstico como falla médica, luego que no se diagnosticó la neumonitis y la infección renal, cuando ello ni siquiera fue tema de discusión en la demanda; además, tales afecciones solo fueron avizoradas con el examen histopatológico realizado en la necropsia, pues la rápida evolución de la paciente, no permitieron llegar a otros diagnósticos. La paciente no ingresó con un edema pulmonar, sino que se dio a consecuencia o de forma paralela al evento cardíaco que sufrió; por tanto, el estado de avance de los síntomas infecciosos, los antecedentes cardíacos y el tumor en el riñón (desconocidos por la paciente y por el personal médico), generaron una afección cardíaca que generaba peligro para su vida y en la cual se enfocó el personal médico. También de forma sorpresiva, los demandantes se duelen de que no se hubieren llevado a cabo un cateterismo y un ecocardiograma para llegar a un diagnóstico claro, no obstante, a la paciente se le realizaron exámenes de sangre y un electrocardiograma; un cateterismo exige exámenes previos y una condición estable del paciente, estado que aspiraba lograrse con la implementación del tratamiento antiisquémico.

Señaló que el medicamento denominado Carvedilol no estaba contraindicado en la paciente porque al momento que se ordenó no tenía síntomas de edema pulmonar, no se alcanzó a suministrar a la paciente por su deterioro, la dosis ordenada era mínima, y en caso de que se hubiera aplicado el tiempo en generar efecto era de una a dos horas, lapso que no concuerda con su evolución. La no aplicación del fármaco, no quiere decir que no se hubiere implementado el tratamiento antiisquémico, el cual se compone de varios medicamentos (Asas, Cloripodigrel, Atorvastativa).

**2.5.2.** Liberty Seguros S.A. acotó que las pruebas dan cuenta que el principal signo que tenía la señora Claudia Andrea era dolor torácico y síncope, quien a los exámenes reportó una troponina positiva, reflejando concretamente un problema cardiovascular, siendo esa impresión diagnóstica adecuada a los síntomas y signos con los que ingresó a la Clínica, así como el tratamiento iniciado de manera oportuna por el médico tratante, entre otras, con el no suministro del Carvedilol, ante el deterioro súbito del estado de salud de la paciente. No quedó demostrado que la paciente presentara un edema pulmonar al ingreso a la institución.

La no realización de un ecocardiograma no fue un tema tratado en la demanda y otras cuestiones abordadas en la sustentación del recurso, no fueron tema de reparo al momento de formularse la alzada.

**2.5.3.** Sura EPS precisó que el registro en la historia clínica se hizo por completo, sin que pueda exigirse la inclusión de las enfermedades relacionadas en el informe de histopatología como diagnósticos, porque eran de base, de larga data de aparición, no se presentaron de manera aguda y no había generado manifestación alguna en la salud de la paciente, además cualquier falencia en la elaboración del documento no está enlazada causalmente con el fallecimiento de la señora.

En torno al supuesto error de diagnóstico al no haberse identificado la neumonitis, edema pulmonar e infección renal, y la falta de práctica de exámenes (electrocardiograma y cateterismo), afirmó que no guardan correspondencia con las imputaciones de responsabilidad determinadas en la demanda, afectando el derecho de defensa de las demandadas. Inicialmente se planteó una supuesta inexistencia de afección cardíaca que justificara aplicar tratamiento antiisquémico, ahora se reconoce que sí tenía una condición cardíaca, pretendiendo atribuir al personal médico una supuesta falencia en su detección y falta de diagnóstico de las patologías de base.

El tratamiento antiisquémico sí podía ser administrado por el médico de urgencias, ante la sospecha diagnóstica que los signos, síntomas y resultados paraclínicos le mostraban en ese momento, sin necesidad de una interconsulta con especialista en cardiología o medicina interna; sumado a que el medicamento Carvedilol no fue administrado.

### **III. CONSIDERACIONES**

Se encuentran satisfechos los presupuestos procesales en esta acción y realizado el control de legalidad que ordenan los artículos 42 numeral 12 y 132 del Código General del Proceso, no se avizora causal de nulidad o irregularidad que invalide lo actuado u obligue a retrotraer el trámite a etapa anterior.

#### **3.1. Delimitación de la cuestión a decidir.**

El recurso de apelación descansa en el reproche a la valoración probatoria realizada por el A quo, por consiguiente, la labor de la Sala se concentrará en establecer si los medios de convicción acreditan la existencia de los elementos de la responsabilidad civil atribuida a las demandadas Clínica de La Presentación y EPS

Suramericana S.A., en especial, la falla médica como hecho culposo y el nexo causal entre este y el daño aducido. De encontrarse estructurada la responsabilidad, se ahondará en lo relativo a la indemnización y la eventual obligación de la aseguradora llamada en garantía.

Es pertinente acotar que si bien en la sustentación de la alzada se sostuvo que la responsabilidad de las accionadas también se debió a la falta de diagnóstico de las patologías de base que se descubrieron con la necropsia, y a la ausencia de práctica de un ecocardiograma y un cateterismo, tales aspectos, aunque fueron discurridos a lo largo de la actividad probatoria, no se enrostraron desde la demanda como parte de la falla médica que conllevó el daño reclamado (fallecimiento de la señora Claudia Andrea Muñoz García); lo mismo pasa con la pérdida de oportunidad mencionada de forma ligera; por consiguiente, la Sala está vedada para adentrarse en cuestiones que no se delimitaron en el acto procesal por excelencia que demarca el objeto del proceso judicial y fija la competencia del juez, pues de ninguna manera puede hacerse caso omiso a su contenido para congraciarse con los reparos de la impugnación. Atender esas cuestiones quebranta el principio procesal de congruencia y viola el derecho de contradicción de quienes conforman la parte pasiva de la litis, pues no tuvieron oportunidad para defenderse frente a estos nuevos supuestos fácticos.

Con esa claridad, se adentrará la Sala en la evaluación de las pruebas y solo en el evento de hallarse acreditada la culpa y el nexo se ocupará de revisar la clase de responsabilidad que se puede derivar en cada hipótesis -responsabilidad contractual y responsabilidad extracontractual-; señalando desde ya que en la responsabilidad civil médica, como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, a saber: i) un comportamiento activo o pasivo que se traduce en la violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, ii) que ese obrar antijurídico sea imputable subjetivamente a título de dolo o culpa, iii) el daño patrimonial o extrapatrimonial y, iv) la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico señalado.

### **3.2. Examen de la culpa galénica atribuida a fallas en el proceso de diagnóstico y el tratamiento derivado de este.**

Según la parte demandante, la falla en el servicio de salud se presentó porque en la atención de urgencias del 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2017 en la Clínica de La Presentación, la señora Claudia Andrea Muñoz García falleció a consecuencia de la administración de un tratamiento antiisquémico, sin que previamente se hubiere realizado un estudio adecuado de la sintomatología que reportaba y los hallazgos de los exámenes que se le practicaron, a fin de dar con un diagnóstico acertado, lo que conllevó a una descompensación en su presión arterial que implicó una serie de paros cardiorrespiratorios de los que no se pudo recuperar.

La Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, pauta en su artículo 10 que “[e]l médico dedicará al paciente todo el tiempo que sea necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente”; de suerte que

compromete su responsabilidad si incurre en error inexcusable o si falta de otra manera a la técnica y a las reglas científicas vigentes, puesto que en su labor está obligado a emplear medios diagnósticos o terapéuticos aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas (art. 12 Ley 23 de 1981), tales como: facultades de medicina, academias y asociaciones médico-científicas, el Ministerio de Salud, la Academia Nacional de Medicina y las instituciones oficiales que cumplan funciones de investigación y control en la materia, de acuerdo con lo indicado en el artículo 8 del Decreto 3380 de 1981, reglamentario de la referida ley.

En ese orden, un estudio deficiente por parte del médico sobre la enfermedad o los síntomas del paciente comprometería su responsabilidad, ya que una actitud pasiva puede constituir una negligencia evidente, pero ello sólo en la medida en que se acredite que el profesional no actuó acorde con los protocolos que señalan la manera de tratar los síntomas al momento de la consulta médica, o no se condujo con la diligencia usual común a los miembros de su profesión.

Aunque la culpa médica responde a los mismos lineamientos de la culpa en general, es importante tener claridad que el simple error de diagnóstico no es suficiente para engendrar un daño resarcible, ya que al médico no se le puede imponer el deber de acertar, porque como lo sostiene doctrina especializada “estos errores son precisamente el riesgo inseparable de la profesión médica, y no pueden considerarse como culpa, y el resultado del juicio que supone el diagnóstico no puede ser comparado con un modelo ideal de referencia, exactamente por tratarse de un juicio”<sup>1</sup>.

Quiere decir, que cuando el médico da un diagnóstico emite un juicio u opinión de cara al cual puede presentarse una equivocación que no siempre es configurativa de culpa; para ello debe en principio tratarse de un error grave o imperdonable; luego “el médico solo compromete su responsabilidad si incurre en un error inexcusable o si falta de otra manera a la técnica y reglas científicas prescritas”<sup>2</sup>. En otras palabras, el error de diagnóstico no configura culpa, lo que sí la genera es la omisión de realizar los exámenes que la dolencia impone, o que no haya tomado todas las medidas para prevenir el error.

Esto porque el acto médico implica por regla general, que el profesional de la medicina contraiga obligaciones de medio, comprometiéndose a poner toda su diligencia, cuidado, pericia y experiencia en la atención del paciente, de acuerdo a las reglas propias del ejercicio de la medicina y las tecnologías disponibles; luego, si en cualquiera de las fases de la atención se causa un daño al paciente, por acción o por omisión, surgen para el profesional y/o la entidad obligaciones de carácter indemnizatorio, bien por incurrir en errores ostensibles en el diagnóstico y de tratamiento, ora por negligencia o impericia en el esclarecimiento de las causas de la enfermedad, la naturaleza de esta, ordenar medicamentos o procedimientos inadecuados, exponer al paciente a riesgos injustificados o que no correspondan a sus condiciones clínico-patológicas, apartarse sin razón válida de los protocolos o la lex artis vigente, entre otras<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Eugenio Llamas Pombo, La Responsabilidad Civil del Médico, aspectos tradicionales y modernos.

<sup>2</sup> Jorge Santos Ballesteros, Instituciones de Responsabilidad Civil, Tomo II, pág. 301.

<sup>3</sup> CSJ SC sentencias del 13 de septiembre de 2002, exp. 6199; SC15746 de 2014 y SC9721 de 2015.

Para esclarecer si en efecto se incurrió en la culpa enrostrada, se empieza por revisar la historia clínica aportada<sup>4</sup>, prueba documental que según el recurrente, no fue valorada en debida forma por el juez. Según el registro:

- La señora Claudia Andrea Muñoz García ingresó el 30 de noviembre de 2017 a las 23:18:00 p.m. al servicio de urgencias de la Clínica de La Presentación, quien acude con un cuadro clínico de dos días de evolución, consistente en fiebre, malestar general, tos seca desde el día de hoy, emesis en múltiples ocasiones de contenido bilioso, dolor en el pecho, desvanecimientos, refiere “me desmaye(sic) 2 veces”, deposiciones diarreicas en 2 ocasiones. Refirió no tener antecedentes patológicos y quirúrgicos personales, antecedentes familiares de diabetes mellitus e hta, y llevó un electrocardiograma tomado el mismo día en la Clínica Santillana, el cual salió normal. El triage arrojó como resultado nivel III.

- Evaluación de las 00:20:00 a.m. por el médico general Alexander García Giraldo, quien tomó signos vitales y practicó examen físico, encontrando: presión arterial de 103/76, frecuencia cardíaca 80, frecuencia respiratoria 20, temperatura 36.5, saturación 89% y peso 80, “mucosas pálidas, semisecas ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. campos pulmonares bien ventilados sin sobreagregados. abdomen blando, depresible sin masas ni megalias, con dolor en epigastrio, hipocondrio y flanco izquierdo. extremidades sin edema y bien perfundidas. neurológico: somnolienta, alertable, desorientada en tiempo, no focalidad, no signos meníngeos(sic).”; por tal razón la impresión diagnóstica fue “- síncope? - dolor torácico análisis: paciente con síntomas generales, el día(sic) de hoy asociado a dolor torácico y desvanecimiento, síncope?”, sugiriéndose un nuevo electrocardiograma, glucometría y paraclínicos (hemograma iv hemoglobina hematocrito recuento eritrocitos, creatinina en sangre, sodio en sangre, potasio en sangre y troponina t cuantitativa), y el suministro de los medicamentos “7173 cloruro de sodio bolsa x 500 cc-0.9%-solución inyectable-inyectable/ vía subcutánea/iv 0 500 cc en bolo, continuar a 100 cc hora, 7174 ranitidina-50 mg-solución inyectable-inyectable 0 1 amp iv, 7175 metoclopramida-10 mg/2 ml-solución inyectable-inyectable 0 1 amp iv, 7176 cloruro de sodio bolsa x 100 cc-0.9%-solución inyectable-inyectable/ vía subcutánea/iv 0 200 cc para medicamentos”.

- Nota de evolución de las 02:05:00 por la auxiliar de enfermería Adriana María Orozco López: “ingresa paciente a sala de reanimación en silla de ruedas en compañía de familiares, refiere dolor torácico, mareo, presenta un episodio de emesis alimenticio en moderada cantidad, se observa pálida, alerta, orientada, es valorada por el dr. Alexander(sic) García quien ordena toma de electrocardiograma se toma inmediatamente, con previo lavado de manos con jabón quirúrgico y previa asepsia y antisepsia se canaliza vena miembro superior izquierdo dorso con intracath 22 (1), y 18 (1) con fragilidad capilar se le instala solución salina x 500cc sin mezcla, se toma glucometría resultado 154 mg /dl. pendiente revaloración con reportes de paraclínicos.”

- El electrocardiograma reportó “ritmo sinusal, frec: 96, t invertida en v1 plana en avl sin otras alteraciones”.

- Nota evolución de las 03:19:00 a.m. por el médico general Alexander García Giraldo: “reporte de paraclínicos hb:15.1 leuc:10.670 n:79% plaq:140.000 creat:0.84 na:139 k:4.29 trop:0.124 paciente con cuadro de síntomas generales asociado a dolor

---

<sup>4</sup> Historia clínica y notas de enfermería, PDF. 12HistoriaClinicaMunozGarciaClaudia y 13NotasEnfermeria.

torácico, al parecer episodio sincopal, paraclínicos con evidencia de troponina elevada, no cambios en ekg de sca, se inicia manejo antiisquémico”; por lo que ordena monitorización, oxígeno bajo cánula nasal, rx de tórax pa o ap y lateral decúbito lateral y gases arteriales, y como medicamentos “7206 ácido acetil salicílico-100 mg-tb-oral 0 300 mg masticados, 7207 clopidogrel-75 mg-tb-oral 0 300 mg vo ahora, 7208 atorvastatina-40 mg-tb-oral 0 80 mg vo ahora, 7209 carvedilol-6.25 mg-tb-oral 0 3.125 mg vo ahora, 7210 enoxaparina sódica-80 mg/0.8 ml-jeringa prellenada \* 0.8 solución inyectable-inyectable/vía subcutánea/iv0 80 mg sc ahora”.

- Nota de evolución de las 03:27:00 por la auxiliar de enfermería Adriana María Orozco López: “informan de laboratorio que la troponina esta(sic) elevada, se informa al dr. Alexander(sic) García quien revalora la paciente ordena pasar paciente a sala de reanimación, monitorizar, administrar tratamiento anti isquémico. la paciente se observa ansiosa, inquieta, refiere "me voy a morir", se observa diaforética, fría, se realiza control de signos vitales ta: 81/60, fc: 123 x´, fr: 30x´, tº: 36°C, so2: 86% con oxígeno. con previo lavado de manos, utilizando medidas de asepsia y antisepsia se administra protocolo anti isquemico clopidogrel x 75mg 4 tabletas, atorvastatina x 40 mg 2 tabletas, asa x 100 mg 3 tabletas.”

- Nota evolución de las 05:10:00 por el médico general Alexánder García Giraldo: “nota medica posterior a los hechos paciente en salade(sic) reanimación, se torna somnolienta, mala perfusión distal, se toma ta la cual es difícil de encontrar, finalmente marca 112/60 fc:124 fr:22. se solicita apoyo de medico(sic) de uci quien asiste a valorarla, durante valoración siendo las 4+15 paciente presenta respiración ruidosa, posterior apnea, se procede inmediatamente a ventilación con presión positiva, no se encuentra pulso ni presión arterial, se considera actividad eléctrica sin pulso, se inician maniobras de reanimación con masaje cardiaco, ventilación con presión positiva, se inicia adrenalina iv cada 3 minutos, verificación de pulso cada ciclos, persiste con actividad eléctrica sin pulso, luego de 10 minutos se consigue pulso, se aumentan lev, se realiza intubación orotraqueal por intensivista en primer intento, paciente rápidamente pierde pulso, nuevamente con actividad eléctrica sin pulso, se reinician maniobras de reanimación y adrenalina luego de 2 minutos verificación de pulso, a los 5 minutos nuevamente se consigue pulso, se pasa catéter central, se inicia infusión de dopamina pero nuevamente hay deterioro del pulso, actividad eléctrica sin pulso, se reinicia reanimación, retorna a pulso débil pero por poco tiempo pasa nuevamente a actividad eléctrica sin pulso persistente a pesar de maniobras de reanimación, masaje cardiaco y medicamentos, luego de 40 minutos de reanimación paciente persiste sin pulso, actividad eléctrica idioventricular, pupilas midriáticas, se decide suspender maniobras de reanimación. se informa a familiares, hora de fallecimiento 5+55. dado que se trata de una paciente joven sin comorbilidades, se considera causa de muerte de origen no claro”, y sugiere autopsia.

- Nota evolución de apoyo servicio de terapia intensiva de las 05:14:00 por el médico intensivista Jorge Iván Marín Uribe: “recibo llamado por parte del servicio de urgencias para apoyar código azul. (...) es atendida en nuestro servicio de urgencias en donde llega estable hemodinámicamente, sin signos de dificultad respiratoria, refiriendo dolor torácico intenso, se inició estudios con hemograma, troponina t, electrolitos y rx de torax. Se documenta en los paraclínicos una troponina t positiva (0.124), hemograma sin alteraciones aparentes (hb: 15.1, leucocitos: 10670, neutrófilos del 79%, plaquetas de 140.000, creatinina de 0.84), electrolitos normales (sodio : 139, potasio 4.29 ). ekg en ritmo sinusal, ondas t invertidas en v1, impresiona un patrón de bloqueo de rama derecha, rx de torax(sic) con infiltrados intersticiales difusos hacia los vértices, mediastino superior ensanchado, no hay evidencia radiográfica de taponamiento cardiaco. encuentro paciente en malas condiciones generales, palidez muco cutánea(sic), frialdad generalizada, moteada, en

torax(sic) y abdomen, estupurosa, con marcada ingurgitación yugular bilateral, pulso débil, hipotensa (100/50), desaturada (84%). durante la evaluación presenta paro cardiorrespiratorio por actividad eléctrica sin pulso, se procede a ventilación con presión positiva + adrenalina 1 mg iv cada 3 minutos, se obtiene ritmo de perfusión a los 3 minutos con severo trismus que no permite intubación orotraqueal por lo que se usan 30 mg de rocuronio relajando el trismus y permitiendo la intubación orotraqueal con tubo n.7.5 en el primer intento, se inicia ventilación continua. a los dos minutos de nuevo paro cardiaco por actividad eléctrica sin pulso con complejos anchos, se inicia de nuevo masaje cardiaco externo + adrenalina 1 mg iv cada 3 minutos + ventilación con presión positiva, se obtenía pulso de manera intermitente pero rápidamente progresaba a arresto cardiaco. durante la reanimación se pasa introductor n.7.5 a nivel yugular interno derecho + catéter n.14 en la yugular externa del mismo lado, ambos accesos para facilitar la reanimación. se aplican 11 ampollas de adrenalina, 1 ampolla de atropina y se inició infusión de dopamina durante el proceso de reanimación debido a episodios de ritmo perfusorio pero en bradicardia sinusal. después de 44 minutos de maniobras avanzadas de reanimación la paciente continua en arresto cardiaco por asistolia, se decide suspender maniobras de reanimación en común acuerdo con el grupo de intervención. me llama la atención(sic) en los rx de torax(sic) un mediastino ensanchado con cuadro de dolor torácico opresivo, intenso y con episodios sincopales, se debe descartar disección aortica(sic). la paciente fallece a las 5:00 am aproximadamente, se mantuvo comunicación con la acudiente del momento. se considera solicitar autopsia debido a la presentación del cuadro clínico en una paciente previamente sana y sin diagnostico(sic) claro de la muerte. a descartar: disección aortica(sic), miopericarditis, evento coronario agudo + choque cardiogénico.”

- Se registraron los siguientes medicamentos usados en reanimación: “7240 atropina sulfato-1 mg/ml-solucion(sic) inyectable-inyectable 0 #1, 7241 epinefrina (tartrato o clorhidrato)-1 mg/ml-solución-inyectable 0 #12, 7242 dopamina clorhidrato-200 mg/5 ml-solucion(sic) inyectable-inyectable 0 #1, 7243 cloruro de sodio bolsa x 250 cc-0.9%-solucion(sic) inyectable-inyectable/ vía subcutánea/iv 0 #2, 7244 cloruro de sodio bolsa x 500 cc-0.9%-solucion(sic) inyectable-inyectable/ vía subcutánea/iv 0 #2.”

- Nota de evolución de las 05:56:00 por la enfermera Luz María Henao Granada: “recibo llamada del servicio de urgencias para toma de gases arteriales. la terapeuta respiratoria previo lavado de manos toma muestra y se envía al laboratorio. se traslada en camilla con oxígeno(sic) por ventury a rx de tórax. se lleva nuevamente a sala de reanimación y continua(sic) monitoreada. refiere sentirse muy mal, con dolor y opresión en el pecho. se intenta canalizar otro acceso venoso pero es imposible. paciente en malas condiciones generales, inquieta, palida(sic), con frialdad generalizada, moteada, en torax(sic) y abdomen, estuporosa, diaforética, con pulso débil, hipotensa (100/50), desaturada (84). entra paro cardiorrespiratorio por actividad eléctrica sin pulso, se procede a ventilación con presión positiva + adrenalina 1 mg iv cada 3 minutos, se administran 30 mg de rocuronio. el dr. Marín inicia intubación orotraqueal con tubo n.7.5 en el primer intento, se inicia ventilación continua(sic). a los dos minutos de nuevo paro cardiaco por actividad eléctrica sin pulso, se inicia de nuevo masaje cardiaco externo + adrenalina 1 mg iv cada 3 minutos + ventilación con presión positiva, se obtuvo pulso de manera intermitente. durante la reanimación el dr. Marín pasa introductor n.7.5 a nivel yugular interno derecho + catéter n.14 en la yugular externa del mismo lado, ambos accesos para facilitar la reanimación. se aplican 11 ampollas de adrenalina, 1 ampolla de atropina y se inicia infusión de dopamina. después de 44 minutos de maniobras avanzadas de reanimación la paciente continua(sic) en paro por asistolia, se suspenden maniobras de reanimación. la paciente fallece a las 5:00 am aproximadamente. el dr. Marín considera solicitar autopsia debido a la presentación del cuadro clínico en una paciente previamente sana y sin diagnostico(sic) claro de la muerte. a descartar: disección aortica(sic), miopericarditis, evento coronario agudo + choque cardiogénico”.

- Notas de enfermería de administración de medicamentos, dispositivos médicos, tratamientos, infusiones:

| Medicamento, dispositivos médicos,               | 30/11/2017 <sup>5</sup>                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Adrenalina x 1mg amp                             | 4:15, 4:18, 4:21, 4:25, 4:28, 4:31, 4:35, 4:38, 4:40, 4:43, 4:46, 4:50 |
| Atropina x 1 mg 1 amp                            | 4:40                                                                   |
| Jeringa x 5cc No 2                               | 4                                                                      |
| Jeringa x 10cc No 3                              | 4                                                                      |
| Tubo orotraqueal 7,5                             | 4:20                                                                   |
| Lifecare transparente                            | 4:30                                                                   |
| Introduccion Swan Ganz                           | 4:30                                                                   |
| Guantes 7 1/2                                    | 4:20                                                                   |
| Clorhexidina jabón                               | 4                                                                      |
| Oxígeno bajo cánula 3 ltx                        | 1:30, 3:30                                                             |
| Oxígeno bajo Ventury 100% 15 ltx                 | 3:30, 4:15                                                             |
| Asax 100 mg 3 tab mastica                        | 3:30                                                                   |
| Clopidogrel x 75 mg 4 tab (300 mg)               | 3:30                                                                   |
| Atorvastatina x 40 mg 2 tb (80 mg)               | 3:30                                                                   |
| SSN 500 cc a libre goteo                         | 23:30                                                                  |
| SSN a 100 cc / hora                              | 24                                                                     |
| SSN 100 cc + ranitidina x 50 mg 1 amp + Jer 5 cc | 1                                                                      |
| SSN 100 cc + metoclopramida amp jeringa x 5 cc   | 1:30                                                                   |
| SSN 500 cc a goteo libre                         | 4:15, 4:40                                                             |
| SSN 250 cc + dopamina 1 amp + jeringa x 20 cc    | 4:30                                                                   |
| Macrogotero                                      | 23:30, 4, 4:20                                                         |
| Intracath No 18                                  | 23:30                                                                  |
| Intracath No 22                                  | 23:30                                                                  |
| Intracath No 20                                  | 4                                                                      |
| Intracath No 16                                  | 4:20                                                                   |
| Cánula nasal                                     | 1:30                                                                   |
| Electrodos 4                                     | 3:30                                                                   |
| Llave 3 vías                                     | 4:30                                                                   |

De acuerdo con el compendio del registro clínico, en principio no se evidencia negligencia, imprudencia, impericia o inobservancia de los protocolos en la atención médica dispensada a la señora Claudia Andrea los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2017 en la Clínica de La Presentación.

Nótese que una vez llegó la paciente al servicio de urgencias su atención se hizo en un tiempo razonable; es así como, luego del filtro inicial, el personal médico adscrito a la institución prestadora de salud llevó a cabo un examen clínico para establecer su condición, encontrando de acuerdo con sus síntomas y manifestaciones que posiblemente se trataba de un síncope o colapso, para cuya verificación se dispuso la práctica de varios exámenes diagnósticos.

Aproximadamente a las 3:30 a.m., ante los hallazgos que mostraron los exámenes, en especial la troponina elevada, se ordenó la aplicación de un tratamiento

<sup>5</sup> Constata la Sala que el reporte tiene una imprecisión respecto de la fecha. Según las notas de evolución, el suministro de los medicamentos que se relacionan fue el 1 de diciembre de 2017, y no el 30 de noviembre de 2017 como se consignó.

antiisquémico por tratarse posiblemente de un evento coronario agudo, procediéndose con el suministro de ácido acetilsalicílico (Asax 100 mg 3 tab mastica), clopidogrel x 75 mg 4 tab (300 mg) y atorvastatina x 40 mg 2 tb (80 mg), junto con monitorización y oxígeno bajo cánula nasal, y la práctica de una radiografía de tórax y gases arteriales; sin embargo, a eso de las 4:15 a.m., en vista de que la paciente estaba presentando respiración ruidosa posterior a apnea, se solicitó apoyo al médico intensivista para valoración y se implementó ventilación con presión positiva, sin encontrar pulso y presión arterial, procediendo a maniobras de reanimación durante 40 minutos, solo obteniendo cortos intervalos en que se recuperó la actividad eléctrica, declarándose fallecida a la paciente a la 5:55 a.m.

En ese contexto fáctico, no se avizora fundamento para la reclamación de la parte demandante, en la medida que no hubo omisión o negligencia a la hora de establecer el diagnóstico, pues a pesar del corto tiempo de evolución que tuvo la paciente, se agotaron las acciones pertinentes e idóneas para establecer si se trataba de un síndrome coronario agudo, en razón de la sintomatología reportada y la troponina elevada, tales como: electrocardiograma, paraclínicos, radiografía de tórax, gases arteriales; así lo explicó el perito Santiago Alberto Jiménez Benavides “(...) la condición médica desarrollada en su momento por la paciente se considera como una situación cardiopulmonar de rápida evolución y que el desarrollo de dicha condición clínica la llevó a un cuadro clínico sugestivo de origen cardiovascular y que los medicamentos usados estaban de acuerdo a la praxis médica del momento (...); por lo que “[l]a atención prestada en el momento inmediato del evento fuere considerado como adecuada ya que de manera rápida se buscó el manejo multidisciplinar, se indicó el inicio de soporte cardiovascular avanzado y la asistencia integral de la patología sugerida.”

Recuérdese que la culpa derivada de error en el diagnóstico no radica llanamente en una equivocada opinión, sino en que la misma se emita con base en una deficiente valoración del paciente, sea porque no se realiza una clínica adecuada, o no se interpretan los signos y síntomas acorde con las reglas técnicas y científicas aplicables, o se omiten los exámenes diagnósticos que los protocolos recomiendan o que cualquier otro profesional homólogo practicaría estando en las mismas circunstancias según las reglas galénicas; en síntesis, cuando de forma descuidada se ignora el estado de la ciencia médica o no se toman las medidas necesarias para precaver un dictamen equivocado.

Contrario a lo aseverado por la parte recurrente, la historia clínica adosada no revela un yerro o desatención constitutivo de la falla médica enrostrada; en cambio registra una primera impresión diagnóstica correlacionada con el motivo de consulta, los síntomas mencionados por la paciente y los signos evidenciados por el galeno tratante, que marcó la ruta para investigar la afección que estaba sufriendo la señora Muñoz García, como el examen de la troponina, el cual fue sugestivo de una patología de origen cardíaco que obligaba a la aplicación de un tratamiento antiisquémico para preservar la actividad cardiopulmonar.

Esa impresión diagnóstica se acompasa con el informe pericial de necropsia realizado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el que se concluyó que la causa básica de muerte fue una posible afección cardiopulmonar, que según el informe histopatológico pudo ser una cardiomiopatía isquémica crónica y coronariopatía arteriosclerótica isquémica, de lo que deviene

que la senda elegida por el médico apuntaba a dar manejo a la afección que involucraba el músculo cardíaco con una alta probabilidad de un desenlace fatídico; de ahí que no pueda fustigarse su actuar.

El doctor Alexánder García Giraldo, galeno tratante de la señora Claudia Andrea el día de su fallecimiento, expuso que en el quehacer de la medicina se deben tomar decisiones al momento de evaluar al paciente, mediante la semiología (evaluación física e interrogatorio al paciente), pues ante la sospecha de qué puede estar sufriendo, lo idóneo es determinar si debe manejarse desde un inicio o si se espera a la confirmación del diagnóstico; no obstante, algunas patologías no dan espera, lo que impone actuar mientras se obtienen pruebas contundentes sobre la afección, porque en ningún caso se puede hacer un diagnóstico definitivo desde el ingreso de un paciente sin tener todas las bases y todos los criterios para hacerlo, pues se trata de una labor de construcción.

En esa misma dirección, el médico intensivista Jorge Iván Marín Uribe adujo que “la impresión diagnóstica es o son las posibilidades diagnósticas que un médico puede dar para un conjunto de síntomas que el paciente refiere; la impresión como su nombre lo dice solamente es una sospecha diagnóstica y eso quiere decir que yo voy a necesitar más estudios para poder aclarar cuál de esos posibles diagnósticos que yo estoy dando realmente es el diagnóstico definitivo; en los servicios de urgencias la mayoría de las veces es decir casi el 50% de las veces se hacen impresiones diagnósticas porque en muchos de los síntomas y signos que el paciente refiere pueden ser, pueden sugerir varios diagnósticos en este caso el dolor torácico que la señora Claudia Andrea Muñoz García tenía (...) un síntoma que puede sugerir varios diagnósticos eso es una impresión diagnóstica (...) y un diagnóstico definitivo es cuando yo como médico con todas las herramientas clínicas y paraclínicas estoy seguro que el paciente tiene y por lo cual ameritan un tratamiento definitivo.”

Para la Sala la sintomatología difusa que presentaba la señora Claudia Andrea, imponía al equipo médico el deber de auscultar más allá de lo reportado por la paciente y su familia, quienes se plantaron en aseverar que se trataba de una afección respiratoria; esto porque que el malestar general, el dolor en el pecho y los desvanecimientos sin mejoría desde la atención brindada horas antes en otra IPS, dejaban sospechar que su padecimiento era más complejo, debiéndose descartar, en primera medida, todas las patologías que amenazaran su estabilidad hemodinámica, como bien se hizo, estableciendo como impresión diagnóstica síncope - colapso, y emitiéndose órdenes encaminadas a descartar cualquier afección cardiovascular que pudiera estar amenazando su vida.

El perito Santiago Alberto Jiménez Benavides validó el actuar tras considerar que las medidas terapéuticas fueron adecuadas y que la condición para ese momento obedecía en mayor proporción a una patología médica de origen cardiovascular como primera posibilidad, y que en últimas fue la responsable de deterioro hemodinámico rápido y posterior arresto cardíaco que sufrió sin respuesta satisfactoria; al igual que el testigo técnico José Fernando Marín<sup>6</sup>, quien constató que la paciente sí tenía una cardiopatía isquémica crónica de la que se desconocía su tiempo de evolución, y una coronopatía arteriosclerótica isquémica de proceso

---

<sup>6</sup> Profesional especialista en medicina forense del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, quien hizo la sustentación del informe de necropsia.

agudo, de horas o días de evolución, presentando desvanecimientos, mareos y dolor en el pecho, siendo indispensable la atención inmediata de las mismas.

La postura irrestricta asumida por los apelantes, intentando plantar en el proceso la creencia de que en la atención inicial de urgencias debió establecerse de entrada el diagnóstico definitivo, pasa por alto que la medicina es una ciencia inexacta ante la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, entre otras contingencias, que hace que las obligaciones contraídas por el profesional sean de medio, comprometiéndose a poner toda su diligencia, cuidado, pericia y experiencia en la atención del paciente, de acuerdo a las reglas propias del ejercicio de la medicina y las tecnologías disponibles.

La jurisprudencia ha advertido que, ante supuestos errores en el proceso de diagnóstico, se hace imperioso el estudio de la conducta galénica a partir de la *lex artis*, de tal manera que se logre diferenciar el error culposo del que no lo es, “(...) acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso por qué no lo fueron”<sup>7</sup>; ejercicio de razonamiento que en el *sub judice* se realizó, dejando como conclusión que la labor médica fue idónea y prudente al establecer como impresión diagnóstica síncope - colapso, para efectos de indagar si se estaba ante un evento coronario.

Si bien los apelantes reprocharon que el médico tratante se hubiere concentrado únicamente en un posible evento coronario agudo, ignorando los demás síntomas reportados por la señora Claudia Andrea que, a su juicio, daban cuenta de un proceso infeccioso, el cual después se confirmó por Medicina Legal como una neumonitis y una infección renal que contribuyeron a su muerte, absteniéndose de efectuar pesquisas tendientes a establecer un diagnóstico en ese sentido, lo cierto es que el profesional, ante síntomas tan comunes como los padecidos por la fallecida, debía iniciar su análisis descartando, en primer lugar, las afecciones que eventualmente podrían comprometer de gravedad su vida, impartiendo una serie de órdenes a fin de constatar si sus sospechas preliminares tienen asidero o si por el contrario, se está ante otras patologías.

El doctor José Fernando Marín, en su testimonio, señaló que “son muchas las patologías que van a causar esta misma sintomatología, no solo la isquemia miocárdica, un tromboembolismo pulmonar, un aneurisma de aorta, una neumonía y otras más pueden producir esa misma sintomatología, por eso el médico tiene que ordenar una serie de exámenes, hace un diagnóstico presuntivo con los síntomas que refiere el paciente y con los hallazgos que él hace al examen clínico, hace un diagnóstico presuntivo, e inicia un manejo de urgencia para controlar esta patología que compromete al paciente y ordena una serie de exámenes para corroborar o descartar esa patología y hallar otra que esté

---

<sup>7</sup> CSJ SC del 28 de junio de 2011, exp. 1998-00869-00, reiterada en providencia del 30 de agosto de 2013, radicado 2005-00488-01.

causando los mismos síntomas y entonces cambiar el manejo médico, pero el manejo médico inicial será al diagnóstico de presunción que el médico hace con base en los síntomas referidos por la paciente y los hallazgos que él hace en la consulta médica, el inicio de manejo médico de urgencia con base en esa presunción diagnóstica y ordena exámenes paraclínicos para corroborar o descartar la patología y referir si cambia esa medicación o continúa con la misma y la refuerza.”

Desde esa perspectiva, la primera impresión diagnóstica denominada síncope - colapso, era el punto de partida para dar manejo al estado clínico de la paciente, a fin de constatar si se estaba ante un evento coronario agudo o ante una patología pulmonar, como lo referían la paciente y sus familiares, tanto así que dispuso la práctica de varios exámenes diagnósticos, los cuales mostraron que la troponina se encontraba elevada y que posiblemente estaba en curso un evento coronario que ameritaba una intervención apremiante, por lo que se ordenó la implementación del tratamiento antiisquémico y la práctica de una radiografía de tórax y gases arteriales.

Por tanto, no constituye una falla en el servicio médico que el galeno hubiere fijado su atención, en principio, en una posible patología cardiovascular, dada la premura que exigen ese tipo de condiciones y los desenlaces gravosos que pueden conllevar, pues una vez descartado o atendido esa primera cuestión, podía continuar indagando sobre otras patologías que estuvieran contribuyendo al deterioro de su salud, como una infección respiratoria o una infección renal. Véase que junto con la orden del tratamiento antiisquémico, el facultativo dispuso la práctica de una radiografía de tórax y un examen de gases arteriales, los cuales, aunque no se alcanzaron a realizar dado el colapso hemodinámico que sufrió la paciente, fueron prescritos probablemente con el objeto de verificar el estado de los pulmones y el proceso de oxigenación, a fin de determinar si al tiempo cursaba una afección pulmonar o cardiopulmonar a la que también debía dársele manejo.

Un resultado final nefasto para el paciente no equivale a una responsabilidad de quienes lo asistieron, más aún en este caso, cuando la complicación presentada fue atendida de forma adecuada, a pesar de que se desconocían las condiciones previas y actuales de la persona, y que con posterioridad fueron esclarecidas por la autoridad médico legal; por consiguiente se hacía menester acreditar que el daño acaecido fue por las irregularidades en la atención médica recibida y no por el desarrollo natural de los padecimientos que la afectaban y que nunca fueron manejados terapéuticamente.

Tampoco quedó comprobado que era indispensable una interconsulta con especialista para explorar el padecimiento que venía afectando a la señora Claudia Andrea, porque como quedó sentado, el médico del servicio de urgencias está llamado a indagar la condición clínica de los pacientes, dando una impresión diagnóstica que marque el camino y el tratamiento a seguir, en caso de haber indicios de una patología que amenace la vida, mientras se alcanza el diagnóstico definitivo, momento en el cual se hará indispensable la remisión al especialista pertinente para dar un manejo terapéutico definitivo que restablezca la salud de la persona o que, al menos, frene el avance de la patología o su sintomatología.

La Guía para Manejo de Urgencias del Ministerio de Salud y Protección Social<sup>8</sup>, establece que ante una consulta por dolor torácico que presente indicativos de un síndrome coronario agudo, el galeno está llamado a la estratificación del paciente, de acuerdo a los hallazgos clínicos y electrocardiográficos<sup>9</sup>, y en el evento que se encuentre entre los primeros cuatro niveles, debe aplicar el manejo farmacológico estándar, aclarando que la interconsulta con especialista será solo para los eventos en que los pacientes no tengan factores de sospecha de patologías coronarias, dolor de tórax de causa no cardíaca y electrocardiograma normal<sup>10</sup>; escenario en el que no fue ubicada la paciente, dada su troponina elevada y el rápido deterioro que fue presentando.

De lo anterior, se sigue que el tratamiento antiisquémico dispensado a la paciente fue acertado para tratar la patología más relevante y que estaba poniendo en riesgo su vida, pese a que la condición clínica continuó empeorando con el paso de los minutos, lo que impidió que los medicamentos suministrados hicieran suficiente efecto, a fin de frenar el avance de la afección.

Todos los médicos declarantes, a excepción del perito José Norman Salazar González, quien dista en el manejo brindado a la señora Claudia Andrea, concordaron en que la medida terapéutica fue acorde con sus condiciones clínicas, fisiopatológicas y etiología. Si bien con posterioridad pudo establecerse que la víctima también cursaba una infección respiratoria y una infección renal, su sintomatología y el resultado alterado de troponina exigían implementar un tratamiento antiisquémico inmediato.

El testigo técnico José Fernando Marín fue contundente al indicar que “en la conducta que tomó el médico es iniciar el manejo antiisquémico y le solicitó radiografía de tórax, probablemente en esa radiografía de tórax se va a confirmar el proceso infeccioso pulmonar, no tenemos reporte de la radiografía, pero el manejo isquémico sí fue necesario iniciarlo en este momento porque era la condición patológica en ese momento que estaba comprometiendo la vida de la paciente, el problema cardíaco; el problema infeccioso, se puede, digamos, diferir un poquito en el inicio de su tratamiento, hasta no tener todos los exámenes de laboratorio y corroborar la infección para iniciar el manejo, pero en este momento la condición clínica que estaba comprometiendo la vida de la paciente era la condición cardiovascular, es decir, la probable isquemia que estaba teniendo la paciente y por eso el médico muy acucioso inició el manejo antiisquémico”; recalcando que el manejo antiisquémico era lo que se necesitaba de forma urgente para salvaguardar a la paciente porque era la condición clínica que estaba comprometiendo su vida en ese momento y el proceso infeccioso podía esperar un poco más de tiempo.

Se duele la parte demandante de que el tratamiento antiisquémico fue desacertado, porque indicaba el uso del medicamento Carvedilol, que es un betabloqueador que está contraindicado en casos de edema pulmonar y shock cardiogénico, hallazgos

<sup>8</sup> Consúltese en [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fmanizales.salud.net%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F11%2FGuia-para-manejo-de-urgencias-Tomo-I.pdf&clen=14162529&chunk=true](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fmanizales.salud.net%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F11%2FGuia-para-manejo-de-urgencias-Tomo-I.pdf&clen=14162529&chunk=true)

<sup>9</sup> El Manual contempla como exámenes complementarios para determinar si se está ante síndrome coronario agudo: electrocardiograma, marcadores cardíacos y radiografía de tórax. También pueden incluirse gases arteriales, química sanguínea (hemograma completo, creatinina, glucemia), tomografía computadorizada o resonancia magnética si se sospecha disección aórtica; gammagrafía pulmonar o tomografía computadorizada para descartar tromboembolismo pulmonar, y prueba de estrés con ejercicio en pacientes seleccionados.

<sup>10</sup> Dolor torácico puede consultarse en las páginas 301 a 310 del Manual.

encontrados en la necropsia realizada, en tanto que pudo contribuir al colapso de los organismos por dificultades respiratorias; sin embargo, a lo largo del plenario quedó acreditado que tal orden farmacológica no se cumplió porque el estado de salud de la víctima se deterioró a tal punto que debió suspenderse el manejo que se le estaba brindando para iniciar el protocolo de reanimación ante la pérdida de actividad eléctrica del corazón.

Explicó el médico tratante que “se le indicó administrar una dosis baja tratando pues de no afectar la presión arterial, se indicó dar el medicamento a las 3:20 en el momento en que llegó el reporte de la troponina, sin embargo, antes de administrar los medicamentos, la primera orden era monitorizar al paciente, entonces se pasa a sala de reanimación, se monitoriza, se le aumenta los líquidos y allí estando monitorizada se empieza a administrar los medicamentos, dado que en el en ese momento en que se estaban dando los medicamentos, se administra el ácido acetilsalicílico, se administra la atorvastatina, la paciente empieza a manifestar inestabilidad, empieza a tornarse taquicárdica y empieza a tornarse hipotensa, se difiere la administración del Carvedilol y por lo tanto no se administra en ningún momento; no se administró la idea era administrarlo una vez mejorara la presión, pero nunca nos dio oportunidad de esto por tanto no se le administró”; versión que fue confirmada por el doctor Jorge Iván Marín Uribe, médico intensivista que acompañó el código azul de la señora Muñoz García.

Se le anuda que las notas de enfermería del suceso dan cuenta que el fármaco, así estuviere ordenado, nunca llegó a dispensarse, a diferencia de los medicamentos Asax 100 mg 3 tab masticas, Clopidogrel x 75 mg 4 tab (300 mg) y Atorvastatina x 40 mg 2 tb (80 mg), que se suministraron a eso de las 3:30 a.m. y que hacían parte del tratamiento antiisquémico, de lo que se puede inferir que la orden galénica de detener la aplicación de ese medicamento, ante el deterioro clínico de la paciente, sí se verificó y se atendió por parte del equipo de enfermería encargado de la administración de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.

Si en gracia de discusión se aceptara que por no mediar nota escrita de suspensión en el suministro del Carvedilol, debe entenderse como dispensado a la señora Claudia Andrea, tal circunstancia por sí sola no demuestra la falla médica que defiende la parte demandante bajo la tesis de que dicho fármaco fue el causante de su fallecimiento al generar una descompensación fatal en su presión arterial; pues como bien lo explicó el médico intensivista, es un medicamento que se llama órgano protector, es decir, que el uso de este medicamento va a evitar complicaciones posteriores si el paciente llegase a tener un infarto agudo de miocardio, el cual generalmente se usa en dosis de 6.25 mg y hasta 25 mg, y tiene una probabilidad de causar hipotensión en un 0.8% de los casos, y de causar bradicardia -enlentecer el ritmo cardíaco- en 1.1% en la dosis mínima, empero, como a la paciente se le ordenó tan solo 3.125 mg, es decir, la mitad de la dosis que normalmente se usa para este tipo de situaciones, la probabilidad de causar esos efectos adversos es mucho más baja.

A ello se le suma que, si se hubiere suministrado el Carvedilol en el mismo momento de la orden, como sucedió con el resto de los medicamentos antiisquémicos (3:30 a.m.), para el momento del evento crítico de la paciente que fue a eso de las 4:15 a.m., es decir, tan solo 45 minutos después de la supuesta aplicación, ni siquiera se

había logrado su absorción en el torrente sanguíneo, de tal manera que contribuyera de forma contundente en el arresto cardíaco que sufrió la señora Claudia Andrea.

El doctor Santiago Jiménez Benavides ilustró que se trata de un medicamento que en dosis bajas ayuda con la vasodilatación coronaria mejorando el evento isquémico y disminuyendo el esfuerzo o el gasto coronario de oxígeno, por lo que en este caso, la dosis establecida por el médico en cuestión fue adecuada, aclarando que si se hubiere suministrado a la hora en que fue sugerida por el profesional, teniendo en cuenta la dosis recetada y el tiempo en que se presentó el evento crítico de la paciente, no es posible que guardara relación directa con el deterioro del estado de salud de la paciente.

Si bien el médico José Norman Salazar González, en su dictamen pericial concluyó que no fue adecuada la implementación del tratamiento antiisquémico en la paciente, dadas sus condiciones de salud, especialmente por el medicamento Carvedilol que estaba contraindicado para ella, porque no se trataba de una paciente con hipertensión y sus síntomas apuntaban, más bien, a una baja de presión arterial, sus aseveraciones se contraponen al cúmulo de medios probatorios practicados en el plenario que, al unísono, concluyen que aunque el fármaco fue prescrito por el médico de urgencias, esa orden fue suspendida por el colapso que empezaba a mostrar la señora Muñoz García y la necesidad de iniciar maniobras de reanimación para sostener la actividad eléctrica de su corazón, y que en todo caso, en el evento en que no hubiere sido así, la aplicación de 3.125 mg, a eso de las 3:30 a.m., no hubiera incidido en el evento adverso que padeció, amén de que se trataba de la mitad de la dosis mínima recomendada por la literatura médica y científica.

Además, el perito en su sustentación no logró dar explicaciones concluyentes y determinantes de por qué deben desestimarse las notas de enfermería que permiten concluir que el medicamento Carvedilol no fue finalmente suministrado; limitándose a exponer que en la historia clínica quedó consignada la orden de administrar el fármaco sin una posterior anotación que indicara la suspensión de la prescripción; tampoco dilucidó por qué, a pesar de que solo hasta las 3:30 a.m. fue supuestamente dispensado, el fármaco alcanzó a tener incidencia en el desenlace fatal de la señora Claudia Andrea, siendo una causa eficiente de su muerte; acotando solo que cada ser humano reacciona de forma diferente frente a un medicamento, en razón de la idiosincrasia, por tanto, al haber transcurrido una hora debía asumir que el Carvedilol sí hizo efecto. Los vacíos mencionados se hacen más notorios si se recuerda que en el proceso pudo confirmarse que el profesional no contó con la totalidad de los documentos que componían la historia clínica de la víctima, necesarios para emitir una experticia con base en un panorama completo del cuadro clínico y las atenciones galénicas surtidas.

Desaciertan los recurrentes al sostener que la accionada pretende excusar una culpa con otra culpa, porque de un lado se afirmó que la implementación del tratamiento antiisquémico fue adecuada, y de otro se sostuvo, que dejar de aplicar el Carvedilol que hace parte de ese tratamiento fue ajustado a *lex artis*; pues lo cierto es en ninguno de esos escenarios puede hablarse de una culpa médica, ya que como quedó comprobado, ni la implementación del tratamiento antiisquémico fue imprudente, dados los marcadores cardíacos que mostró la paciente (troponina),

la sintomatología reportada y el deterioro de su condición con el paso de los minutos; ni la eventual aplicación del medicamento hubiere constituido una ligereza o negligencia del equipo médico, en razón de la baja dosis ordenada, los efectos beneficiosos que podía tener el fármaco en su cuadro clínico y el poco tiempo transcurrido entre la supuesta administración del mismo y el deterioro hemodinámico secundario a la patología cardiovascular y posterior arresto cardiaco.

No puede la parte demandante valerse de que las accionadas expusieron supuestos argumentos excluyentes para excusarse de su culpa galénica, cuando fue su actividad argumentativa y probatoria la que llevó a que el extremo pasivo debiera defender su tesis en diferentes escenarios hipotéticos opuestos, en vista de la ambigüedad de las afirmaciones contenidas en la demanda y el cambio intempestivo de la teoría del caso durante el desarrollo de la etapa de instrucción y juzgamiento del *sub judice*.

Quiere decir que, carece de sustento científico y jurídico la culpa enrostrada a la Clínica de La Presentación, bajo el argumento que el plan de manejo terapéutico fue inadecuado, de cara a los síntomas y signos exteriorizados por la señora Claudia Andrea Muñoz García, habida cuenta que, según el informe histopatológico, la mentada sí presentaba una cardiomiopatía isquémica crónica y una coronariopatía arteriosclerótica isquémica que ameritaba la implementación de un tratamiento antiisquémico para intentar frenar el daño que estaba sufriendo el corazón y prestar una ayuda al músculo cardiaco para que no despliegue mucho esfuerzo en su funcionamiento, lo cual se acompasa con el actuar médico del equipo del servicio de urgencias de esa IPS, sin que se vislumbre que debieron elegir otra medida terapéutica, efectuar una remisión a un especialista o dar prevalencia al manejo de otra sintomatología menor en ese escenario específico, a fin de salvaguardar su estabilidad hemodinámica y preservar su vida.

Si bien la Sala de Casación Civil en SC562 de 2020 precisó que la ‘pérdida de oportunidades de recuperación’ no es un hecho susceptible de demostración mediante pruebas directas, sino un razonamiento probabilístico (indiciario) que forma parte de la labor judicial, en el *sub lite* se echan de menos elementos de juicio indiciarios de tal vigor, que sembraran en el judicial una duda razonable en cuanto a la posibilidad de supervivencia de la señora Muñoz García, así hubiere sufrido una evolución tan drástica y grave en cuestión de cuatro horas aproximadamente y se hubiere implementado un tratamiento antiisquémico para el manejo de su condición coronaria.

No era pues a la parte demandada a quien le correspondía demostrar que la causa de deceso de la señora Claudia Andrea fue ajena a su actuar, ni tampoco era una conclusión a la que debe arribar el juzgador a partir de meras elucubraciones que anunció el extremo activo, como parece entenderlo el apelante, sino que, en aplicación de la regla prevista en el artículo 167 del Código General Proceso en armonía con el 1757 del Código Civil, era a los reclamantes a quienes incumbía probar con suficiencia los supuestos fácticos de la norma cuyo efectos persiguen, esto es, las acciones u omisiones culposas en que incurrió el personal médico de la Clínica de La Presentación durante el proceso de diagnóstico y manejo del mismo,

y que darían lugar a una indemnización<sup>11</sup>; porque aunque es dable distribuir la carga de la prueba bajo ciertas condiciones, ello no aplica en forma automática en todo litigio y además debe hacerse antes del fallo, sin que implique que cada parte pueda desentenderse de sus intereses.

No se olvide que las obligaciones del médico por lo general son de medio, no de resultado<sup>12</sup>, comprometiéndose en casos como este, donde la atención cuestionada ocurrió en el servicio de urgencias, a poner todo su conocimiento, cuidado, prudencia y diligencia en curar al paciente; “[e]s por eso que solo si se verifica una mala praxis surge la obligación de reparar, entre otros eventos, cuando se deja de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí, siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexo causal que contempla la ley”<sup>13</sup>. La naturaleza de esas obligaciones hace que en principio sea el demandante quien deba demostrar la negligencia, impericia, imprudencia o desatención de reglamentos o deberes atribuibles al médico, al cuerpo asistencial o administrativo.

Súmese, que la demanda que dio génesis a este proceso se enfocó a lograr el resarcimiento de la muerte de la paciente, lo que imponía demostrar un nexo de causalidad certero y contundente entre la supuesta negligencia cometida por las demandadas y el fallecimiento.

Confunde la parte apelante dos tipos de daños autónomos e independientes, como lo es un daño consumado y la mera pérdida de la oportunidad, para dar fuerza a sus reparos, olvidando que, uno y otro deben acreditarse a lo largo del juicio de formas muy particulares, pues mientras se pretenda la compensación de un daño consumado se requiere que la actividad probatoria esté encaminada a demostrar que la culpa que se le endilga a las convocadas provocó ese daño; a diferencia de cuando se demanda la pérdida de la oportunidad, donde se busca comprobar que la no práctica de ciertos exámenes, interconsultas o procedimientos, ocasionó el desvanecimiento de la chance de la paciente de recuperarse o de prolongar su existencia, configurándose un nexo causal entre el actuar galénico y la extinción de cualquier posibilidad de salvaguardar su vida<sup>14</sup>.

En ese orden, si se está reclamando el fallecimiento como daño imputable a los profesionales de la demanda, se pretende el resarcimiento de los perjuicios causados por la pérdida del ser querido, entendidos como las consecuencias de dicha ausencia sobre un patrimonio material o inmaterial; en cambio, si se demanda una pérdida de la oportunidad, surge para quien sufre el menoscabo el derecho a

---

<sup>11</sup> Ver entre otras, las sentencias de la Corte Suprema de Justicia SC001-2001 del 30 de enero de 2001, Exp.5507; SC del 13 de septiembre de 2002, Exp.6199; SC del 22 de julio 2010, Rad. 2000-00042; SC12449-2014 del 15 de septiembre de 2014, Rad. 2006-00052; SC 24 de mayo de 2017, Rad.2006-00234.

<sup>12</sup> Ley 1438 de 2011, art. 2014

<sup>13</sup> CSJ, SC, Sentencia del 20 de junio de 2016, Rad.2003-546, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

<sup>14</sup> Para que pueda considerarse una pérdida de la oportunidad como detrimento indemnizable, es menester que concurra: “(i) Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, (...) seria, verídica, real y actual; (ii) Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, (...); y (iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; (...) Dicho de otro modo, el afectado tendría que hallarse, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en un escenario tanto fáctico como jurídicamente idóneo para alcanzar el provecho por el cual propugnaba.”. C.S.J. Sala de Casación Civil. Sentencia del 4 de agosto de 2014. Expediente No 11001-31-03-003-1998-07770-01. M.P.: Margarita Cabello Blanco; citada en Sentencia del 15 de junio de 2016. SC-7824-2016, Expediente No. 11001-31-03-029-2006-00272-01, M.P.: Margarita Cabello Blanco.

ser reparado, no por el daño ocasionado en sí (pérdida del ser querido), sino por la disipación de la posibilidad de esquivarlo.

Así las cosas, se cae por su propio peso cualquier argumento encauzado a encumbrar la responsabilidad de las demandadas en llanas probabilidades, de un lado, al no haberse reclamado desde un principio el resarcimiento de una pérdida de la oportunidad, como daño autónomo y disímil a la muerte de la señora Claudia Andrea Muñoz García que es el daño que se estableció en la demanda; y de otro, porque ni siquiera se lograron establecer indicios serios y graves en cuanto a que la práctica de ciertos exámenes, procedimientos o manejos terapéuticos generaban una alta probabilidad de poder preservar la vida de la mentada.

Ausente el elemento de la culpa resulta imposible adentrarse en el estudio del nexo de causalidad, porque la correlación entre la causa y el daño en materia de responsabilidad civil exige la verificación de una acción u omisión de las características ya anotadas.

### **3.3. Examen de la culpa galénica derivada de fallas en la construcción de la historia clínica.**

Auscultado el trámite que ocupa el estudio de la Sala, se encuentra que la demanda contiene un reproche en cuanto a la construcción de la historia clínica, dado que no se incluyó una impresión diagnóstica relacionada con el síndrome coronario agudo que padeció la paciente, en contraposición a la manifestaciones hechas por la Institución prestadora y los galenos adscritos a la misma -entre ellos el doctor Alexánder García Giraldo, quien fue el médico tratante en el servicio de urgencias-, encaminadas a demostrar que la impresión diagnóstica síncope - colapso es suficiente para haber brindado el tratamiento antiisquémico a la señora Muñoz García, una vez se obtuvo el resultado del examen de la troponina.

Aunque la apoderada de los recurrentes se esforzó por demostrar fallas en la historia clínica, al no haberse insertado una impresión diagnóstica que estuviera acorde con los síntomas manifestados por la paciente y los resultados clínicos de los exámenes evaluados de forma conjunta, previa a la administración del tratamiento antiisquémico; gozan de respaldo probatorio las consignaciones diagnósticas insertadas por el médico García Giraldo, luego que ante sintomatología tan difusa que podía indicar un sinnúmero de afecciones, como bien lo explicaron los profesionales oídos durante el trámite, resultaba razonable que se indicara una primera impresión dirigida a cualquier patología que pudiera estar generando una descompensación general de la paciente, sin más indicativos en esa fase, a fin de marcar un horizonte a seguir para esclarecer su cuadro clínico; de ahí que se hubieren prescrito varios exámenes diagnósticos que permitieron evidenciar una alteración de la troponina que revelaba una afección coronaria de urgente atención.

Si bien es cierto, para cuando se confirmó la alteración del paraclínico y se ordenó la administración del tratamiento antiisquémico, no se insertó una nueva impresión diagnóstica más cercana a la realidad clínica vislumbrada en la señora Claudia Andrea; lo es también que en esa instancia la mentada estaba entrando en un deterioro hemodinámico que ameritaba una intervención urgente del equipo galénico, a fin de salvaguardar su condición cardiopulmonar, de lo que se infiere

que, en ese momento, el médico tratante estaba llamado a una atención prioritaria, sin detenerse a la complementación del historial clínico, pues aunque es una de sus obligaciones profesionales, se trata de una labor que da espera ante un cuadro clínico urgente.

Véase como en la historia clínica, los doctores Alexander García Giraldo y Jorge Iván Marín Uribe debieron incluir anotaciones retrospectivas (notas de evolución de las 05:10:00 y las 05:14:00) de lo acontecido desde las 03:19:00 a.m., hora en la que se realizó la última nota médica con los resultados de los paraclínicos y el tratamiento a implementar, y hasta el desenlace fatídico de la señora Claudia Andrea, toda vez que su situación clínica obligaba a una atención inaplazable, como bien se hizo, al implementarse el protocolo de reanimación tendiente a preservar la actividad eléctrica del corazón. En el referido registro galénico se hizo un recuento de todo lo acontecido durante esas casi dos horas y se concluyó como impresión diagnóstica final “disecación aortica, miopericarditis, evento coronario agudo + choque cardiogénico”, para que fuera descartado por la autoridad médico legal a través de una necropsia.

De ahí que no sea dable reprochar la ausencia de otras notas de evolución que varíen o complementen la primera impresión diagnóstica, acercándola a una posible afección coronaria que soportara el inicio del tratamiento antiisquémico, habida cuenta que el manejo terapéutico que exigía la condición de la paciente no daba espera a que los profesionales de la salud continuaran con la construcción del historial médico en el momento preciso en el que se mostraban signos más certeros del posible diagnóstico.

Así lo expuso el doctor García Giraldo “en el momento de urgencias lo primero que uno piensa es en actuar antes que en escribir, si uno tiene tiempo de escribir, hacer las notas en ese momento las hace, si tiene urgencia de actuar, que el paciente está estable de que esté bien lo primero, hace las cosas; entonces busca el intensivista habla con él, le dice que está pasando y posteriormente cuando el paciente se estabilice, o cuando tenga el momento adecuado de hacer ya los trámites administrativos de poner todo en la historia lo pone, uno siempre pone primero digamos la salud del paciente antes que la parte pues legal, obviamente hay que cumplir con la parte legal pero pues esas anotaciones se pueden hacer después de la atención del paciente.”; actuar que fue corroborado por el médico intensivista que intervino en las maniobras de reanimación.

Tampoco puede mancillarse la conformación de la historia clínica por no haberse incluido un diagnóstico definitivo, luego que los síntomas reportados, los signos evidenciados y los hallazgos arrojados por los exámenes, no lograron ser objeto de un análisis detallado y pausado por parte del equipo médico, así como tampoco fue posible continuar con la práctica de otros exámenes diagnósticos para confirmar las sospechas clínicas, de cara al empeoramiento de la condición de la paciente que implicó la suspensión del tratamiento antiisquémico y la realización de otras prácticas médicas para dar entrada a las maniobras de reanimación con el propósito de extraerla del arresto cardiaco al que ingresó y estabilizar su condición.

Resulta reprochable que la parte apelante pretenda sustentar una responsabilidad civil con fundamento en los conceptos contenidos en la historia clínica que sirvieron al equipo médico para demarcar un camino concreto para afrontar el cuadro clínico

que estaba presentando la señora Muñoz García, cuando fue precisamente esa diligencia y pericia, la que permitió impartir órdenes enfiladas a esclarecer si se trataba de una patología cardíaca y poder dar un tratamiento adecuado, así no se hubiere obtenido una respuesta satisfactoria. Aceptar la postura de la parte activa no sería más que consentir que los profesionales de la salud de ninguna manera pueden consignar en la historia clínica, los vestigios que a simple vista y a rasgos generales, les resulta de las condiciones que vislumbran en un paciente para partir de allí sus indagaciones y pesquisas, pues ello se tomaría como un diagnóstico definitivo desde ese momento, así no tenga al alcance ayudas diagnósticas especializadas, atando su labor galénica a sus primeras impresiones.

Corolario, no se demostró la configuración de responsabilidad por fallas, errores u omisiones en la historia clínica.

**3.4. Conclusión.** La sentencia objeto de apelación será confirmada en su integridad porque los argumentos de la apelación no lograron derribar la legalidad y el acierto de la tesis acogida por el A quo, ante la falta de prueba de los elementos axiológicos que dan origen a la obligación resarcitoria.

Subsecuentemente se condenará en costas de segunda instancia a la parte demandante en favor de las demandadas y la llamada en garantía, por haberse resuelto de manera desfavorable el recurso y encontrarse causadas en virtud de la intervención activa de las convocadas (art. 365 num. 1 y 8 C.G.P.).

La liquidación de las costas se hará por el juzgado de conocimiento en primera instancia, según lo dispuesto en el artículo 366 del estatuto procesal vigente, incluyendo las agencias en derecho que en su momento fije la Magistrada Ponente.

## **V. DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, en Sala de Decisión Civil Familia, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

### **RESUELVE:**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia proferida el 28 de octubre de 2021 por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso verbal de responsabilidad médica promovido Juan David Carreño Muñoz, María Beatriz García Muñoz, Kevin Jacobo Muñoz Arias (en nombre propio y como sucesor procesal del señor Jhon Alexander Muñoz García), Juan Carlos Carreño Bustamante (en nombre propio y en representación de la menor Vanessa Carreño Muñoz), y Anyela Katherine Muñoz (en nombre propio y en representación de los menores Simón y Gerónimo Parra Muñoz), contra la EPS Suramericana S.A. y la Clínica de La Presentación; trámite que se surtió con el llamamiento en garantía de Liberty Seguros S.A.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas de segunda instancia a la parte demandante en favor de la IPS Clínica de La Presentación, la EPS Suramericana S.A. y Liberty Seguros S.A. La liquidación de las costas se hará por el juzgado de conocimiento

en primera instancia, según lo dispuesto en el artículo 366 del Estatuto procesal vigente, incluyendo las agencias en derecho que en su momento fije la Magistrada Ponente.

Por Secretaría, **DEVUÉLVASE** oportunamente el expediente al juzgado de origen.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA**

Magistrada Ponente

**ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS**

Magistrada

**ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO**

Magistrado

**Firmado Por:**

**Sofy Soraya Mosquera Motoa**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala Despacho 004 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**

**Angela Maria Puerta Cardenas**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala 6 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:

**f9711de8155cfd9b4a6ad4f30f360d42446489b89c1969b4c6bbbe5b0b19bf9b**

Documento generado en 04/05/2022 09:48:24 AM

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