

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

MAGISTRADA PONENTE: SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

Radicado: 17001310300520210005702

Acta No. 345

Manizales, primero (1) de diciembre de dos mil veintitrés (2023).

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 25 de julio de 2023, por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Manizales, Caldas, dentro del proceso de la referencia.

II. ANTECEDENTES

A. DE LA DEMANDA.

Los señores Huberto Antonio Villa Sánchez¹, Sebastián Villa Peña², Geovanny Antonio Villa Peña³, José Daniel Garzón⁴ y Claudia Piedad Villa Peña⁵ en nombre propio y en representación de los menores María Antonia Garzón Villa y Jerónimo Garzón Villa⁶, presentaron demanda contra Sanitas EPS, el médico Nicolás David Zuluaga Morales y la Clínica Versailles, a fin de que se les declare civilmente responsables por los perjuicios padecidos como consecuencia de la negligencia médica, que derivó en el fallecimiento de la señora Ruby Peña de Villa.

Como soporte de las pretensiones, se invocaron los hechos que a continuación se resumen: **1.** El 23 de junio de 2018 la señora Ruby Peña de Villa asistió al servicio de urgencias de Sanitas EPS en la Clínica Versailles, debido a una virosis con tos y malestar general; siendo atendida por el médico Nicolás David Zuluaga Morales, a quien de manera “clara e inequívoca se le manifestó que [la paciente] era alérgica a la ranitidina, situación que fue consignada en la historia clínica por el mismo médico”. **2.** Pese a lo anterior, de forma inaudita e inexplicable, el médico en una clara actitud de desidia y mostrando una profunda impericia (...), dentro de los medicamentos

¹ Esposo de la señora Ruby Peña (QED), respecto de quien se tomó una medida de saneamiento en auto de 24 de marzo de 2023, a fin de dejar sin efecto la sucesión procesal y continuar el proceso con los otros demandantes.

² Nieto de la señora Ruby Peña (QED).

³ Hijo de la señora Ruby Peña (QED).

⁴ Yerno de la señora Ruby Peña (QED).

⁵ Hija de la señora Ruby Peña (QED).

⁶ Nietos de la señora Ruby Peña (QED).

que formuló, se encontraba la aplicación de ranitidina”; lo que dio lugar a que la señora Ruby desarrollara una reacción con fuertes síntomas y opresión en el pecho, lo cual causó un paro cardíaco respiratorio que “la obliga a ser recluida en el hospital, con posteriores consecuencias bastante graves.” **3.** Que, si bien la señora Ruby “tenía antecedentes de patologías cardíacas por anemia y otras, al momento de acudir al médico por una simple gripa, se encontraban controladas, siendo detonador de la crisis el medicamento” que se le aplicó no obstante ser alérgica e informarse esa situación; error médico a partir del cual empezó a decaer su salud, a sufrir distintas complicaciones y “profundo temor de los médicos puesto que había sido profesional de la salud (enfermera), y era consciente de la negligencia cometida por el médico que le prescribió ranitidina”. **4.** Que, el 27 de diciembre de 2018 “debido a su salud diezmada”, la señora Ruby se realizó ecografía en la que se “encontró (...) un derrame en los pulmones, con una acumulación de 600 cc de líquido en el pulmón izquierdo”, que empero constituir una urgencia no fue remitida, “sino que se le permitió a la paciente irse para su casa”. **5.** Al continuar el mal estado de salud de la paciente, asistió a consulta el 8 de enero de 2019 con la médica Valentina Sanint, quien “en sus recomendaciones derivó a la señora Ruby al servicio de urgencias y además mencionó que “se sugiere respetuosamente hospitalización en otra IPS por la inconformidad de la paciente que ya sufrió complicaciones previas””; incluso, sus familiares “debido al miedo que la señora Peña tenía a la clínica Versalles”, elevaron derecho de petición para que la atendieran en otra IPS, la cual fue negada. **6.** Que, “la señora Ruby Peña tenía un profundo miedo de asistir a la Clínica Versalles, y pese a su estado de urgencia, se rehusaba a acudir a dicha institución pues pensaba que allí la iban a atender de manera negligente e iban a poner en riesgo su vida”, por lo que acudió a valoración por medicina interna el 7 de febrero de 2019 con la doctora Valentina Sanint, “quien advierte la grave situación de la paciente y la deriva de nuevo al servicio de urgencias”. **7.** En vista de lo anterior y al no existir otra opción, la señora Ruby acude a la Clínica Versalles el 7 de febrero de 2019, siendo allí hospitalizada para atender su patología de derrame pleural; donde es atendida por el internista quien ordenó valoración por hematología, nefrología, cirugía general y psiquiatría, así como la práctica del procedimiento toracentesis “que era necesario para drenar el líquido de sus pulmones”. **8.** La paciente permaneció hospitalizada los días 12, 13 y 14 de febrero, sin recibir la valoración por parte de los especialistas atrás mencionados, ni el procedimiento ordenado; a lo que se suma que le fueron aplicados medicamentos, entre ellos el “prosozin”, sin que mediara consentimiento, el cual le generó dolor y malestar. **9.** A partir de ese momento, la condición de la señora Ruby empezó a decaer, pues convulsionó, sufrió dolor en el pecho, sangró por la boca; sin que fuera atendida de manera inmediata, lo cual solo ocurrió hasta las 5:30pm, debido a la insistencia de los familiares. **10.** “[L]a señora Ruby Peña de forma casi que anunciada falleció en la Clínica Versalles” ese mismo día, de lo que se desprende, “una grave falla al deber médico asistencial”. **11.** Los demandantes han sufrido un profundo dolor y afectación a su vida con la pérdida de su ser querido, al punto de requerir apoyo profesional.

B. DE LA CONTESTACIÓN.

EPS Sanitas contestó la demanda pronunciándose sobre los hechos, oponiéndose a las pretensiones y formulando las siguientes excepciones: **1.** “Ausencia de carga probatoria de la demandante”; **2.** “Cumplimiento de las obligaciones por parte de EPS Sanitas establecidas en las normas legales vigentes”; **3.** “Inexistencia de la obligación indemnizatoria: EPS Sanitas no dispensó la atención en salud que supuestamente se aduce fue la causante del

daño demandado”; **4.** “Ausencia de responsabilidad EPS Sanitas”; **5.** “Ausencia de culpa por parte de EPS Sanitas”; **6.** “Indebida y excesiva tasación de perjuicios, objeción al juramento estimatorio”; **7.** “Adecuada práctica médica-cumplimiento de la *lex artis*”; **8.** “Obligación de medios y no de resultado”; **9.** “Ausencia de responsabilidad derivada de pacto contractual”; **10.** “En el hipotético caso que se declare la responsabilidad solicitada en la demanda, el juez de la causa debe graduar la condena conforme a la incidencia causal de los demandados en la realización de daño. Jurisprudencialmente se abre la puerta a la graduación de culpas reflejada en el monto indemnizatorio de la condena”; y, **11.** Genérica. También realizó llamamiento en garantía a Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

La Clínica Ospedale (antes Versailles) se resistió a lo pretendido por la parte actora, se pronunció sobre los hechos e invocó los siguientes medios de defensa: **1.** “Ausencia de culpa imputable a la Clínica Ospedale Manizales S.A antes Clínica Versailles por estar acreditado el proceder diligente de su cuerpo médico”; **2.** “El tratamiento suministrado al señor José Luyar Marín Duque fue adecuado, diligente, cuidadoso, y con sujeción a los protocolos” (sic); **3.** “El contenido obligacional que conlleva el servicio médico es de medio y no de resultado”; **4.** “Tasación excesiva del daño moral”; **5.** “No hay lugar al reconocimiento del perjuicio de alteración grave a las condiciones de existencia o daño a la vida de relación, en tanto que no se cumple los presupuestos fácticos para su acreditación”; y **6.** “Caso fortuito”. Así mismo llamó en garantía a Allianz Seguros.

El médico Nicolás David Zuluaga Morales, a través de curadora *ad litem*, alegó de fondo: **1.** “Ausencia de culpa, elemento indispensable para establecer la responsabilidad en la prestación del servicio por parte del Dr. Nicolás Zuluaga Morales”; **2.** “Inexistencia del daño generado o imputable al doctor NiKolás David Zuluaga Morales, por la atención brindada al paciente”; **3.** “Inexistencia del nexo causal entre el servicio o actuar del doctor Nicolás David Zuluaga Morales y el daño sufrido por los demandantes”; **4.** “Condición idiosincrática de la paciente – fuerza mayor - Caso fortuito”; **5.** “Culpa exclusiva y determinante de la paciente”; **6.** “Culpa probada, necesidad de la prueba de la culpa”; **7.** “Inexistencia de solidaridad entre la EPS Sanitas, la Clínica Versailles y el doctor Nicolás David Zuluaga Morales”; **8.** “Cobro excesivo de los perjuicios inmateriales (morales y daño a la salud), criterios de proporcionalidad”; **8.** “Excepción genérica e innominada”.

Mapfre en su contestación se opuso tanto a las pretensiones del llamamiento en garantía como a las de la demanda y excepcionó: **1.** “Ausencia de responsabilidad y falta de legitimación en la causa por pasiva del asegurado”; **2.** “Ausencia de responsabilidad de los demandados por la oportuna prestación del servicio; Servicio médico como obligación de medio más no de resultado”; **3.** “Cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del asegurado”; **4.** “Excepción de límite de riesgo y, genérica”.

Allianz Seguros S.A. alegó: **1.** “Excepciones planteadas por quien efectúa el llamamiento a mi procurada”; **2.** “La conducta desplegada por la Clínica Versailles S.A. y por los funcionarios de salud adscritos a la misma que intervinieron y atendieron la situación médica de la señora Ruby Peña de Villa fue diligente, idónea y oportuna”; **3.** “El contenido obligacional que conlleva el

servicio médico es de medio y no de resultado”; **4.** El régimen de responsabilidad aplicable a este caso particular es el de la culpa probada - reiteración de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y Corte Constitucional”; **5.** “Tasación indebida e injustificada de los supuestos perjuicios inmateriales pretendido por los demandantes, titulados como daño moral y daño a la vida de relación”; **6.** “Genérica y otras”.

En lo atinente al llamamiento en garantía excepcionaron: **1.** “Inexistencia de cobertura frente al caso en particular de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022121026 / 0 en virtud del límite temporal concertado”; **2.** “No se realizó el riesgo asegurado, y por consiguiente, no existe obligación indemnizatoria a cargo de Allianz Seguros S.A.”; **3.** “Causales de exclusión de cobertura expresamente previstas en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022300905 / 0”; **4.** “Límites máximos de la eventual responsabilidad de Allianz Seguros S.A. y las condiciones pactadas en el contrato de seguro documentado en la póliza de responsabilidad civil profesional Clínicas y hospitales No. 022300905 / 0”; **5.** “El deducible pactado en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022300905 / 0”; **6.** “El contrato es ley para las partes”; **7.** “Enriquecimiento sin causa”; **8.** “Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro” y **9.** “Genérica o innominada”.

C. DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

Evacuadas las fases de pruebas y alegaciones, mediante sentencia del 25 de julio de 2023, la funcionaria de primer grado resolvió negar las pretensiones de la demanda, tras considerar que no existió prueba de la que se desprendiera “que el error de la entidad en la receta del medicamento de ranitidina, hubiese causado un daño concreto e irreversible en la salud de la paciente, no puede desdeñarse que se presentó su lamentable deceso, pero ninguna prueba dentro de este proceso se allegó por la parte actora que demuestre que la impericia en la receta médica, fue la que llevó al empeoramiento de los síntomas de la paciente y al agravamiento de esas patologías de base que presentaba, todo lo anterior conduce pues a concluir que si bien se acreditó una conducta que fue negligente del profesional de la salud asistencial, ante la ausencia de la prueba de ese daño que generó la actuación en el paciente y ese el nexo causal con el desenlace fatal que se produjo, no es viable afirmar que puedan confluir todos los presupuestos de la responsabilidad civil que ameriten una condena en contra de las demandadas”. En lo que concierne al derrame pleural arguyó que “sí recibió tratamiento desde el ingreso”.

D. DEL RECURSO DE APELACIÓN.

Comenzó el censor por exaltar el derecho a la salud, su carácter fundamental y de eje en el sistema de seguridad social, para lo cual citó jurisprudencia de la Corte Constitucional y Suprema de Justicia, esta última en la que de forma genérica se alude la responsabilidad de las IPS y EPS en la prestación del servicio y las consecuencias de sus deficiencias. Con ese amplio contexto, afirmó que “a la paciente le diagnosticaron un derrame pleural con un total de 600 cc de fluidos en sus pulmones, lo cual en ese momento ameritaba un procedimiento urgente de drenaje; no obstante, el médico de turno, no hizo la observación y permitió que la paciente se fuera para su casa encontrándose en una situación de peligro latente de muerte, lo cual en lo sucesivo acaeció”; razón por la cual considera establecido el nexo causal, “toda vez que de haberse obrado de una manera diligente en la atención médica requerida (...), se hubiera podido contar con unas condiciones de salud mejores, y a la postre quizás salvar su vida”.

Insistió en que “hubo impericia por parte de los médicos en el análisis de los procedimientos diagnósticos y de la historia clínica, pues del análisis en conjunto de éstos elementos cualquier médico bajo las mismas circunstancias hubiese concluido que el manejo que se le dio a la evolución del paciente no resultaba suficiente y que por el contrario su salud se deterioraba rápidamente”, y que no se entiende que se partiera de la existencia de una culpa al aplicarle a la paciente un medicamento del que era alérgica y se eche de menos el nexo causal que la condujo a la muerte; menos que se omitiera el “actuar indolente de la EPS frente al temor de la víctima de ser atendida en la Clínica Versailles, pues constantemente tenía la idea de que allí encontraría su muerte, lo cual para ella finalmente y de manera absolutamente lamentable resultó premonitorio”.

Las demás partes se pronunciaron para solicitar la ratificación de la sentencia de instancia, al encontrarla ajustada a derecho.

III. CONSIDERACIONES

A. MANIFESTACIONES PRELIMINARES.

De conformidad con el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022⁷, la presente decisión se profiere de forma escrita, al no requerirse la práctica de pruebas en esta instancia.

B. DE LA DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE DECISIÓN.

En atención al disenso presentado por los actores, corresponde a la Sala establecer, si en el asunto concreto, se acreditó la concurrencia de los elementos estructurales de la responsabilidad médica, específicamente el nexo causal.

En el caso que nos convoca, se solicitó la declaración de los demandados como “solidariamente responsables por las negligencias médicas que derivaron en el fallecimiento de la señora Ruby Peña de Villa” y como consecuencia de ello la condena al pago de “indemnización por perjuicios extrapatrimoniales”; pretensiones que marcan la congruencia de la sentencia y, por tanto, el marco de competencia del juez de segunda de instancia, el cual también se orienta, de modo concreto, por las divergencias sustentadas del apelante.

C. DEL RÉGIMEN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

El régimen de la responsabilidad civil descansa en el principio general de que quien causa un daño injustificado a otro debe repararlo, bien sea que aquél se genere en hechos, acciones u omisiones que contraríen el ordenamiento legal o un negocio jurídico; emanando así en términos muy generales la responsabilidad extracontractual o contractual.

Tratándose de responsabilidad derivada del acto médico, por vía jurisprudencial se ha reiterado que le corresponde al demandante asumir la carga de probar la culpa⁸, toda vez que el galeno cumple labores de medio y no de resultado, salvo

⁷ Por medio de la cual se establece la vigencia permanente del Decreto Legislativo 806 de 2020 y se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de Justicia y se dictan otras disposiciones.

⁸Entre otras, las siguientes sentencias proferidas por la Corte Suprema de Justicia: Cfr. CSJ SC 001-2001 del 30

que exista algún tipo de pacto entre médico y paciente en cuanto al aseguramiento de resultados.

Sobre el punto que nos ocupa se ha señalado: “Como tiene explicado la Corte, ‘(...) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, **salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado**”⁹.

En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al presumirse la culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero”¹⁰ (negrilla fuera de texto).

Lo anterior sin perjuicio de la redistribución que en materia probatoria se pueda hacer en virtud del principio de la carga dinámica, establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, según el cual se puede generar una carga probatoria adicional a las partes; a fin de que aquélla sea asumida, entre otros eventos, por el extremo que esté en mejor posición de probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de la prueba, por circunstancias técnicas, por haber intervenido directamente en los hechos, por la incapacidad o indefensión de una de las partes, entre otros eventos. Acto procesal susceptible de recursos que requerirá la determinación del responsable, así como las consecuencias que genere su desatención.

En el *sub limine*, claramente era la parte actora quien debía probar los elementos que configuran la responsabilidad médica cuya declaración se reclama, por lo que le asiste razón al pasivo cuando invoca excepciones referidas a que el acto médico implica obligaciones de medio y no de resultado; sin embargo, como quiera que esas manifestaciones se realizan a nivel teórico sin aterrizarlo al caso, por sí mismas, no tienen la connotación de enervar las pretensiones.

D. HECHOS QUE SE ENCUENTRAN ACREDITADOS.

Previo al abordaje de cada uno de los elementos que estructuran la responsabilidad médica invocada, han de precisarse unos supuestos fácticos que la Sala encuentra acreditados y que no fueron objeto de controversia, siendo estos los siguientes:

de enero de 2001, rad.5507; SC 22 de julio 2010, rad. 2000 00042 01; SC12449-2014 del 15 de septiembre de 2014, Rad. N°11001 31 03 034 2006 00052 01.

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Familia y Agraria, Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, Exp.6199.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Familia y Agraria, Sentencia del 24 de mayo de 2017, M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona, Exp.2006-00234.

1. El parentesco de los demandantes con la señora Ruby Peña¹¹.
2. La afiliación de la señora Ruby Peña a la EPS Sanitas y la vinculación de la clínica Versailles (ahora Ospedale) a la red prestadora de esa aseguradora, así como la relación del médico Nicolás Zuluaga con la IPS, como se acepta en las contestaciones y se prueba con la documental allegada al expediente.
3. Que, para junio de 2018, la señora Ruby Peña presentaba las siguientes condiciones de base: hipertensión arterial, hipotiroidismo, anemia crónica, infarto tipo 2¹².
4. El ingreso al servicio de urgencias de la Clínica Versailles por parte de la señora Ruby Peña el día 23 de junio de 2018 a las 3:55pm, con motivo de la consulta: “me pasó el virus mi esposo”; indicándose de manera expresa por parte de la paciente la alergia frente al medicamento “RANITIDINA Y CLARITROMICINA”, lo cual fue registrado en la historia clínica.
5. La permanencia hospitalaria de la señora Ruby Peña en la Clínica Versailles desde el 23 de junio de 2018 hasta el 29 de julio de 2018, cuando fue dada de alta.
6. La formulación del medicamento “Ranitidina” en la presentación de “Ranididina 1 amp IV cada 8 horas”, ordenada por el médico general Nicolás David Zuluaga Morales, según la nota de la historia clínica del 23 de junio de las 18:37; así mismo obra el registro de las 23:31 del mismo 23 de junio del médico intensivista Augusto Mejía, en el que se lee como plan de manejo de ingreso dado a la paciente, entre otros el suministro de “RANITIDINA 150MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS”.
7. Que el 24 de junio a las 6:55 am, la señora Ruby Peña presentó “PARO CARDIORESPIRATORIO TIPO MUERTE SÚBITA* CON REANIMACIÓN EXITOSA* REQUERIMIENTO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL* SOPORTE VASOPRESOR EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO*” (sic).
8. Dentro de la evolución detallada en la epicrisis se lee que luego del anterior incidente, la señora Ruby Peña presentó “limitación e imposibilidad de extubación por lo que realizan traqueotomía del 8/7/2018* con adecuada tolerancia* posterior a ello terapia respiratoria intensiva* hasta decanulación con éxito pruebas de azul metileno negativa* sin trastorno deglutorio* sin otras alteraciones*” (...) alteraciones* en el momento paciente estable* no signos de dificultad respiratoria* se encuentra edema de miembros inferiores con fovea* sin requerimiento de oxígeno suplementario* sin otras alteraciones* se encuentra además estudios por probable síndrome mielodisplásico??* (...)” (sic); también se registran distintas valoraciones de distintos profesionales de la salud, la práctica de procedimientos y diversos exámenes, así como el suministro de medicamentos.
9. La asistencia de la señora Ruby Peña el 8 de enero de 2019 a consulta externa con la médica internista Valentina Sanint Castro, profesional adscrita a la EPS Sanitas, quien en su análisis y plan de atención consideró:

¹¹ Registros civiles.

¹² Historia clínica.

“alta sospecha de mieloma múltiple” y dejó la siguiente nota: “No se realiza biopsia por deseo de la paciente (...) (/) Ahora cursa con derrame pleural bilateral muy sintomático, se indica hospitalización urgente para toracentesis. La paciente previamente estuvo hospitalizada en Clínica Versailles, con múltiples complicaciones derivadas de anafilaxia por medicamento al que se conocía alergia – pero hubo error en su suministro, por lo que no desea ser hospitalizada en dicha institución, se sugiere respetuosamente hospitalización en otra IPS por la inconformidad de la paciente que ya sufrió graves complicaciones previas”.

10. Consulta del 7 de febrero de 2019 con la internista Valentina Sanint Castro, quien consideró: “(...) Paciente con sospecha de mieloma múltiple, no se realizará biopsia por deseo de la paciente. Enfermedad renal en progresión, creatinina en ascenso, electrolitos normales hasta el momento (...). Está pendiente nuevo control con nefrología. Presenta derrame pleural bilateral con compromiso en la clase funcional, previamente se indicó toracentesis, se indica nuevamente hospitalización para realizar la misma. **Se explica extensamente a la paciente su diagnóstico, la progresión acelerada de la enfermedad, progresión hacia falla renal con requerimiento de terapia de reemplazo y a pesar de ello sí no se realiza tratamiento de la patología hematológica no hay solución al problema**” (negrilla fuera de texto). La misma médica tratante dispone remisión a urgencias, con la justificación: “PACIENTE CON DERRAME PLEURAL BILATERAL. FALLA RENAL EN RELACIÓN CON PRESUNTO MIELOMA MÚLTIPLE (...)”.

11. Radicación de derecho petición por parte de los familiares de la señora Ruby Peña¹³, el 10 de enero de 2019, ante Sanitas EPS; en el que solicitan que la paciente sea atendida en la Clínica San Marcel, aludiendo que en la Clínica Versailles le aplicaron un medicamento al que era alérgica, así mismo, detallaron la necesidad de hospitalización.

12. La respuesta a la anterior solicitud de fecha 29 de enero de 2019, emanada de la EPS, en la que se desestima la ocurrencia de algún error en la aplicación de medicamentos y se le “invita” para que acceda a los servicios de salud, a través de la red prestadora que tiene contratada, esto es, Clínica Versailles.

13. Ingreso de la señora Ruby Peña por el servicio de urgencias a la Clínica Versailles el 12 de febrero de 2019, siendo atendida por la médica general Audrey Nathalie Ferreria González a las 2:37p.m., quien dispuso plan de manejo inicial y refirió como diagnóstico “DERRAME PLEURAL BILATRAL” fundado en el TAC de tórax aportado; el mismo día a las 6:03pm, en consulta del 12 de febrero de 2014, la médica internista Mónica Sierra Lebrum ordenó valoración por nefrología, hematología, nutrición y cirugía general, así como el procedimiento toracentesis.

14. El plan de manejo descrito el 13 febrero a las 9:41am fue: “hospitalizar en piso dieta hipoproteica pendiente valoración por nefrología, hematología, nutrición y cirugía general para toracocentesis pendiente eco tt y eco renal.se solicita ecografía pleural para toracocentesis guiada por ecografía (...)” (sic).

15. El mismo 13 de febrero a las 10:16am se registra la siguiente nota: “paciente se niega a ser valorada por hematología. manifiesta no querer ningún procedimiento asociado a mieloma múltiple. y aquí firma desistimiento. (...) se solicita

¹³ Lo presentó la demandante Claudia Piedad Villa, en condición de agente oficiosa de su señora madre.

valoración por psicología”. dentro de la misma jornada es atendida por el nefrólogo, quien determinó: “paciente sin indicación de ingreso urgente a terapia de soporte renal pero en caso de necesitarlo por el momento desiste de ello. considero debe estudiarse síndrome nefrótico”. Con ocasión al seguimiento y control médico realizado a la señora Ruby Peña, se dispuso por medicina interna: “considerar aspirado de medula ósea. Atentos a evolución de azoados diaria valoración por psiquiatría”.

16. El 14 de febrero a las 17:37 fallece la señora Ruby Peña, producto de un paro cardiorespiratorio, pese a las labores de “reanimación avanzada” que se le realizaron.

17. No se alcanzó a realizar la interconsulta por psiquiatría, en razón del fallecimiento de la señora Ruby, como lo dejó registrado el médico psiquiatra Marco Antonio Acosta López el 14 de febrero.

18. El otorgamiento de consentimiento informado firmado por paciente para procedimientos de enfermería, del 13 de febrero.

19. La vigencia del contrato de seguro de responsabilidad civil profesional para la época de los hechos, tomada por EPS Sanitas con Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

E. DE LOS ELEMENTOS AXIOLÓGICOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA.

1. EL DAÑO: Considerado como la lesión a un interés jurídicamente tutelable y que genera el deber de indemnizar, se caracteriza por ser cierto, real y en cabeza de quien lo alega o que se trate de la razonable probabilidad de obtener una ganancia, pues resulta claro que no hay responsabilidad sin daño.

Con la demanda se allegó el registro el civil de defunción de la señora Ruby Peña de Villa, acaecido el 14 de febrero de 2019, de lo que se advierte preliminarmente la demostración del daño que, según quedó expresado por quienes conforman el extremo activo les causó aflicción y dolor.

2. LA CULPA. Definida en sentido estricto como la falta de intención en el sujeto activo de provocar las consecuencias que el acto que emprende genera, se manifiesta por la *negligencia* -descuido-, *imprudencia* -ejecutar actos que se realizan sin la diligencia debida-, *impericia* -falta de sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en una ciencia o arte- o *inobservancia de reglamentos o deberes* -cuando al desempeñar ciertas actividades o cargos, el sujeto omite cumplir los deberes impuestos por normas reglamentarias-.

Tal como arriba se precisó, tratándose de responsabilidad derivada del acto médico, estamos por regla general ante obligaciones de medio, como expresamente lo señala el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011¹⁴, sin que en el asunto que nos ocupa se hubiese acordado aseguramiento de resultados; régimen que se maximiza al tratarse de atención dispensada a través del servicio de urgencias.

¹⁴ Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

a. De la prescripción del medicamento “Ranitidina”.

De la descripción de los hechos probados realizada en anterior capítulo, resulta claro que la señora Ruby Peña al momento de acudir al servicio de urgencias de la Clínica Versailles el 23 de junio de 2018, de manera explícita indicó ser alérgica al medicamento “Ranitidina”, de lo cual se dejó el respectivo registro; pese a lo cual, el médico Nicolás David Zuluaga Morales, se la prescribió ese mismo día, tal como quedó documentado en la historia clínica.

Conducta que, sin lugar a duda, constituye en sí misma un proceder contrario a la *lex artis*, pues denota un proceder negligente del galeno, quien sin tomar la precaución mínima de leer las anotaciones básicas de la historia clínica y/o indagar con la misma paciente, le ordenó un componente contraindicado; falta que se agrava si se tiene en cuenta que todo ocurrió el mismo día de la llegada de la paciente al centro hospitalario.

Téngase en cuenta que, el Código de Ética Médica impone a esos profesionales, el deber de “estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente”¹⁵; el cual parte del presupuesto básico de la auscultación al paciente, de la elaboración de la anamnesis¹⁶ y claro está, de la revisión de la historia clínica.

Ahora, la IPS aseveró en la contestación de la demanda que: “el plan de manejo abordado por la institución de salud respecto a la atención médica brindada a la señora RUBY PEÑA DE VILLA no incluía el medicamento denominado ranitidina (...)” y concluyó “Por lo anterior, NO es cierto que se evidencie alguna deficiencia, error o negligencia en la práctica médica. Muy por el contrario, resulta notorio que el médico encargado atendió a la entonces paciente de manera oportuna, diligente y conforme con la *lex artis*”; para lo cual citó un aparte de la historia clínica en el que efectivamente esa orden no aparece y que corresponde a otro registro. Conducta procesal impropia, pues (i) proviene de la institución que elaboró la historia clínica y, por ende, conoció de primera mano la prescripción del citado medicamento; (ii) aportó la historia clínica en desorden, lo que torna caótico su estudio, máxime si se tiene en cuenta que se compone de aproximadamente mil folios y, (iii) durante el trámite del proceso intentó cambiar su estrategia para afirmar que, pese a la orden, el medicamento no se suministró.

Frente al último punto, tanto el perito médico Francisco Ramón Márquez Osorio, como la testigo técnica Natalia Bravo Tejada¹⁷, afirmaron que la administración de los medicamentos se debe explicitar en los registros clínicos; de manera que, al no aparecer esa nota se debe colegir que no se aplicaron. No obstante lo anterior, también señalaron que la desatención a la orden del médico debe anotarse, sin que aparezca nota alguna en ese sentido.

Sobre el tópico aludido, el Auxiliar de la Justicia al ser indagado sobre la posibilidad de que se formule un medicamento y no se administre, explicó: “Si puede pasar, porque por ejemplo y vamos a estar claro, a veces sucede, colocan un

¹⁵ Numeral 2 del artículo 1.

¹⁶ Esto es, la Información aportada por el paciente y por otros testimonios para confeccionar su historial médico”, conforme la RAE.

¹⁷ Enfermera profesional, que estuvo presente en el servicio de urgencias de la Clínica Versailles durante la atención de la víctima, y participó en la misma.

medicamento y de repente después se dan cuenta que el paciente es alérgico y si lo y sí porque es que para eso es la historia clínica, la historia clínica es un documento que nos indica este, si el paciente tiene antecedentes previos, si la paciente está refiriendo que es alérgica tiene que estar documentado en la historia. Y precisamente en la historia aparecía, entonces digamos que eso es un... para administrar un medicamentos eso es un proceso, lo indica el médico, lo verifica el jefe de enfermería y lo administra el auxiliar, en cualquiera de esos tres escalones tiene que verse hacerse la verificación de que el paciente tiene... es alérgico al medicamento, es decir digamos que el médico lo omitió y no se dio cuenta, lo colocó, ranitidina, se supone que el jefe de enfermería que es el que recibe la indicación tiene que verificar si el paciente no es alérgico, es decir el verifica: Ah bueno no es alérgico, entonces el auxiliar se encarga de administrarlo, en alguno de esos tres pasos obviamente alguno tiene que darse cuenta y si está indicado por el médico y por ejemplo el jefe de enfermería se da cuenta que es alérgico, tiene que notificarle inmediatamente al médico y el medicamento se retira, o digamos que se le pasó al al jefe, pero también está el auxiliar que lo va a administrar y si lo mira en la historia y dice que es alérgico, se supone que tiene que decirle al jefe de enfermería que el paciente es alérgico a la ranitidina y no debe ser administrado, es decir que la posibilidad de que el fármaco no sea administrado obviamente es evidente..." (sic). En un momento posterior de su declaración, enfatizó en que: "debieron haberlo dejado por escrito tanto si se administra como si no se administra [referido a la ranitidina], si se administra tiene que decir se administró medicamento y el paciente hizo una reacción alérgica al medicamento, contar el síntoma y se hace la documentación de un evento adverso y eso va a un comité y el comité a nivel de la clínica sancionará al responsable, eso es lo que tiene que suceder. Y cuando un medicamento no se administra porque por ejemplo es alérgico, también debería documentarse de que el medicamento no se administró y se suspendió, es decir que si el medicamento se omite de órdenes médicas debería haber una nota que diga se suspende ranitidina porque el paciente es alérgico".

Es importante indicar que el perito arriba citado es médico, especialista en medicina interna, así como en medicina crítica y cuidado intensivo; con 14 años de experiencia, aproximadamente. El experto refirió la metodología utilizada para elaborar su trabajo, señalando que se fundó en la revisión y evaluación de la historia clínica, complementado con el estudio de casos similares y diversos artículos científicos; a lo que se aúnan sus respuestas coherentes, fundamentadas, explicadas e imparciales, pues suministró su punto de vista desde la perspectiva de su saber y práctica. Lo expuesto lleva a esta Sala, a otorgarle credibilidad a las conclusiones y manifestaciones realizadas por el experto tanto en el dictamen como en la declaración.

De manera concordante con el dicho del perito, la enfermera jefe Natalia Bravo aseguró que el suministro de los medicamentos debe quedar registrado en el sistema, sin que aparezca esa anotación respecto de la "RANITIDINA"; aclarando que al interior de la Clínica Versailles no era obligatorio dejar nota de los eventos de "no suministro", pues "sencillamente como le dije se le informa al médico". Llama la atención que la deponente explicara que en los casos en que se desatiende la orden del médico por casos como el que nos ocupa, medicamentos prescritos que generen alergias, se procede a su cambio; pese a lo cual, en el caso estudiado no ocurrió esa situación, de lo que se podría colegir el suministro de aquél.

Al margen de la desatención que pueda existir con esa conducta, frente a las normas que regulan la historia clínica, respecto de la cual se hará una mención especial más adelante; lo cierto es que, aparece nota de enfermería del 24 de

junio de la 1:27 am del enfermero Jhonathan Morales, en la que se registra el “ingres[o] a un paciente procedente de urgencias, quien ingresa en estables condiciones generales”, y en la que se lee como comentarios: “**se siguen órdenes médicas**”, correspondiendo éstas, entre otras, al suministro de medicamentos prescritos horas antes por el doctor Nicolás David Zuluaga, dentro de las que se encontraba la “ranitidina”. Itérese que ese medicamento aparece formulado a las 18:37 del 23 de junio y se leen como plan de manejo de ingreso en la nota de las 23:31 del mismo día.

Por si lo anterior resultara poco, la misma Representante Legal de la Clínica Ospedale (antes Versalles), aceptó en su interrogatorio de parte que la historia clínica estaba incompleta; quien frente a la pregunta del despacho “¿Si no aparece esta hoja de medicamentos [referida precisamente a la del suministro de la “ranitidina”] como podemos explicar que la historia clínica de la paciente este incompleta?” contestó: “Yo no le podría responder esa pregunta específicamente, porque pues digamos que para la fecha de los hechos no trabaje en la institución, pero digamos que al ser una historia manual de la dificultad es como en el escaneado de la historia clínica, porque pues hay algunas se escanean todos los documentos, pero hay algunas que no se pueden ver con claridad como las fechas exactamente, entonces por qué podría pasar pues no sabría decir”. Y es que, dada la importancia total de la historia clínica dentro del proceso de atención en salud y luego de su prueba, es que se ha considerado por vía jurisprudencial que su valoración “se rige por los principios de la sana crítica, sin olvidar que como “su autoría corresponde o puede corresponder a una de las partes de la relación jurídica”, ello “reclama del juzgador especial ponderación”, precisándose, igualmente, que “la ausencia del aludido documento o su diligenciamiento incorrecto o incompleto” puede “generar un grave indicio en contra del profesional”¹⁸

Entonces, la valoración conjunta de los medios suarios arriba señalados y el análisis de la conducta procesal de la IPS demandada, permite concluir que hubo una grave falla en la atención médica dispensada a la señora Ruby Peña de Villa, y por tanto, se configura el elemento culpa en cabeza del pasivo, en lo que tiene que ver con la orden y suministro del medicamento “ranitidina”, del cual aseguró la paciente ser alérgica.

b. De las atenciones dispensadas en la segunda hospitalización en la Clínica Versalles – febrero de 2019.

En el escrito de apelación se endilga negligencia a los demandados, pues no se le practicó el procedimiento para remediar el derrame pleural que le fue prescrito y se le “permitió que se fuera para su casa encontrándose en una situación de peligro latente de muerte, lo cual en lo sucesivo acaeció”.

Como se estableció en la relación de los hechos probados, la paciente acudió a consulta externa con la médica internista Valentina Sanint el 8 de enero y 7 de febrero de 2019; en ambos eventos se remitió la paciente al servicio de urgencias, al diagnosticarse “derrame pleural bilateral” y sospecharse un mieloma múltiple, asociado a insuficiencia renal ya diagnosticada, entre otras condiciones.

¹⁸ CSJ SC de 28 de junio de 2011, Rad. 1998-00869-00. Reiterado Sentencia SC3253 del 4 de agosto de 2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo.

En la primera cita, luego de documentarse los antecedentes y motivos de consulta, se dejaron registrados varios reportes de exámenes paraclínicos, entre los que se resaltan (i) “Eco renal y de vías urinarias: quiste complejo de anexo izquierdo. Aumento de ecogenicidad de ambos riñones signos de nefropatía aguda”¹⁹; así como (ii) un tac de hígado y vías biliares que denotaba “cambios por nefropatía crónica. Derrame pleural y bilateral”²⁰, y (iii) Tac simple de tórax que reveló: “extenso derrame pleural bilateral de predominio izquierdo (...). Cardioangioesclerosis”²¹. Dentro del acápite de análisis y plan de caso, la especialista plasmó: “Alta sospecha de mieloma múltiple. No se realiza biopsia por deseo de la paciente (...) (/) Ahora cursa con derrame pleural bilateral muy sintomático, se indica hospitalización urgente para toracentesis. La paciente previamente estuvo hospitalizada en Clínica Versailles, con múltiples complicaciones derivadas de anafilaxia por medicamento al que se conocía alergia – pero hubo error en su suministro, por lo que no desea ser hospitalizada en dicha institución, se sugiere respetuosamente hospitalización en otra IPS por la inconformidad de la paciente que ya sufrió graves complicaciones previas”; por último, formuló medicamentos, exámenes, remitió a urgencias e interconsulta a medicina interna.

Para la segunda fecha, se reiteraron los diagnósticos de insuficiencia renal aguda, cardiopatía isquémica, derrame pleural bilateral, mieloma múltiple e hiperlipidemia; y como plan de manejo se prescribieron medicamentos, exámenes, se ordenó valoración por sicología, se remitió a urgencias y “se entregan recomendaciones y se explican signos de alarma”.

Nótese como transcurrió un mes entre cita y cita, sin que la paciente acudiera al servicio de urgencias, pese a la gravedad de las patologías que padecía y la remisión de la médica internista para que así procediera. Es importante indicar que contrario a lo afirmado por los censores, la galena sí cumplió con su deber no solo atención, diagnóstico y plan de manejo respecto de las patologías de la señora Ruby; sino que incluso, procedió a activar el sistema de referencia y contrareferencia para que se priorizara la atención en urgencias, generó la remisión, y la soportó con elementos de ayuda diagnóstica.

Por otro lado, no ignora la Sala el pedido elevado por la demandante a Sanitas EPS para que atendieran la hospitalización de su progenitora en una institución distinta a Versailles, fundada precisamente en el desafortunado evento relacionado con la prescripción de la “RANITIDINA”, así como tampoco la desestimación que hiciera la EPS no solo de la petición sino de los hechos que la fundaban²²; pero esas circunstancias, no relevaban a la paciente y/o familia de acudir a otra IPS a recibir la necesitada atención de urgencias, que se itera, había sido ordenada en dos ocasiones por la médica tratante de la señora Ruby Peña. Y es que, “la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador”²³; de lo que se sigue que, cualquier institución prestadora del servicio de salud a la que acudiera la paciente, estaba en la obligación de suministrarle la atención inicial de urgencias²⁴, sin que se

¹⁹ 24 de octubre de 2018.

²⁰ 27 de diciembre de 2018.

²¹ 29 de diciembre de 2018.

²² Aspecto que será retomado más adelante y respecto de que se hará un pronunciamiento especial.

²³ Artículo 67 de la Ley 715 de 2001.

²⁴ La atención de urgencias es obligatoria para toda entidad pública o privada, sin distinguir el tipo de afiliación del paciente e incluso, aun cuando no esté vinculado al sistema de seguridad social en salud; lo anterior de conformidad

refiera y menos aún se probara esa mínima diligencia en los deberes de autocuidado en cabeza de los demandantes y/o víctima.

En todo caso, la paciente acudió, finalmente, a la Clínica Versalles el día 12 de febrero de 2019²⁵, siendo atendida por la médica general Audrey Nathalie Ferreira, quien en nota de las 2:37pm consignó: “paciente con antecedente anotados en el momento remitida por reporte de TAC con derrame pleural bilateral. por lo que se ingresa para manejo. Diagnósticos clínicos” y en la revisión inicial se encontró: “tolerando adecuadamente vía oral, buen patrón urinario y gastrointestinal”; ya a las 3:11pm, la misma doctora consignó en la respectiva nota: “(...) “hoy es remitida de consulta externa de Sanitas por la dra Valentina Sanint con diagnóstico de derrame pleural. Para manejo trae reporte de TAC de tórax 29/12/18: extenso derrame pleural bilateral de predominio izquierdo con consolidación probablemente pasiva basal bilateral de predominio izquierdo, trazos de atelectasias en lóbulo medio. Cardiomegalia a expensas de cavidades izquierda con hipertensión pulmonar sin descartar insuficiencia por derrame pleural ya descrito. Cardianguiosclerosis”. Se lee la especificación de que la paciente le manifestó que, por decisión propia, no se ha realizado “aspirado de médula ósea”.

Siguiendo con la atención dispensada a la señora Ruby, se encuentra que fue valorada el mismo día por la internista Mónica Sierra Lebrum, quien dispuso en el plan de manejo: “Hospitalizar. Dieta hipoproteica. Se solicita valoración por nefrología, hematología, nutrición. Se solicita RX de tórax, eco tt y eco renal” (sic); también requirió la revisión por “cirugía general para toracentesis” y la práctica de “ecografía pleural para toracentesis guiada por ecografía”. En la interconsulta con el nefrólogo, este no consideró “por el momento” realizar terapia de soporte renal, sin descartarse esa posibilidad en caso de necesitarse; importa indicar que no se surtió la revisión de hematología, pues la “paciente se negó a ser valorada” y manifestó “no querer ningún procedimiento asociado a mieloma múltiple y firma disenso”, tal como se registró en la nota del 13 de febrero de las 10:16am.

De las anteriores descripciones, resulta evidente la compleja condición de salud de la señora Ruby Peña para febrero de 2019, pues era una persona “con múltiples comorbilidades crónicas en estadios avanzados que fueron progresando hasta generar el desenlace fatal en la paciente. Se trata de una paciente hipertensa en falla cardiaca, descompensada, con antecedentes de enfermedad arterial coronaria desde el año 2017, portadora de anemia crónica secundaria a hipotiroidismo y enfermedad hematooncológica no precisada por falta de estudios clínicos para sustentar el diagnóstico de mieloma múltiple, que según la historia clínica la paciente disintió en realizar aspirado en médula ósea para comprobar diagnóstico hematooncológico, que adicionalmente secundario a hipertensión arterial y a insuficiencia cardiaca (síndrome cardiorenal) presenta enfermedad renal crónica con criterios de remplazo renal oportuno que según historia clínica la paciente también desiste de realizar terapia de reemplazo renal por lo cual como complicación asociado a su insuficiencia cardiaca y a su enfermedad renal presenta derrame pleural que fue aumentando en cuantía hasta generar complicaciones”²⁶ (sic). No obstante la multiplicidad de las

con lo previsto en los artículos 168 y 188 de la Ley 100 de 1993. En correspondencia, el literal b) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, prevé que toda persona tiene derecho a recibir atención de urgencias sin que sea exigible un pago previo. Con base en estas premisas generales, es que se ha sancionado el denominado “paseo de la muerte”; de hecho, el artículo 14 de la referida Ley 1751 advierte que, cuando se trata del servicio de urgencias, no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador y la entidad aseguradora o previsor. Ahora, sobre el alcance de esta clase de atención, la jurisprudencia constitucional ha referido que esta implica: “(...) (i) emplear todos los medios necesarios y disponibles para estabilizar la situación de salud del paciente, preservar su vida y atender sus necesidades básicas. Igualmente, en caso de que el medio necesario para lo anterior no esté disponible en el hospital que presta la atención de urgencias inicial (ii) remitir inmediatamente al paciente a una entidad prestadora del servicio que sí disponga del medio necesario para estabilizarlo y preservar la vida del paciente” (Sentencia T-705 de 2017, reiterada en T-120 de 2022).

²⁵ Cinco días después de la última remisión realizada por la médica internista Valentina Sanint Castro.

²⁶ Dictamen del perito, médico internista, Francisco Ramón Márquez Osorio.

patologías padecidas por la paciente, su estado avanzado y cronicidad, el motivo puntual de la remisión a urgencias fue el hallazgo de “extenso derrame pleural”, detectado tanto en el tac de tórax como en el de hígado y vías biliares referidos con antelación.

Ya en sede hospitalaria y producto de los exámenes practicados, se encontró: “paraclínicos ecografía de tórax **600 cc de derrame pleural en ambos pulmones.** y RX de tórax evidencia derrame pleural bilateral”²⁷ (sic) (negrillas fuera de texto). Para contextualizar el nivel de acumulación de fluido, conviene tener en cuenta que “el derrame pleural es la presencia de líquido en exceso a nivel de la cavidad pleural, secundario a múltiples patologías. Normalmente la cavidad pleural presenta **10 a 20 cc de líquido pleural en su interior.** Cuando aumenta la cantidad de líquido se considera derrame pleural”, según lo dictaminado por el perito Francisco Ramón Márquez.

Y es que ese aumento desproporcionado se explica por el tiempo que llevaba cursando la patología, pues “desde la tomografía de mediados de diciembre de 2018, ya ahí se veía el derrame pleural (...) y estaba mirando que ella había consultado en febrero, el 12 de febrero fue a consulta a una consulta médica y ahí fue donde la remitieron y la remitieron fue por el derrame pleural, es decir que ya tenía el derrame pleural, digamos que ese derrame ya estaba no era un derrame agudo, ya era crónico, es decir porque veo que desde diciembre ya lo tenía, claro que a medida que pasa el tiempo obviamente el derrame va aumentando, de repente el derrame no era tan cuantioso y fue aumentando el volumen”; cobrando aquí importancia el tiempo transcurrido entre la primera consulta con la internista (8 de enero de 2019) y la asistencia a urgencias por parte de la señora Ruby, lapso que sin lugar a duda, contribuyó en la evolución no solo del volumen del derrame pleural, sino en las demás enfermedades graves que padecía.

Ahora, para establecer si se presentó o no demora en la realización del procedimiento que restableciera la condición multicitada²⁸, ha de indicarse que esos tiempos guardan relación con su desarrollo y nivel de complejidad, como lo explicó el perito: “según lo que estaba mirando en la historia clínica, el derrame por tomografía eran 600cc de cada lado, eso le daría más o menos, entre leve y moderado y el trataría este sería con fármacos, con diuréticos y la realización de por supuesto un ecopleural y retiro del líquido”, diferenciando su estadio respecto a “derrames pleurales masivos”, que “cubran todo el pulmón completamente desde la vértice hasta la base”, cuyo “manejo tiene que ser inmediato y el manejo inmediato no estamos hablando de tratamiento precisamente médico, estamos hablando de por ejemplo una traqueotomía (...)”. Conforme la historia clínica y las declaraciones técnicas²⁹, a la señora Ruby se le dio un manejo farmacológico y se dispuso la realización de “toracentesis ecodirigida”, que según el experto debía realizarse dentro de las 72 horas, toda vez que “no era emergencia, obviamente había que se tenía que realizar porque más que todo el planteamiento que se indicaba era para diagnóstico, más que tratamiento ¿Por qué? Porque la toracocentesis también sirve para diagnosticar (...), pero el tema es más como para establecer un diagnóstico. Obviamente la toracocentesis es un procedimiento que era de importancia para realizar, pero con la cuantía del derrame, obviamente era un derrame importante, pero no es un derrame masivo, digamos que no era para, no era para salir corriendo a hacérselo, pero sí era prudente en el transcurso de su hospitalización haberse realizado”.

La anterior respuesta debe contextualizarse con la siguiente precisión del mismo experto, quien declaró que la toracocentesis debía realizarse “en las primeras 72 horas, creo que ella ingresó el 12 y falleció el 14 si no me equivoco. Lo que pasa (...), es que la cantidad de morbilidad, morbilidades que tenía la paciente, digamos que son

²⁷ Anotación del 13 de febrero de las 9:41 a.m.

²⁸ Que corresponde

²⁹ Perito y testigo Natalia Bravo Tejada.

agravantes de una sobre la otra, la falla cardíaca, la enfermedad renal, la posible el posible mieloma (...), todas ellas se asocian a lo que la paciente tenía, al derrame. Entonces digamos que tratar una sola causa, digamos que no es tan fácil, por ejemplo, si no se llegaba al diagnóstico del mieloma podían haber tratado la enfermedad renal y haber tratado la falla cardíaca, pero no están tratando el mieloma y el derrame iba a seguir estando allí"; de allí que se entienda que el procedimiento de la toracentesis también fuera diagnóstico y que como lo concluyera el experto, el fallecimiento de la señora Ruby fuera multifactorial, puesto que era "un pleural moderado y decir de que el derrame fue la causa de la muerte de la paciente, seguiré insistiendo, que no lo creo. Vamos a poner un ejemplo: le hicieron la toracentesis, le drenaron los 600 CC en cada lado, pero la paciente igualmente hace paro y fallece; entonces, el detalle está en que tal vez sí sea un agravante pero no es el causante, insisto 600 CC de líquido pleural es un derrame moderado y para yo generar una una repercusión hemodinámica, tenemos que hablar de un derrame pleural masivo, el masivo hace desplazamiento del mediastino donde está el corazón, lo desplaza del otro lado y eso hace que haya un trastorno hemodinámico que lo lleve al paro, insisto 600 CC es un agravante más no es la causa".

Al margen de lo anterior, y ya de cara a la reclamación puntual de los demandantes, lo cierto es que, no alcanzaron a transcurrir 72 horas desde el ingreso de la señora Ruby Peña al servicio de urgencias de la Clínica Versalles -12 de febrero a las 2:37 p.m.- y hasta su lamentable deceso, acaecido el 14 de febrero a las 5:34 p.m. De hecho, durante esas 39 horas de hospitalización, se registraron múltiples atenciones por distintos profesionales de la salud –médicos generales, especialistas, terapistas, sicóloga, enfermeras, etc-, así como la toma de exámenes, procedimientos y suministro de diversos medicamentos que, dejan sin evidencia algún tipo de negligencia o descuido en la atención de la paciente; y muy por el contrario, aparecen diversos disentimientos presentados por ella, tales como la toma de punción lumbar, la revisión del hematólogo o la realización de terapias de remplazo renal, a lo que se suma la tardanza en acudir a servicios de urgencias. En este orden de ideas, no se acreditó el elemento culpa fundado en la presunta demora en la atención al derrame pleural presentado o en la práctica del procedimiento toracentesis.

3. EL NEXO CAUSAL.

Probada la culpa del extremo demandado en lo que respecta al fármaco multicitado y la causación de un daño, resta verificar la existencia de una relación de causalidad entre uno y otro; propósito para el cual resulta útil la teoría de la causalidad adecuada, entendida como aquella según la cual, "(...) tan solo pueden estimarse efectos de una causa aquellos que según las reglas del sentido común y de la experiencia suelen ser su resultado normal"³⁰.

En efecto, como se precisó en el acápite de culpa, la conducta reprochada a la parte demandada se funda en la prescripción y/o suministro del medicamento "Ranitidina", del que se afirmó la señora Ruby Peña era alérgica (23 de junio de 2018); y en lo que respecta al daño, consistió en el fallecimiento de la citada paciente (14 de febrero de 2019); lo que implica que el nexo causal debe darse entre éste evento y la conducta arriba referida.

Para el desarrollo de este elemento axiológico, resulta necesario partir del frágil estado de salud de la señora Ruby, no solo para febrero de 2019³¹, pues desde

³⁰ CSJ, Cas. Civil del 30 de marzo de 1993, G.J., T. CCXXII, Núm. 2461, Pág. 294.

³¹ Como ya se puso en evidencia líneas atrás.

antes de la primera hospitalización aquí estudiada, **junio de 2018**, ya presentaba hipertensión arterial, anemia crónica, hipotiroidismo, anemia y había sufrido dos años antes un infarto tipo 2³²; condiciones que claramente desvirtúan las afirmaciones de los demandantes, respecto del óptimo estado de su ser querido, debiendo incluso indicarse que, al parecer, desconocían la sospecha fundada de mieloma múltiple y enfermedad renal crónica que también la aquejaba.

De hecho, si bien la señora Ruby acudió al servicio de urgencias de Versalles el 23 de junio de 2018, afirmando: “me pasó el virus mi esposo”; lo cierto es que, los signos y síntomas que presentaba, llevaron a que se le tomara entre otros, el examen de tropomina³³, que dio positivo. Resultado que unido a los “cambios dinámicos en el electrocardiograma y su antecedente de infarto en el 2017”, generaron la indicación de traslado a unidad de cuidados intermedios, como se documenta en la anotación de las 10:37 del 23 de junio de 2017, al diagnosticarse “**insuficiencia cardíaca congestiva**”³⁴.

Precisamente esa descripción clínica llevó al perito a concluir que la paciente no presentó ninguna manifestación de la que se pudiera depender alergia por la aplicación de la “ranitidina,” y descartó la incidencia de ésta en el cuadro cardíaco que aquélla presentó al día siguiente³⁵, señalando al efecto: “de haberse administrado una ranitidina, por supuesto, digamos que la manifestación más grave sería una anafilaxia, la anafilaxia es un cuadro clínico que consta de reacción exacerbada alérgica al fármaco y que puede condicionar de repente hipotensión arterial, taquicardia, la puede llevar a este cómo le llaman, a edema a nivel de la vía aérea y puede generar, incluso, este, lo que se llama edema de glotis. Digamos que esta es una complicación que puede ser severa, pero que por lo menos en lo que revisé en la historia no vi la documentación de que haya presentado anafilaxis, eso no de verdad que no (...)”. Y al preguntársele, si los síntomas que presentó la señora Ruby al sufrir la falla cardíaca eran coincidentes con anafilaxis producto de una alergia, afirmó: Mira, como como lo había indicado, este, faltan síntomas; **porque lo que estaba revisando en la historia era una paciente que ingresó en falla cardíaca**, estuvo en urgencias, de urgencias la pasaron a cuidado intermedio, planteándola como una insuficiencia cardíaca descompensada y un probable síndrome coronario. Incluso, ellos administraron un tratamiento antisquémico, es decir pensando un infarto y un tratamiento anti falla cardíaca, por supuesto. Pensando en la descompensación de la falla, la ingresan al cuidado intermedio y ahí verifican que la paciente hace un episodio de bradicardia y posterior a la bradicardia presenta una parada cardiorrespiratoria, donde administran, por supuesto, realizan maniobras de reanimación básica de avanzada: inician la administración de adrenalina que es un fármaco utilizado en la reanimación, aproximadamente seis ampollas, lo cual indica que fue un paro bastante largo, porque se coloca cada tres minutos, es decir un paro más o menos de 18 minutos. La paciente fue intubada, conectada a ventilación mecánica. Dentro de los síntomas que están este asociados a anafilaxis está por ejemplo: la hipotensión arterial, más que bradicardia es taquicardia lo que debería tener la paciente, porque eso es un mecanismo de compensación que hace el cuerpo cuando la paciente hace la hipotensión ¿Qué pasa con la anafilaxis? la anafilaxia produce este una vasodilatación periférica, es decir hace que todos los vasos sanguíneos se dilaten y al dilatarse los vasos sanguíneos produce un estado de hipotensión arterial muy severo que eso genera lo que es el estado de shock, la hipotensión arterial genera compensatoriamente un estado de taquicardia y la taquicardia digamos que la sería la que le llevaría al paro. Si estamos hablando de un paro posterior a una anafilaxia, lo que documenté en la historia es que era fue una bradicardia extrema, cuando hablamos de bradicardia extrema estamos hablando de latidos por debajo de 20 latidos por minuto, es decir que presentó fue todo lo contrario a la a lo que debería presentarse durante

³² Epicrisis de la primera atención hospitalaria.

³³ Troponina: proteína que se secreta a la sangre cuando el miocardio resulta dañado, como ocurre en un infarto. Cuanto más daño se produzca en el corazón, mayor será la cantidad de troponina que habrá en la sangre. En: <https://medicointernista.es/glosario-de-terminos-cardiovasculares/>

³⁴ Registro del mismo 23 de junio de las 11:36p.m.

³⁵ Cuya descripción inicial comenzó en la nota del 24 de julio a las 6:30am.

una anafilaxis, como le digo, no veo, no vi en la historia (...) (sic)” (negrillas fuera de texto).

Nótese como, pese a que el motivo de la consulta era una dificultad respiratoria, desde la primera atención que se dispensó a la paciente, se formuló el diagnóstico “INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA”; situación que dimensiona la misión del médico, quien aplica el método inductivo a partir de una semiología, de exámenes y de distintas pruebas, para formular de ese modo un diagnóstico y con él un plan de tratamiento. En este caso, la percepción de la paciente y su familia distaba diametralmente de la real condición de salud de la primera, confusión que solo vino a aclararse con el parte médico dado, confirmado con los exámenes diagnósticos.

Con la anterior decantación, debe colegirse de forma necesaria que, la ausencia de relación causal entre el suministro del medicamento “ratidina” y la falla cardíaca sufrida por la señora Ruby, se extiende a todos los eventos por ella padecidos durante su estancia hospitalaria en Clínica Versalles del 23 de junio al 29 de julio de 2018, pues corresponden a los cuadros de evolución propios del grave episodio que sufrió, que como se dejó sentado en los hechos probados, permitió su posterior egreso hospitalario con la siguiente nota: “hemoglobina con leve descenso*. Sin síntomas de bajo gasto*. No requiere transfusión. No repercusiones hemodinámicas*. En el momento paciente en buen estado general*. Con mejoría de cuadro clínico*. Evolución satisfactoria*. Se decide dar salida con recomendaciones generales*, signos de alarma por los que debe reconsultar*, cita control consulta externa”.

La falta de acreditación de nexo causal se hace más evidente con los disentimientos expresados por la paciente para la práctica de exámenes, tratamientos e incluso valoraciones médicas. Recuérdese como frente a la fuerte sospecha de mieloma, se dejó registrado: “no se realizará biopsia por deseo de la paciente”³⁶; también se rehusó a que le realizaran biopsia renal, pese a tener diagnóstico de insuficiencia renal crónica³⁷; y, rechazó ser valorada por hematología³⁸, e indicó, “no querer ningún procedimiento asociado a mieloma múltiple”.

Esas manifestaciones que constituyen un respetable ejercicio del derecho de la autonomía personal y dignidad humana, sin lugar a duda impactaron en la evolución de las afecciones y graves patologías que padecía la señora Ruby; y es que, hasta el perito en su exposición verbal afirmó que, el desarrollo de las comorbilidades base de la paciente pudieron contribuir con el origen del derrame pleural que dio lugar a la última hospitalización. Sobre el punto, el experto conceptuó: “el derrame pleural como le he comentado anteriormente, es multifactorial y ella tenía varios factores que pueden generar el derrame, comenzando por el que hemos estado digamos enfocándonos un poquito más, es de la enfermedad cardíaca, de la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia cardíaca puede producir derrame pleural. Por ejemplo, la enfermedad renal crónica puede generar derrame pleural, un hipotiroidismo descompensado. Pero ya en lo que nosotros llamamos un coma mixedematoso, que está llena de líquido la paciente, puede hacer derrame pleural una enfermedad hematológica como es el caso del mieloma múltiple, que es uno de los planteamientos diagnósticos que tenía la paciente, también puede generar derrame pleural. Es decir que la paciente tenía múltiples factores, la unión de todos también puede, este, poner su granito de arena en generar el derrame, es decir que hay muchos factores”.

³⁶ Consulta de 8 de enero de 2019 con la médica internista Valentina Sanint Castro.

³⁷ Anotación del 13 de febrero de 2019 a las 1:13pm.

³⁸ Anotación del 13 de febrero de 2019 a las 10:16am.

A lo anterior se suma, lo concluido en el capítulo culpa, respecto de la ausencia de falla asistencial en la atención del derrame pleural y el carácter multifactorial del lamentable deceso de la señora Ruby Peña; lo que se traduce en que no se acreditara, el elemento causal de la responsabilidad médica que nos ocupa, como correctamente lo consideró la *a quo*.

Lo hasta aquí expuesto redundaba en que la parte actora incumpliera ostensiblemente su carga probatoria, pues se limitó a realizar aseveraciones sin ningún tipo de soporte, mientras que su contraparte allegó las pruebas técnicas con la que se minimizó los efectos de la falla médica por la prescripción de un medicamento al que era alérgica la paciente e incluso, probó la inexistencia de nexo causal entre ese evento y el triste fallecimiento de la señora Ruby Peña; aspectos en los que fincaba la apelación el impugnante, por lo que su reclamación no tiene vocación de éxito.

Frente a la necesidad de prueba en procesos de responsabilidad médica, se ha señalado por vía jurisprudencial: “En otras palabras, la historia clínica, en sí misma, no revela los errores médicos imputados a los demandados. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad médica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son especializados, se requiere esencialmente que las pruebas de esa modalidad demuestren la mala praxis.

Existiendo en la materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que ‘(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)’³⁹.

Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tuestas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente citado, ‘(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)’⁴⁰.

Al margen de la improsperidad de la alzada, como se indicó líneas atrás, se encontraron inobservancias respecto al diligenciamiento de la historia clínica, desatendiendo las previsiones de la resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del entonces Ministerio de la Salud, específicamente en lo que corresponde al registro del suministro del medicamento ranitidina, o el cambio del mismo con la consecuente desatención a la orden médica, al percatarse el cuerpo de enfermería de la alergia anunciada; así como en el cumplimiento por parte de la EPS Sanitas y la Clínica Versalles –hoy Ospedale-, de las previsiones consagradas en el decreto 682 de 2018, concretamente respecto la falta de auditoría, control y acciones de mejoramiento respecto del error en la prescripción del citado fármaco, desatención que se reveló en la respuesta al derecho de petición presentado por los demandantes, en la que simplemente se desestimaron las afirmaciones y solicitudes sin ningún tipo de ejercicio de autoanálisis. En razón de lo anterior, se compulsarán copias para que la

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 26 de septiembre de 2002, Exp.6878.

⁴⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de enero de 2018, M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona, Exp.2012-445.

Superintendencia de Salud desde la órbita de sus competencias⁴¹, adelante las acciones a las que haya lugar.

A manera de corolario, sea suficiente con señalar que ninguno de los reproches realizados por el apelante contra la sentencia de primera instancia tienen vocación de prosperidad, tal como se detalló en la parte considerativa. No se condenará en costas en esta instancia, en razón a que la apelación no fue temeraria y su trámite no requirió la práctica de pruebas ni audiencias y los argumentos esgrimidos por los censores dieron lugar a que se ordenara la investigación administrativa a las entidades demandadas.

IV. 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 25 de julio de 2023, por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Manizales, Caldas, dentro del proceso declarativo de responsabilidad médica promovido por Sebastián Villa Peña, Geovanny Antonio Villa Peña, José Daniel Garzón y Claudia Piedad Villa Peña en nombre propio y en representación de los menores María Antonia Garzón Villa y Jerónimo Garzón Villa.

SEGUNDO: SIN CONDENA en costas de esta instancia, tal como se dejó sentado en la parte motiva.

TERCERO: Se ordena la expedición de copias a la Superintendencia de Salud, para que, dentro del marco de sus competencias, investigue las irregularidades acaecidas en torno a la prescripción y/o suministro del medicamento ranitidina a la señora Ruby Peña de Villa y las inobservancias respecto al diligenciamiento de la historia clínica, desatendiendo las previsiones de la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del entonces Ministerio de la Salud, tal como se precisó en las consideraciones.

CUARTO: DEVUÉLVASE el expediente al Juzgado de Origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

LAS MAGISTRADAS,

⁴¹ Artículo 121.1 de la Ley 1438 de 2011 y artículo 4 del Decreto 1080 de 2011.

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA

ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS

Firmado Por:

Sandra Jaidive Fajardo Romero
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 8 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Sofy Soraya Mosquera Mota
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala Despacho 004 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: **504215d3b8aa1d30edbab689ccbfe8bc9a4b34465dab6ad868fcc5a8d545aeac**

Documento generado en 01/12/2023 07:51:40 AM

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