



*Tribunal Superior del Distrito Judicial
Manizales
Sala Civil-Familia*

Magistrado Ponente: Dr. ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO.

Proyecto discutido y aprobado según acta No. 219.

Manizales, nueve de noviembre de dos mil veintiuno.

I. OBJETO DE DECISIÓN

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia dictada el pasado seis (6) de mayo, por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso de responsabilidad médica promovido por los señores Martha Lucía Forero Herrera, Leonardo Alonso García Forero y Paula Johana García Forero, en contra de la EPS Sura S.A, Interconsultas S.A; trámite dentro del cual fue llamada en garantía Seguros Generales Suramericana S.A.

II. LA DEMANDA

Los interesados formularon demanda con miras a que en sentencia se disponga: a) declarar que el deceso del señor Carlos Alberto García Cuervo se presentó como consecuencia de una mala praxis médica, por mal diagnóstico y negligencia en la prestación de los servicios de salud por parte de las accionadas; b) declarar a las demandadas civilmente responsables de todos y cada uno de los perjuicios, materiales e inmateriales, causados como consecuencia del deceso del señor Carlos Alberto García ocurrido el 15 de marzo de 2019 por mal diagnóstico y negligencia médica; c) condenar a la IPS Interconsultas S.A.S y a la EPS SURA S.A a pagar la totalidad de los daños y perjuicios ocasionados así, lucro cesante: para Martha Lucía Forero Herrera \$150'551.488. Daño moral: la suma que para la época del pago sea equiparable a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes en favor de cada uno de los demandantes. Daño a la vida en relación: para la señora Martha Lucía Forero la suma que para la época sea equiparable a 100 SMLMV; d) condenar a pagar indexación por las sumas de dinero que resulten probadas, desde el momento de la presentación de la demanda hasta la fecha de la sentencia; e) condenar a la parte pasiva a cancelar intereses moratorios a la tasa máxima autorizada por la Superintendencia Financiera sobre el total de la indemnización, desde la fecha de la sentencia hasta el día que sea cancelada en su totalidad; f) condenar en costas a la parte demandada.

La rogativa se apunala en el sustento fáctico que en sinopsis plantea que el señor Carlos Alberto García Cuervo estaba afiliado al sistema de seguridad social en salud como beneficiario de su cónyuge, Martha Lucía Forero Herrera, a la EPS Suramericana S.A. desde el 1 de junio de 2014 y a la IPS Interconsultas S.A.S. En agosto de 2014 fue diagnosticado con “enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis” y desde esa fecha hasta el día del deceso consultó en más de diez ocasiones con la IPS accionada por síntomas asociados, entre otras enfermedades, a una cirrosis hepática. El 15 de marzo de 2019, encontrándose el paciente en las instalaciones de la IPS demandada para ser llamado a cita con especialista presentó episodio sincopal, fue atendido por el personal médico y de enfermería, sin que se hubiesen realizado maniobras de reanimación ni activado el protocolo de emergencias, generándose el fallecimiento por choque hipovolémico, lo cual, a juicio de la demanda, fue derivado de un mal diagnóstico y una mala praxis médica, así como la precaria asistencia en ese momento.

III. RÉPLICA

Interconsultas S.A.S., se opuso a las pretensiones y adujo como medios exceptivos, principales: ausencia de culpa, inexistencia del daño imputable, inexistencia del nexo causal entre el servicio de la entidad y el daño sufrido por los demandantes, condición idiosincrática del paciente – fuerza mayor, caso fortuito, culpa exclusiva de la víctima (paciente), culpa probada y necesidad de la prueba de la culpa, inexistencia de la prueba del perjuicio material pretendido, improcedencia de reclamación de los daños a la salud para Martha Lucía Forero, necesidad de la prueba y anormalidad de la alteración de las condiciones de existencia, cobro excesivo de perjuicios morales; además objetó el juramento estimatorio. A su turno, llamó en garantía a la compañía Seguros Generales Suramericana S.A., advirtiendo que conforme a la póliza número 0591837-2, vigente para la época de los hechos y al momento de la primera reclamación, de modo que se obligaba a indemnizar al asegurado, Interconsultas S.A.S, por cualquier suma de dinero que debiera pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, por eventos que fuesen reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

La EPS Suramericana S.A invocó como excepciones de fondo las que denominó total cumplimiento de las obligaciones a cargo de la entidad – diligencia y cuidado – ausencia de culpa, causa extraña en la producción del daño alegado – rompimiento del nexo causal, causa extraña: fuerza mayor o caso fortuito, inexigibilidad de efectos de obligación de resultado en el acto médico, ausencia del carácter directo del daño que impide su atribución a las demandadas, objeción al monto indemnizatorio y ecuménica, inexistencia de configuración y excesiva cuantificación de perjuicios por el daño a la vida de relación. También objetó el monto indemnizatorio.

Seguros Generales Suramericana S.A se opuso a las pretensiones y expresó como excepciones de mérito inexistencia de la culpa, actuación diligente y cuidadosa, ausencia de falta o error en el diagnóstico, inexistencia del nexo causal como elemento fundamental de la estructura de la responsabilidad civil, prohibición del médico de aplicar o realizar tratamientos o procedimientos innecesarios o fútiles, culpa de la víctima, inexistencia del nexo causal por causa extraña: caso fortuito, objeción al juramento estimatorio, inexistencia de la obligación de indemnizar e indebida tasación de perjuicios. De otro lado, contestó el llamamiento en garantía propuesto por Interconsultas S.A.S y alegó como excepciones y exclusiones aplicables al contrato de seguro “inasegurabilidad de la culpa grave y los actos meramente potestativos”, exclusión por incumplimiento de obligaciones derivadas de un contrato, exclusión por inobservancia de obligación determinada impuesta por reglamentos, límite de valor asegurado aplicable a las pólizas relacionadas, inexistencia de responsabilidad solidaria en el marco del contrato de seguro; además, rogó que al resolver sobre la relación contractual entre el llamante en garantía y la entidad se circunscriba a los términos, condiciones y exclusiones de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional para clínicas y hospitales N° 0591837-2.

IV. FALLO DE PRIMER NIVEL

La sentenciadora de primer grado decidió denegar las pretensiones de la demanda al considerar no probados los elementos que sustentan la responsabilidad civil. Condenó en costas a la parte demandante, y fijó agencias en derecho en la suma de \$14.453.937. Para soportar su decisión, explicó, en compendio, que las pruebas aportadas no permitieron concluir que el fallecimiento del señor Carlos Alberto García Cuervo fuera detonante de una conducta culposa de las demandadas; además, señaló que se logró comprobar que el paciente no se realizó exámenes que le habían sido ordenados, entre los que se evidenció una endoscopia digestiva la cual podía haber arrojado la presencia de varices esofágicas, siendo estas indicativas de la patología de cirrosis. Indicó que por los diagnósticos de la historia clínica no era de sospechar que el paciente padeciera de una cirrosis hepática, pues los síntomas por los que consultaba se referían a problemas asociados a una hernia inguinal y una gastritis crónica, sin presentar un síntoma vinculado a la patología en cuestión, conclusión a la que también llegó el perito Jorge Iván Marín en su concepto pericial. En todo caso, concluyó, que no se les puede atribuir a las demandadas un error de falta en el diagnóstico o negligencia en el tratamiento que se le dispensó al paciente pues ninguna prueba permitió sostener que lo aquejaba la enfermedad de la que se dijo fue la causa de muerte y, en relación a la negligencia de la IPS alegada por la parte demandante para la atención del 15 de marzo de 2019, que tampoco prosperó, teniendo de presente el proceso ante la Dirección Territorial de Salud de Caldas, en el que no se remitió a proceso sancionatorio a la IPS Interconsultas, por haber respetado los protocolos de

emergencia.

V. IMPUGNACIÓN

La parte demandante interpuso recurso de apelación, para lo cual, arguyó, en síntesis, que sí se probaron los elementos de la responsabilidad médica en la medida que se pudo establecer no solo la existencia del daño, sino el nexo causal entre el daño y el hecho generador, que corresponde a un mal diagnóstico y negligencia en la prestación de los servicios médicos, porque nunca se le dio un diagnóstico certero al paciente. Al efecto, hizo una amplia disquisición que, desde luego, será motivo de análisis en la parte motiva

En su momento, EPS Suramericana S.A., Interconsultas S.A.S. y la llamada en garantía coincidieron en la defensa de sus tesis y, por lo mismo, reclamaron la convalidación del fallo protestado.

VI. CONSIDERACIONES

1. La polémica que se plantea en esta sede, se orientó a que se declarara solidaria y civilmente responsable a la IPS y la EPS demandadas por un mal diagnóstico y omisión en la prestación del servicio de salud del señor Carlos Alberto García Cuervo, dada la existencia de un nexo de causalidad entre el daño, esto es, el fallecimiento del paciente, y la conjetural conducta negligente e imprudente desplegada por aquéllas, lo que trajo como consecuencia, a criterio de la activa, el error en el diagnóstico frente a la enfermedad denominada cirrosis hepática y la falta de maniobras oportunas, causando a la postre el deceso. Sin embargo, la Juzgadora de primera instancia negó las pretensiones al estimar que los elementos de la responsabilidad no estaban configurados, en tanto, en estrecho compendio, los síntomas presentados por el paciente no orientaban a la existencia de dicha patología, aunado a que aquel no se realizó uno de los exámenes que le fue ordenado y autorizado; por demás, consideró que al momento de la muerte acaecida en un consultorio de la IPS Interconsultas, se le brindaron las atenciones oportunas y posibles dadas las circunstancias del caso. En contraste, la parte pasiva fue consistente al referir que el aquejado nunca presentó síntomas que hicieran sospechar la presencia de una cirrosis hepática, en unión de que no se practicó la endoscopia digestiva que le fue ordenada y que el día del fallecimiento se le prestó la atención posible ante la rapidez con que se presentó el hecho.

Eso sí, con una puntualización trascendental desde el comienzo para el asunto estudiado. No cabe duda que el reclamo judicial se sustentó en dos especiales eventos, i) la falta de diagnóstico de la enfermedad de cirrosis hepática y ii) la falta de atención oportuna en el momento del fallecimiento del paciente dentro de las instalaciones de la IPS Interconsultas. En tal virtud, no se puede distorsionar ese derroterio en pos

de buscar una fuente particular diferente a la que fue causa de la demanda, porque si se auscultara en orientación insinuada en esta sede se afectaría el principio de consonancia de la sentencia (art. 281 CGP).

2. Merced a los límites impuestos sobre competencias del superior en el artículo 328 del Código General del Proceso, habrá lugar a circunscribir el estudio de la pretensión impugnativa a los reparos concretos formulados por el extremo activo, los cuales se hicieron radicar en los argumentos que, en sinopsis, señalan que, contrario a lo indicado en primer grado, sí se logró acreditar la existencia del daño y el nexo de causalidad entre este y el hecho generador, que corresponde al mal diagnóstico de la enfermedad y a la negligencia en la prestación de los servicios médicos al paciente al momento de su defunción, por las siguientes razones:

- Existió un mal diagnóstico y negligencia en la prestación del servicio, pues el paciente nunca fue diagnosticado con cirrosis hepática, y si bien todos los síntomas que presentó no eran propios de este tipo de enfermedad, muchos sí lo eran, como la hematuria, anorexia, náuseas, vómito, pérdida de peso, diarrea, y la gastritis repetitiva, por lo que, como lo manifestó el Dr. Alexander Narváez, se debieron realizar exámenes y no valerse solo del concepto médico. Recalcó que la pérdida de peso se reportó por lo menos en cuatro consultas, y una se diagnosticó con “pérdida anormal de peso”.

- Resaltó que el paciente siempre fue diagnosticado con “enfermedad de reflujo gastroesofágico sin esofagitis” y “gastritis, no especificada”, padecimientos que nunca fueron confirmados con un examen diagnóstico; entonces, aseveró que fácil resulta para cualquier médico diagnosticar una gastritis, pero para mirar las causas del padecimiento se requiere un estudio más profundo, y eso fue a lo que, a su criterio, obviaron las demandadas, pues durante los cinco años de consulta no realizaron un examen para diagnosticar y para descartar cualquier otra enfermedad, en cuanto lo único que se hizo fue medicar al paciente. Sumado a ello, el causante tenía antecedente familiar de cáncer gástrico.

- Refutó que si bien no se tiene prueba de la realización de la endoscopia de vías digestivas, tampoco se extrae de las pruebas que ello hubiese sido por culpa del aquejado y, de paso, la causa objetiva puede ser imputada a la EPS Suramericana por una posible negativa en su autorización. A pesar de esto, manifestó que la falta de realización de aquella no es la causa por la cual se dejó de diagnosticar la cirrosis, pues como lo expresó el Dr. Jorge Iván Marín Uribe, el paciente no tenía várices intestinales, de modo que dicho examen no hubiera diagnosticado la enfermedad.

- Precisó que, contrario a las apreciaciones de la Juez, el Dr. Alexander Narváez merece credibilidad como profesional del área de la

salud, cuando además sus apreciaciones fueron coherentes y precisas. Tachó de sorprendente que la a quo no le haya dado valor a sus dichos bajo la premisa de no ser idóneo por no trabajar actualmente en el servicio de urgencias y no corresponder su especialidad a este caso, mientras que le dio total credibilidad al Dr. Jorge Iván Marín quien tampoco es médico de urgencias, y que pese a tener una hoja de vida “corpulenta”, tampoco es especialista en el tema, pues tampoco es hepatólogo. Agregó que el Dr. Narváez trabajó recientemente en unidad de urgencias y atendió un caso parecido con un resultado favorable y que tuvo en cuenta la misma historia clínica completa que está en la demanda.

- Apuntó que había múltiples formas de detectar la cirrosis, como la ecografía de hígado, tomografía, resonancia magnética y examen de sangre; el Dr. Jorge Iván Marín concluyó que, para haberse presentado la situación final del paciente, significaba que estaba con la enfermedad en una fase IV, es decir, que llevaba mucho tiempo con ella y sin diagnóstico, por lo que, de haberse prestado atención a los achaques presentados, la posibilidad de hallar la enfermedad era de un 100%.

- Alegó que la negligencia también ocurre con la atención prestada al difunto el 15 de marzo de 2019, día de su deceso, en tanto transcurrieron diez minutos después de tomarle las cifras tensionales bajas, en las que el personal de salud se limitó a sostenerlo pero sin realizar maniobras de reanimación ni activar el protocolo de emergencia, teniendo la posibilidad de administrar líquidos o trasladarlo en este tiempo a un centro asistencial de mayor complejidad; circunstancias que hubieran demostrado diligencia, al punto que le resulta inaceptable lo dicho por el Dr. Jorge Iván Marín, al manifestar que “ni en un centro asistencia de alta complejidad, el paciente hubiese podido sobrevivir”. Resaltó que el cuerpo no tenía evidencia de intervención médica alguna.

- Impugnó el punto de las agencias en derecho fijadas en primer grado, luego de estimar que sobrepasan los límites de objetividad y además constituyen una doble condena, pues aunado a no reconocerse las pretensiones, sufren un menoscabo adicional con la suma fijada.

3. Antes de emprender el análisis que corresponde en atención a los reparos enrostrados, se impone evocar que la responsabilidad civil es una institución fijada a efecto de que el causante de un daño resarza a la víctima por los perjuicios irrogados a raíz de un obrar contrario a derecho, para lo cual se precisa entonces de un hecho generador, un perjuicio y un nexo de causalidad entre ambos. Tratándose de responsabilidad por el acto médico, es necesario puntualizar que, por lo general, la prestación del servicio profesional del galeno o la institución respectiva es una obligación de medio, de suerte que opera para su configuración, por regla general, la culpa probada, mediante la cual, le corresponde al demandante de manera inexorable evidenciar la negligencia y falta de cuidado en el ejercicio de la

lex artis. Desde luego, inspirado en que los profesionales en salud ostentan el deber de poner todo esmero y diligencia en la atención requerida o sobreviniente de cada paciente con el fin de procurar su curación o, cuando menos, su mejoría, más si por negligencia, descuido u omisión causa perjuicios en la salud del aquejado incurre en una conducta contraria a derecho, cuya dimensión será calificada por el juez de la causa, atendida la magnitud del perjuicio irrogado.

De cara al punto, ha expresado el Alto Tribunal Supremo que “la actividad médica no puede ser concebida como peligrosa, ni mucho menos, gobernada por la responsabilidad objetiva; salvo, casos excepcionales, por cuanto no pueden concebirse las obligaciones que lo componen como de resultados, sino de medios, por regla general, por cuanto la finalidad esencial es la lucha por el bienestar humano, por la salud, por una existencia vital libre de apremios y de achaques”¹.

Sobre el asunto, ha de resaltarse que en relación con la responsabilidad de las EPS e IPS se debe sopesar lo establecido en el artículo 177 de la ley 100 de 1993 el cual indica que la función principal de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), es la de “organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados”; y de conformidad con el artículo 178 ibídem, deben “establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”; por tanto en palabras de la H. Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil tienen “el deber legal de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, por cuya inobservancia comprometen su responsabilidad, sea que lo presten directamente o mediante contratos con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y profesionales respectivos (artículo 179, ejusdem)”.

“Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y facilitándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.

4. Posicionado lo anterior y adentrándose en el caso, es

¹ Ver, sentencia SC3272-2020, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. Rad. 05001-31-03-011-2007-00403.

necesario memorar por esta Sala que la Juzgadora de turno denegó la prosperidad de las pretensiones planteadas en la demanda y, consecuentemente, absolvió de todos los cargos a las demandadas, al encontrar que la conducta de los galenos tratantes de la IPS y EPS no se podía encajar en un error de diagnóstico, al paso que tampoco podía endilgárseles una inadecuada atención el día del deceso del paciente, ocurrido en instalaciones de la propia IPS Interconsultas.

5. Partiendo de los puntos exactos de apelación, cumple despejar que la causalidad es un criterio que permite reconocer el acontecimiento o la incidencia que, entre muchos, hace posible y es determinante de la obtención de un resultado. De tal forma, siendo uno de los elementos cardinales de la responsabilidad civil, quien incurre en un hecho dañoso con dolo o culpa se encuentra en la obligación de repararlo, obligación que, valga decir, también se puede extender en el evento en el cual el victimario se abstiene de desplegar una acción cuando se tiene el deber jurídico de actuar en pos de soslayar o mitigar una lesión o menoscabo. En apretada síntesis, la responsabilidad surge por acción o por omisión.

No obstante, es de admitir que en la práctica la verificación del nexo causal dentro de un determinado asunto no es tan simple, por suerte que corresponde al fallador auscultar con cautela los elementos probatorios puestos a su consideración en cuando blinden una férrea convicción de que el demandado en el caso concreto causó el daño al demandante. Por manera que en la juridicidad un hecho puede ser consecuencia de otro y, sin embargo, ese solo nexo no resulta suficiente para imponer la obligación de indemnizar por los daños que de allí se derivan o, contrario sensu, donde una consecuencia lesiva puede atribuirse a alguien, aunque no haya intervenido físicamente en el flujo causal.

Frente a este punto, explicó la Honorable Corte Suprema de Justicia en sentencia de Casación Civil de 26 de septiembre de 2006 que “cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudar cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia -no conocidos por el común de las personas y de suyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquéllos que la practican- y que a fin de cuentas dan, con carácter general las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa. En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trata tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá

el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y la propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son casusa o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan pero no ocasionan...”² (Expediente N° 188.M. P. Dr. Ariel Salazar Ramírez).

En *sindéresis*, se debe establecer si existió una relación de génesis a efecto adecuada, entre el comportamiento asumido por los médicos, especialistas, institución tratante o empresa aseguradora y el daño padecido por el paciente. Y como lo prescribe el sendero jurisprudencial, el juez debe ponderar, ayudado de la ciencia, las reglas de la experiencia, la lógica y el sentido común, el material probatorio y deducir si en efecto existió una causa eficiente y decisiva imputable al obrar médico.

6. Siendo así las cosas, se debe verificar si se demostró a plenitud que existió, primero, una conducta omisiva por parte de los galenos tratantes y de la institución prestadora del servicio de salud, fruto de lo cual se le pueda imputar el diagnóstico calificado como erróneo al paciente, hecho conducente, según lo sostuvo la parte impugnante, de detectar la patología en tiempo, y segundo, un obrar negligente el día del deceso del aquejado, en virtud a que, a sus voces, no se le realizaron maniobras de estabilización y reanimación.

En cuanto a la primera de las acusaciones, se debe memorar que el diagnóstico, según dictados de la jurisprudencia, debe ser tomado como “el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la “anamnesia”, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes”. Añadiendo que “ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnosticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él...”³.

² Corte Suprema, Sala de Casación Civil. Sentencia 6878 de 26 de septiembre de 2002.

³ SC 26 de noviembre de 2010, rad. 1999 08667-01

Descendiendo al caso particular, se extrae del elenco probatorio que en la historia clínica se describieron todos los servicios suministrados al paciente, al punto de inferir que el señor Carlos Alberto García Cuervo acudió en varias ocasiones a través de consulta por diversas patologías. En efecto, el paciente consultó clínicamente desde el 11 de agosto de 2014, hasta el día del fallecimiento, 15 de marzo de 2019, de las cuales se hace imperiosa una extracción justa de las atenciones enlistadas, con relación a los síntomas presentados, diagnósticos dados y tratamientos ordenados, en razón a que ello resulta ser el punto cardinal de la demanda:

FECHA ATENCIÓN	SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	PESO	TRATAMIENTO
11 de agosto de 2014	Tratamiento para reflujo gastroesofágico	Reflujo gastroesofágico sin esofagitis	54 Kg	Medicamentos
15 de septiembre de 2014	Dolor en región lumbar de 1 semana de evolución, disminución de agudeza visual de varios meses de evolución, cefalea leve, mareo ocasional, esporádicamente insomnio.	Lumbago no especificado. Alteración visual no especificada, insomnio no orgánico.	52 Kg.	Medicamentos y remisión por optometría
28 de octubre de 2014	Refirió que había estado bien, asintomático. “no otros”. Solicitó medicamento para control de insomnio	Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis, insomnio no orgánico	52 Kg	Medicamentos
30 de diciembre de 2014	Insomnio de 5 días de evolución. Trazodona hace varios meses, refiere que empeora su síntoma hace 5 días. Hace 2 días presentó hematuria	Insomnio no orgánico, hematuria no especificada	54 Kg	Medicamentos
21 de mayo de 2015	Insomnio, ansiedad, nervios. Por demás bien, asintomático	Trastorno de ansiedad no especificada	52 Kg	Orden de plm ante de dip, control con resultado
4 de septiembre de 2015	Masa inguinal de varios días de evolución al lado izquierdo, dolor ocasional. No otros.	Hernia inguinal unilateral o no especificada sin obstrucción ni gangrena, trastorno de ansiedad no especificada.	52 Kg	Medicamentos y remisión a cirujano general
30 de septiembre de 2015	Cirujano General. Refirió presencia de masa inguinal a nivel del área inguinal derecha de 15 días de		52.5 Kg	Se solicitó eco de tejidos blandos para definir si es un hernia o várice. (OJO, ESTA NO LA REFIRIÓ EL

	evolución que pocas molestias le causa, insomnio, ansiedad, estreñimiento, no síntomas protáticos si nicturia, fumador de 10 cigarrillos.			MEDICO DEMANDANTE Y ACÁ SE ORDENÓ LA ECO TEJIDOS BLANDOS)
13 de abril de 2016	Sensación de agrieras frecuentes de varios días de evolución, sensación de dolor en región epigastrio ocasional. No otros.	Gastritis no especificada	54 Kg	Medicamentos
19 de abril de 2016		Observacion: “ss ecografía de tejidos blandos de región inguinal derecha, hernia inguinal, cx gral ya había dado esta orden pero no se la había realizado.		
6 de julio de 2016	“por los motivos del colesterol”. Refiere sentirse en buenas condiciones general, asintomático cardiovascular, diuresis y deposición sin alteraciones, no otros asociados. Afebril.	Trastorno del metabolismo de las lipoproteína no especificado, trastorno de ansiedad no especificado.	54 Kg	Medicamento. Recomendaciones como ejercicio, comida baja en sal, consumo de alimentos y frutas, entre otros.
19 de diciembre de 2016	Antecedente de ansiedad, dislipidemia e insuficiencia venosa, ha presentado parestesias en miembros inferiores. Antecedente de hernia inguinal derecha, pendiente de acudir con reportes con cirujano general.	Hiperlipidemia mixta, hernia inguinal bilateral sin obstrucción ni gangrena.	52 Kg	Medicamentos. Se remitió a consulta con cirugía general y control con ecografía.
3 de marzo de 2017	“Trae resultado” acude con resultado fe eco de tejidos blandos de pared abdominal de 20-04-2016, en donde se ve prominencia de anillo inguinal derecho con	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.	53 Kg	

	pequeña hernia reductible loca, refiere dolor hinguinal derecho, y dolor abdominal ocasional. No otros.			
5 de septiembre de 2017	Control de “dip-tamizaje de próstata”. Insomnio. Refiere sentirse bien, asintomático, que desea tamizaje de próstata, nicturia, disminución del calibre del chorro urinario, goteo terminal, no otros.	Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada. Hiperlipidemia no especificada, examen de pesquisa especial para tumos de la próstata.	53 Kg	Medicamentos. Control con resultados, se da formulación para lesión en región derecha glútea, y tratamiento para insomnio.
13 de diciembre de 2017	Diarrea escasa sin moco ni sangre de más de 3 semanas de evolución, más de 5 deposiciones diarias. No otros. Aporta resultado de psa el que se encuentra elevado, nicturia, pérdida de calibra del chorro urinario. Afebril, hidratado, no ictericia, no cianosis. Mucosa oral semi seca, dolor en región de marco cólico, no masas ni megalias, peristaltismo aumentado.	Paciente con diarrea de más de 3 semanas, y pérdida de peso.	51 Kg	“ss elisa para vih”. Orden de valoración por urología, ss además tratamiento con atorvastatina.
16 de julio de 2018	Consultó por sensación de pérdida de peso inintencional y dolor en el epigastrio de mas de dos meses de evolución, refiere	Diagnóstico principal: pérdida anormal de peso. Otros diagnósticos: gastritis no especificada, insomnio no orgánico.	48 Kg	“ss endoscopia digestiva”

	varios tratamientos sin mejoría, no otros. Afebril, hidratado, activo, no cianosis, no ictericia.	Paciente con dolor en peigastrio y pérdida de peso de más de 5 Kg en dos meses, antecedente de hermana fallecida por cáncer gástrico.		
19 de septiembre de 2018	Consultó por dolor epigástrico, persistencia de dolor en región epigastrio de meses de evolución, refirió que está pendiente de realización de endoscopia digestiva la que se ordenó hace más de dos meses. No otros. Afebril, hidratado, activo, no cianosis, no ictericia. Paciente con síntomas gripales.	Infección viral no especificada.	48 Kg	Acetaminofén. Pendiente realización de endoscopia.
8 de octubre de 2018	“tengo una hernia”. antecedentes de dislipidemia, gastritis, que acude a consulta sin acompañante, refiriendo que hace 2 años aproximadamente presente hernia inguinal derecho, que le provoca dolor ocasional, con ciertos cambios de posición o con esfuerzos físicos, paciente valorado por cirugía general quien solicita exámenes, requiere renovar orden para cita de control, consulta además refiriendo exacerbación de síntomas dispépticos, actualmente en manejo con omeprazol, niega otra sintomatología.	Acude por cuadro de hernia inguinal derecha, pendiente de valoración de control de cirugía general, con reporte de exámenes solicitado por especialidad (no los trae), afebril, sin alteraciones, hernia inguinal derecha sin complicaciones, lesiones eritematosas descamativas en ambas piernas. Hernia inguinal bilateral sin obstrucción ni gangrena. Hipercolesterolemia pura, examen de pesquisa especial para tumor de la próstata.	53 Kg	Se solicitó valoración por cirugía general, ordenó tratamiento ambulatorio con corticoide tópico, medicamento de control.

21 de diciembre de 2018	Diarrea líquida hace 4 días de alto gasto al inicio del cuadro, sin presencia de sangre ni moco, dolor abdominal tipo cólico ocasional, náuseas que no llegan al vómito, no fiebre, no vomito, no disnea, no cefalea, no mareo, no dolor en pecho, no disuria, no mialgias.	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	54 Kg	Tratamiento analgésico, antiespasmódico, hidratación oral, reposo.
13 de marzo de 2019	Vómito de 3 días de evolución, epigastralgia urtente púrpura náuseas emesis en 2 episodios, además, dolor abdominal en lugar de hernia inguinal, niega cambio de coloración de la piel, fiebre u otra sintomatología.	Gastritis aguda, hernia inguinal unilateral no especificada, tabaco y nicotina.	52 Kg	Se remitió a cirujano general, se dan signos de alarma.

Con el fin de esclarecer si en verdad los signos presentados durante todas las atenciones en salud brindadas al paciente, podían ser constitutivos de indicios que dieran serias sospechas a los médicos de la existencia de una posible “cirrosis hepática”, como se alega desde los albores de este trámite, se hace necesario compaginar el historial precedente con valoraciones de los peritos traídas a juicio y, en verdad, a qué conclusiones se podía llegar en conjunto para la definición real del diagnóstico y de ahí su tratamiento.

Así, pues, del peritaje rendido por el médico Alexander Narváez Parra, se logra apreciar una afirmación coincidente con los demás médicos que acudieron al proceso, como más adelante se señalará, y es que la cirrosis hepática puede ser asintomática y, por lo menos debe contar con un estudio endoscópico por “el diagnóstico repetitivo de gastritis crónica”, como lo describe “J.L. Rodríguez García en su libro diagnóstico y tratamiento médico en el capítulo de cirrosis hepática “son diversas las situaciones en las cuales puede realizarse un diagnóstico presuntivo por ejemplo la aparición de ascitis en un paciente con hábito enólico (sic), o el descubrimiento de varices esofágicas tras un estudio endoscópico”. Acotó el galeno que el paciente presentó durante “la mayoría de las consultas” síntomas propios de ese tipo de enfermedad como “anorexia, náuseas, vómito, pérdida de peso, diarrea, dolor vago del cuadrante superior derecho, fatiga, debilidad, fiebre, ictericia, amenorrea, impotencia, infertilidad”; en su criterio, el cuadro clínico era muy claro cuando consultó “en diez

ocasiones por los mismos síntomas y no tengo nunca una valoración por especialista”. Cuando fue indagado por la Juzgadora de primer nivel acerca de si era suficiente un solo síntoma para decir que una persona tiene cirrosis, contestó que “no fue un solo síntoma, fueron los mismos síntomas durante varias consultas, entonces puede ser indicativo de que tiene una cirrosis o como puede ser indicativo de que tenía un cáncer, como puede ser indicativo que tiene una gastritis, es decir, un síntoma por sí solo no le hace un diagnóstico (...), pero si me da señales a mí de que si me consultan diez veces por el mismo síntoma es porque está pasando algo y tengo que hacer algo”. Aseguró que la epigastralgia nunca se le quitó, fue constante y la pérdida de peso fue progresiva. Recalcó que en efecto la epigastralgia es un síntoma que puede estar asociado a una gastritis, el cual en realidad era el diagnosticado y para ello recibió manejo, pero que, a su juicio, la evolución tórpida y no determinada fue la causa como tal porque no había paraclínicos.

Comparadas por esta Sala las sintomatologías referidas por el perito médico que podrían demostrar la existencia de una cirrosis hepática, con la historia clínica, se observa que el paciente no tiene ningún reporte de anorexia en las consultas; solo presentó vómito en una ocasión como lo fue en la consulta del 13 de marzo de 2019, dos días antes del fallecimiento; presentó diarrea el 13 de diciembre de 2017 y el 21 de diciembre de 2018, en las cuales se diagnosticó que tenía “pérdida de peso” y se remitió a valoración por urología y medicación, en la primera de ellas, y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso en la segunda; consultas, por cierto, con más de un año de diferencia y que, desde luego, no dan asomos de una diarrea frecuente; fue diagnosticado con pérdida de peso el 13 de septiembre de 2017 (51 Kg) y consultó por el mismo síntoma el 16 de julio de 2018 (48 Kg), casi un año después; para la cita de 19 de septiembre de 2018 pesaba los mismos 48 Kg, pero para el 8 de octubre del mismo año, no menos de un mes después, recuperó su peso a 53 Kg, y el siguiente 21 de diciembre pesaba 54 Kg, circunstancia que no da cuenta de una pérdida de peso progresiva, más bien, como se dijo en uno de los diagnósticos, fue una pérdida anormal de peso. Se tiene que nunca refirió tener fatiga ni debilidad, no presentó fiebre en las consultas, así como tampoco se encontró ictericia o impotencia.

De entrada, resulta desvirtuado con objetividad, con la historia clínica, por lo menos la manifestación puntual del galeno antedicho, concerniente a que el paciente haya presentado igual sintomatología en todas las consultas médicas; contrario sensu, encuentra esta Sala que, si bien algunos de ellos pudieron estar presentes en las atenciones de salud, lo cierto del caso es que no eran constantes, no eran reiterativos ni continuos, se trataba de síntomas esporádicos y en períodos espaciados entre una y otra atención, que por lo demás fueron diagnosticados y tratados con medicamentos y remisiones a especialistas en la materia; allende, en varias de ellas se precisó que se estaba pendiente de la realización de una endoscopia que le había sido ordenada meses atrás al fallecimiento. En lo

atinente al peso se observa que el causante tuvo un peso promedio en toda su historia clínica entre 51 y 54 Kg, es decir, se trataba de su peso normal, y aunque existen referencias que para el específico caso del paciente era un “peso bajo”, lo cierto es que ello no implica per se una “pérdida de peso progresiva”, más allá de un interregno en que en realidad sí se presentó tal pérdida, incluso fue diagnosticada medicamente, no se puede desconocer que el tratamiento en su momento prescrito para su mejoría fue preciso para que el actor recuperara su peso. Sin embargo, no puede soslayarse que coexistía otra serie de patologías que podían influir en este aspecto como lo fueron la gastritis no especificada, ansiedad, hernia inguinal bilateral sin obstrucción ni gangrena y reflujo gastroesofágico sin esofagitis, así como un recurrente insomnio y un tabaquismo que siempre estuvo presente.

En este punto, necesario es indagar lo dicho a su turno por el perito presentado por la parte demandada, el Dr. Jorge Iván Marín Uribe, quien manifestó que las patologías por las cuales consultaba el paciente eran: enfermedad de reflujo gastroesofágico sin evidencia de esofagitis, gastritis no especificada, hernia inguinal bilateral, hernia inguinal unilateral y pérdida anormal de peso; de esta manera procedió a explicar que los síntomas asociados a estas patologías son pirosis, epigastralgia, pérdida de peso, dolor en región lumbar inguinal derecha, parestesias en miembros inferiores. Fue categórico al reseñar que no tuvo síntomas o signos que hicieran sospechar una cirrosis hepática, fundado en que los síntomas de esta última enfermedad son la fatiga, como el más común en estos casos; la pérdida de masa muscular; el prurito (picazón), también síntoma común por los trastornos del conducto biliar; explicó que los pacientes por lo habitual tienen picazón en grandes partes del cuerpo y puede ser intensa; edema, que es la retención de grandes cantidades de líquido en el cuerpo, más a menudo en las piernas; ascitis, como retención de cantidades anormales de líquido en el cuerpo dentro de la cavidad abdominal; trastorno del tubo digestivo, es decir, que pueden desarrollar venas anormalmente dilatadas llamadas várices dentro del aparato digestivo, más comúnmente en la parte inferior del esófago; encefalopatía hepática, con desaceleración mental, confusión, somnolencia excesiva, dificultades en el habla; además, aseveró que la causa de la cirrosis puede ser por continuo uso de alcohol, hepatitis virales, autoinmunes, y del estadio en que se encuentre. El profesional expuso que la enfermedad de reflujo gastrointestinal sin esofagitis no es compatible con los síntomas de una cirrosis hepática, pues son don entidades diferentes y con sintomatologías distintas.

Al perito se le indagó si en las consultas realizadas existía alguna referencia o evidencia de la presentación de síntomas o signos que hicieran dirigir la conducta de los profesionales al estudio de una cirrosis hepática, frente a lo cual punteó que no había hallado sintomatología referenciada en la historia clínica que llevara a pensar que el paciente cursara un cuadro de cirrosis, por lo que no resultaba factible definir si se necesitaban estudios para esa enfermedad. Reveló que la cirrosis es una

enfermedad de evolución lenta y por ende para diagnosticarla son importantes los síntomas presentados, y que si bien, coincidente con el otro perito, puede ser asintomática, lo que indica un estadio 1, la probabilidad de encontrar várices esofágicas es muy baja, de modo que realizar una endoscopia no cambiaría el pronóstico, pero si se encontraran significaría que la enfermedad está avanzada e indicaría la aparición de síntomas de hepatopatía. De cara a la historia clínica, apuntó que encontró a un paciente que acudió a varias consultas por diversas patologías y en diferentes momentos, unos para control de enfermedades de base y otros consultando síntomas como epigastralgia, que es un dolor en la boca del estómago y hernia inguinal; consultaba por síntomas gastrointestinales que hacían pensar clínicamente en una gastritis como un reflujo gastroesofágico. Repuntó que la cirrosis es una enfermedad que tiene un aspecto muy amplio, que puede ir desde el estar asintomática hasta tener serios síntomas que llevan a pensar en ello, es decir, que esas personas pueden presentar dolor abdominal difuso, o sea, generalizado, debido a una situación médica que se llama ascitis, acumulación de líquidos en la cavidad abdominal, sangrados o vómitos con sangre, sangrados digestivos, se tornan amarillos, es decir, ictericos, pueden hacer “telangiectasia” que son dilataciones de las venas a nivel del abdomen, como unas “arañitas”, ginecomastia que es un crecimiento de las glándulas mamarias, edemas, hinchazón en los pies. Por otro lado, dilucidó que uno de los síntomas de la cirrosis no es la pérdida de peso súbita, porque es una enfermedad crónica, es decir, que se va “larvando”; sí puede haber pérdida de peso, pero debe ser progresiva, o sea, no pierde súbitamente peso, puede haber vómito y deposiciones diarreicas. El especialista valoró que en medicina entre más argumentos clínicos y paraclínicos se tengan es mejor para poder estructurar un diagnóstico, pues eso mejora la posibilidad que sea certero, entonces se pueden presentar uno o dos síntomas en cualquier enfermedad, pero la probabilidad de diagnósticos diferenciales se amplía, es decir, explicó: “si un paciente a mí me consulta por epigastralgia que es el dolor epigástrico en la boca del estómago, como fue un motivo de consulta de este paciente, yo tengo un abanico de opciones que tengo que entrar a considerar, es muy difícil y yo diría casi imposible teniendo en cuenta que en medicina no hay no existe un 0 ni un 100%, yo le podría decir casi imposible que yo solo por una epigastralgia sospeche que un paciente tenga una cirrosis, sí me amplía la opción y dentro de las opciones yo tendría que considerarlo pero no podría yo asegurar que el diagnóstico definitivo sea por un síntoma, entonces en conclusión, en la medida en que nosotros tengamos más síntomas se va ampliando un término en medicina que se llama la especificidad, es decir, el diagnóstico va siendo mucho más confiable y va siendo mucho más probable, mientras yo tenga menos síntomas el diagnóstico va a ser menos probable y las opciones diagnósticas son mayores”. Apuntó que al paciente no se le encontró ascitis y tampoco signos crónicos de hepatopatía que llevara a los médicos a pensar en una cirrosis o que el paciente tuviera venas esofágicas; precisó que, por la historia clínica, no hubiera sospechado una cirrosis, infortunadamente ese fue un diagnóstico pos mortem, pero en la

evolución no existían argumentos para pensar en la cirrosis. Sugirió más bien que “los síntomas que presentaba el paciente y los mencionados no corresponden a una sintomatología que corresponda a una cirrosis hepática, la hernia inguinal no es un diagnóstico que esté relacionado o que nos indique pensar en una cirrosis, en tanto los síntomas podían obedecer a una amplia gama de enfermedades gastrointestinales y el paciente mejoraba con los tratamientos que se le realizaban. Asimismo asentó que al hablar de dolor de abdominal generalizado, significa que al paciente le duele al lado derecho, o al izquierdo, o en la boca del estómago, o en la zona de la pelvis, esto es, que no existe un sitio puntual para decir que a los pacientes de cirrosis les duela en alguna parte, mientras que en este evento presentaba un dolor muy localizado que era en la boca del estómago, y con ello se concentra más la enfermedad en una del estómago, gastritis, úlcera gástrica, cáncer de estómago.

En sus conclusiones aseveró que “los pacientes con cirrosis asintomáticos es porque su cirrosis es muy leve y estos pacientes terminan muriendo de otras cosas o incluso pueden vivir más que otras personas que tienen otras enfermedades menos graves, cuando un paciente fallece por una cirrosis es porque generalmente está en un estadio cuatro, es decir, ese paciente ya tiene ascitis, ya tiene líquido en el abdomen, ya tiene várices esofágicas, tiene complicaciones probablemente renales y cardíacas y eso es un paciente que ha pasado mucho tiempo en esa fase, yo considero muy poco probable que un paciente con una cirrosis estadio uno que es un paciente asintomático se muera por eso”. Concluyó que, en este caso, con la historia clínica, estimaba que se debía pensar en una úlcera gástrica, que no descartaba un carcinoma o cáncer de estómago, y gastritis por sangrado digestivo agudo.

Para la Corporación, la anterior evidencia técnica, demuestra igualmente que el paciente no fue recurrente en sus síntomas con cada consulta, y más bien aporta elementos objetivos a lo exteriorizado en la historia clínica, en cuanto que las señales presentadas por el afectado no fueron constantes, repetitivas, incesantes; del mismo modo se infiere que, según la sintomatología relacionada por este profesional de la medicina, para determinar la existencia de una cirrosis o la probabilidad de su curso, comparada con la presentada por el afectado, en verdad no exteriorizó en momento alguno fatiga, contrario a ello, en la mayoría de las citas refirió sentirse bien, “en buenas condiciones generales”, circunstancia que se acompaña también con lo dicho por varios de los testigos, en cuanto afirmaron que el paciente era una persona activa; no se evidenció pérdida de masa muscular, tampoco presentó picazón, ni edemas, ni ascitis, mucho menos ictericia, confusión o somnolencia excesiva, en contraste presentó una constante de insomnio que conjeturalmente pudo ser derivado de su diagnóstico adicional de ansiedad; no se encontró que fuera una persona alcohólica; circunstancias que llevan a la convicción a esta Sala que, cuando menos, por la sintomatología diversa e intermitente que acompañó al

aquejado en todas las consultas médicas, no podía de entrada pensarse por los galenos tratantes la presencia cierta o a lo sumo sospechosa de una cirrosis hepática; como lo sostuvo el galeno, con el solo hecho de presentarse uno de los síntomas de la cirrosis de manera esporádica, no se podía determinar o temer, prima facie, la misma.

Se fortifica la precisión con un punto que a la par fue objeto de reproche por el apelante, atinente a la falta de realización de paraclínicos, lo que se traduce en la omisión para la práctica de exámenes diagnósticos que auscultaran sus padeceres, que, dicho sea de paso, eran múltiples, y con los cuales, a voces del extremo activo, se hubiera detectado la enfermedad de cirrosis hepática. Luego entonces, se tiene que el médico Alexander Narvárez Parra aseguró que el señor García Cuervo solo recibió tratamiento sintomático como lo son, antiácidos y analgésicos, pero no se evidenciaba “ningún paraclínico” o imagen diagnóstica que esclareciera la etiología de los síntomas y que, a pesar de mencionarse en la historia clínica, 19 de septiembre de 2018, que estaba pendiente una realización de endoscopia digestiva, no existían reportes de ella, ni “ningún otro estudio pertinente”, y que nunca fue atendido por médico especialista, hecho que a su entender, así, sin mayor explicación, o razón de su dicho, demostraba la omisión e impericia en el manejo clínico, pues debió contar el paciente “con al menos un estudio endoscópico por el diagnóstico repetitivo de gastritis crónica”.

Tales dichos contrastan por completo con la evidencia reflejada en la historia clínica allegada al dossier, y aclaran, en efecto, las manifestaciones dadas por la a quo en su sentencia, encaminadas a que el galeno no tuvo al alcance o, cuando menos, no analizó la historia clínica completa, o si lo hizo, omitió puntos relevantes que de ella se desprendían y que ahora tilda de omisivos; es más, el mismo experto aseguró no saber si tenía el documento completo o no, porque fue el que le entregaron los demandantes y, en este aspecto, valga acotar, no tiene esta Sala como establecer cuál fue la verdadera historia que tuvo a su alcance, pese a la manifestación del apoderado de los demandantes de haberle dado los mismos folios obrantes en el expediente; máxime cuando la propia experticia demuestra falencias y temas pendientes e inconsistentes. Y es que, en honor a la verdad, comparadas las atenciones analizadas por el Dr. Narvárez Parra en su experticia, omitió alguna de ellas, en las cuales se puede evidenciar que, por ejemplo, el paciente fue remitido a cirugía general por primera vez el 4 de septiembre de 2015, no cinco años después como lo aseveró; que además el 30 de septiembre de 2015, consulta a la que tampoco hizo alusión, se ordenó eco de tejidos blandos para definir si era una hernia o vórtice lo que presentaba el aquejado; nada dijo de la nota del 19 de abril de 2016, en la cual se acotó sobre la ecografía de tejidos blandos de región inguinal derecha hernia inguinal; extrañamente, aunque analizó la consulta de 19 de diciembre de 2016, guardó mutismo acerca de que en ella se apuntó que estaba pendiente de acudir con reporte con cirujano general, y que volvió a ser remitido a consulta por cirugía general y a control con ecografía.

También olvidó en sus argumentos el paraclínico realizado al paciente de eco de tejidos blandos de pared abdominal de 20-4-2016, tal como lo reporta la atención de 3 de marzo de 2017, que mostró prominencia del anillo inguinal derecho, pequeña hernia reductible local, y con base en ello se confirmó el diagnóstico de hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena. A su vez, el 13 de diciembre de 2017, ante la presencia de síntomas como diarrea, nicturia, pérdida del calibre del chorro urinario, dolor en región del marco colónico, se ordenó examen de VIH y valoración por urología, hecho que no fue mencionado por el médico perito. Se encuentra a la vez que el 16 de julio de 2018, cuando consultó por dolor en el epigastrio y pérdida de peso de más de 5 Kg allí se anotó que el paciente tenía antecedentes familiares (hermana) de cáncer gástrico, comentada con el Dr. Lázaro Arango, y en el plan de manejo de consignó “endoscopia digestiva”; sin embargo, en la cita siguiente, de 19 de septiembre de 2018, es decir, dos meses después, refirió el paciente que le persistía el dolor en región de epigastrio de meses de evolución y estaba pendiente realización de endoscopia digestiva que se le había ordenado hacía más de dos meses; allí se plasmó que entonces quedaba pendiente de la endoscopia, y luego, el 8 de octubre de 2018, al consultar por la hernia, se anotó: “acude a consulta por cuadro de hernia inguinal derecha, paciente de valoración de control por cirugía general, con reporte de exámenes solicitados por especialidad (no los trae). Se solicitó valoración por cirugía general”. Y, por último, el 13 de marzo de 2019 se le remitió de nuevo a cirugía general y estando a la espera en el consultorio para ser atendido por el especialista, fue que se presentó el infortunado deceso. Situaciones anteriores que ni por asomo refirió el Dr. Narváez, pues, claro está, de haberlas analizado acuciosamente y de manera completa, sus conclusiones serían disimiles, o por lo menos el sustento de su pericia mal podría ser tan rotundo al afirmar que nunca se le hicieron paraclínicos al paciente o que nunca tuvo cita con especialista, pues como se advirtió tuvo una eco de tejidos blandos de pared abdominal gracias a la cual se confirmó la hernia inguinal, le fue ordenada ecografía de vías digestivas que no se materializó y acudió a cita con cirujano general. Entonces, sus apuntalamientos resultan incompatibles con las atenciones y órdenes reflejadas en la historia clínica. Incluso llegó a poner en tela de juicio que los paraclínicos no fueron ordenados por culpa del sistema de salud que muchas veces le impide dicho actuar a los galenos. No obstante, para sumar, al médico se le indicó que en la historia clínica se evidenciaba que se le había ordenado una endoscopia, a lo cual contestó que “aquí dice que se solicitó la endoscopia nueve meses antes del fallecimiento, pero la endoscopia en realidad, o sea, en toda la historia, por lo menos pues que a mí me aportaron los familiares del occiso, la endoscopia no existe”. Y aquí se encuentra entonces una apreciación que difiere con su misma experticia, y llega por demás a una conclusión, consistente en que la impericia y negligencia en este caso deviene “en que no se hicieron los estudios a tiempo y se llegó pues a un deceso, a que tenía que morir pues una persona para darse un diagnóstico”. Con todo, la manifestación literal del perito indicativa de que la patología de cirrosis podía ser frecuentemente asintomática, pero

que “debería contar con al menos un estudio endoscópico por el diagnóstico repetitivo de gastritis crónica”, contrario a lo pretendido con esta prueba, demuestra que en efecto lo mínimo que debía hacerse era ese examen diagnóstico y, como se vio en líneas anteriores, fue ordenado y el paciente no se lo realizó, asistiendo a posteriores consultas en las que refería que tenía pendiente el mismo y los galenos anotaban que en efecto se estaba al pendiente de que lo presentara.

En sentido inverso, el Dr. Jorge Iván Marín Uribe, fue preciso al subrayar que, por lo que estaba escrito en la historia clínica del paciente se había solicitado una endoscopia digestiva por las sospechas que tenían los médicos de una gastritis y de una enfermedad ácido péptica, más tampoco tuvo el reporte; empece, aseguró que, a su criterio, no faltó ordenar otro examen en la atención al paciente dada su sintomatología, pues por lo que presentó no daba para pensar en otras enfermedades distintas a una gastrointestinal, al punto que él no habría considerado hacer una tomografía abdominal ni ecografía de hígado, y como los síntomas eran sugestivos de una enfermedad gástrica, el examen de elección era una endoscopia digestiva, tal como fue solicitada. En este punto, son unísonos ambos peritos en que, con los síntomas presentados, las patologías diagnosticadas y el antecedente familiar de cáncer gástrico en hermana, lo pertinente era la realización de una endoscopia para confirmar las sospechas; sin embargo, la valoración no se realizó pese a haber sido ordenada. Es así como se responde a la refutación del apelante en cuanto a que “fácilmente” se diagnosticó una gastritis, cuando lo cierto es que sí se trató de indagar a través de tal examen y, de consuno, explica las razones por las que no se ordenó la ecografía de hígado, cuando los síntomas no enfilaban a ese lado y por ende no se tendrían argumentos para solicitar la biopsia hepática.

En este punto, vale hacer un paréntesis, consistente en que dicho examen, según los dichos médicos, no mostraría la presencia de una cirrosis hepática a menos que estuviera en una fase de tal avance que pudiera mostrar la existencia de várices esofágicas, y así realizar el tratamiento inicial que sería una ligadura de las mismas pero, con lo que se desprende del material probatorio y aplicando las reglas de la experiencia y la sana crítica, considera la Sala que, si eventualmente el resultado no hubiera confirmado las enfermedades diagnosticadas lo más probable es que los galenos tratantes tendrían que reevaluar su tesis y auscultar otro tipo de enfermedades. Pero, el examen nunca se ejecutó.

Para concatenar la teoría, con observancia de otro aspecto objeto de impugnación, diamantino es que el accionante nunca se realizó el examen de endoscopia digestiva y por ende nunca arrimó el resultado; con las pruebas arrimadas al expediente digital no existe manera alguna de establecer que este se hubiera omitido materializar por negligencia en la prestación del servicio por parte de la EPS, merced a que la parte interesada no allegó el respectivo elemento suasorio demostrativo de diligencias

administrativas ante la entidad prestadora del servicio de salud tendiente a proceder con la realización del examen y que ella, en un actuar apático, le hubiese negado su autorización. No existe evidencia de la imposición de barreras administrativas, es más, ello ni siquiera se alegó en los hechos del libelo genitor para robustecer la tesis de la negligencia. Situación entonces carente de soporte probatorio que no puede, per se, endilgarle responsabilidad a la demandada, cuando del otro lado existe la incertidumbre acerca de si fue el propio paciente quien decidió no practicarse el paraclínico. En una palabra, el demandante, en este punto, no logró acreditar en debida forma sus alegatos, memorando que es incumbencia de las partes asumir la carga probatoria que les compete en pro de demostrar los supuestos fácticos en los que apoyan sus sustentaciones.

Ahora bien, alegó el extremo activo que no se practicó ningún tipo de examen que además de diagnosticar la enfermedad descartara cualquier otra que estuviera generando las molestias; sin embargo, claro es, y las reglas del sentido común lo advierten, los médicos tratantes han de orientar su conducta no sobre aleatorias suposiciones que puedan surgir en el amplio mundo de la medicina, sino atendiendo las bases técnico científicas que les asistan en función de la sintomatología que se halle en el paciente, de suyo que el extenso campo de enfermedades existentes y que pueden tener síntomas similares, no da entrada para su búsqueda al tiempo, menos cuando, como ocurrió en el de marras, los síntomas daban ya una orientación de diagnóstico digestivo y de hernia. Así, por ejemplo, el Dr. Marín Uribe aseguró que es casi imposible que de una epigastralgia se sospeche de inmediato una cirrosis.

Teoría robustecida por uno de los médicos generales que lo atendió, y del que no se tachó su testimonio, quien manifestó que el paciente la mayoría de las veces consultó por síntomas de enfermedades “ácido péptico o dispéptico”, por dolor en nivel de epigastrio básicamente, y que alguna vez refirió pérdida de peso; que tenía dislipidemia y se encontró con elevación del antígeno prostático, y por ello, uno de los exámenes primordiales que le ordenó fue la endoscopia digestiva, además que el paciente le había referido que tuvo una hermana con cáncer gástrico que falleció, por lo que optó por dicho examen, y obviamente le mandó el manejo pertinente mientras se le hacía la endoscopia ordenada, meses después “reconsultó” el paciente, quien no se la había realizado, sin saber la razón. Afirmó que ninguno de los síntomas ni del aspecto lo llevaron a pensar en cirrosis hepática. Planteó que probablemente la endoscopia hubiera podido encontrarse algún indicio, así fuera mínimo de la cirrosis, porque podrían verse várices esofágicas en un estado avanzado como pudo haberlo tenido.

Se concluye hasta aquí la diligencia entonces emprendida por la institución prestadora del servicio de salud, puesto que si bien el paciente consultó en varias ocasiones, no fueron reiterativas, recurrentes y por igual

motivo, siendo valorado no solo por medicina general sino también por cirugía general, y remitido a oftalmología y urología, con el fin de brindarle una atención integral y poder establecer la causa de los diversos diagnósticos que presentó, como se ha reseñado.

Por ende, refulge diáfano que el paciente no manifestaba una única sintomatología que permitiera a los galenos encuadrarla de manera particular en una cirrosis hepática, cuando sus síntomas estaban más ligados a enfermedades gástricas, por cuanto de lo observado en la historia clínica es tangible que las patologías que adoleció se fueron desarrollando de forma progresiva y unas esporádicas, pues en un determinado momento no concurrieron todos los síntomas, a más que existieron diagnósticos por causas disímiles a las que podrían llevar a colegir la existencia de una enfermedad hepática y que no eran compatibles.

En armonía, se hace hincapié en que si bien la historia clínica demuestra que al paciente le fueron prescritos variedad de medicamentos para el tratamiento de las patologías diagnosticadas en su momento, lo cierto del caso es que el argumento del refutante en cuanto a que enmascararon la enfermedad de cirrosis, no puede trascender en esta Sede en la medida en que, primero, este aspecto no fue ventilado como causa de la demanda, y como se dijo en líneas primigenias, ello atentaría contra el principio de consonancia de la sentencia; segundo, tampoco existe soporte probatorio de dicho alegato más allá de una vaga y lacónica manifestación del perito traído por la parte activa. Razón que trasluce suficiente para no emitir mayores elucubraciones frente al tema.

Hasta este momento, se aprecia entonces, en lo que respecta al reproche frente al diagnóstico del paciente, que no coexiste razón de suficiente peso probatorio para asegurar que ello haya influido de manera directa y determinante con el desmejoramiento y fallecimiento del paciente, por cuanto no se presentaron síntomas que pudieran ilustrar la presencia de una cirrosis hepática; máxime en un individuo que indubitablemente presentada diversidad de síntomas y enfermedades. De tal manera, tampoco existe forma de determinar, o por lo menos no lo indicaron las pruebas, que la muerte haya acaecido de manera exclusiva por la falta de un diagnóstico prematuro.

Si la demanda se estructuró en yerros de diagnosis que trajeron consigo tardanza en la atención médica, no hay una evidencia nítida, contundente e irrefutable que acredite que un mal proceder médico condujo a la agravación de la salud del paciente, cuando, por el contrario, las versiones técnicas y periciales, enrostran que ante los signos presentados se procedió en debida forma sin que pudiera enfilarse el estudio clínico a una cirrosis hepática por la falta de síntomas que así lo sugirieran.

En este aspecto, apuntó la Corte Suprema de Justicia, en

sentencia SC3272 de 2020 que, se trata en últimas que “la decisión sobre el tratamiento a seguir fuese el correcto. De ahí, el control judicial posterior de esa conducta y decisión no puede partir de la base de los resultados adversos o de la falta de acierto, para concluir que hubo incumplimiento, tardanza, en definitiva culpa. Lo anterior conduciría, ni más ni menos, a coartar la libre iniciativa y el criterio profesional del facultativo, para seleccionar el tratamiento correcto dentro de las opciones ofrecidas por la ciencia, atendidas las calidades del paciente y los recursos disponibles, si el comportamiento se juzga a la luz de los resultados, en cuyo caso el médico estaría impelido a tomar decisiones a la defensiva, inclusive en detrimento de los usuarios del servicio”. Y es que fue categórica la Corte al precisar que, en el examen de la conducta profesional, se deben agregar circunstancias como la experiencia de los galenos, “la complejidad del caso y la eventual existencia de dos o más diagnósticos razonables dados por la evidencia, todo lo cual llevará al juez a determinar si en ese complejo campo el error de diagnóstico no fue el resultado de una culpa comprobada, sino la lamentable condición del estado del arte médico, todavía en numerosos ámbitos con pronósticos inciertos”.

Traído tal precedente al caso de marras, es claro entonces que en el en el evento pudo influir la existencia coetánea de otras patologías, comprobada, incluso, paraclínicamente una de ellas, tales como, la gastritis no especificada, el reflujo gastroesofágico sin esofagitis y la hernia inguinal unilateral no especificada, de las que no se logró acreditar no existieran en el paciente; es más, aún el diagnóstico de muerte, cual lo fue una cirrosis hepática, fue al paso debatida por el Dr. Jorge Iván Marín Uribe, quien consideró que por los hallazgos anotados de los órganos del paciente, considera que la muerte pudo ser provocada por otras patologías como úlcera gástrica, carcinoma o cáncer de estómago, y gastritis por sangrado digestivo agudo, en razón a que no se evidenció la existencia de venas esofágicas, según él, de las cuales era necesaria su presencia para haber terminado con una hematemesis tan fuerte, pues, si la causa fue esa cirrosis y el desenlace fue tal, era porque la presunta enfermedad debía estar en un nivel iv, es decir, muy avanzado, y en esa fase se da la presencia de esas venas esofágicas. Discutible entonces podría resultar hasta la causa de muerte, a voces de tal profesional. De esta forma, como lo sentó el Órgano de Cierre en materia civil, “el error lo puede cometer cualquier médico, aún el más avezado, el más precavido, el más experimentado. Lo determinante es verificar si esa inacción se debió a inadvertencia o descuido frente a los síntomas y signos que mostraba el paciente, o si, justamente, por la equivocidad de los mismos, o por la vulnerable condición del paciente, la prudencia aconsejaba una intervención quirúrgica tan solo cuando fuere necesario”. En epítome, claro es que no hubo negligencia de la parte pasiva en razón a que, realmente, los síntomas no hacían sospechar la presencia de una cirrosis hepática, pues si bien alguno que otro se presentó, se itera, no fueron constantes, repetidos y precisos para encaminar la atención hacía esa patología. De allí se sigue, no quedó plenamente demostrada la existencia

de nexos de causalidad entre la presencia de un hecho generador de errores de diagnóstico, y la muerte, condición necesaria para acceder a lo pretendido, en lo tocante al primer tema analizado.

7. En cuanto corresponde a los hechos acaecidos el día 15 de marzo de 2019, a partir de lo cual gravita la segunda inconformidad de la demanda, esto es, la falta de atención oportuna, inmediata o adecuada al momento del deceso del paciente, de la historia clínica se extrae que el doliente acudió a la IPS Interconsultas para asistir a cita con cirujano general; sin embargo, encontrándose a la espera, minutos antes de la hora programada, el paciente presentó una complicación médica. Reseña el documento que para ese día se alertó sobre la inestabilidad de un adulto mayor, con palidez y frialdad generalizada, emaciado, se verificó signos vitales, sin registro de oximetría, “no se palpan pulsos periféricos ni central con hematemesis profusa en cuncho de café por boca y nariz en forma permanente, sin respuesta a estímulos, sin signos vitales”, luego, dos o tres minutos, ingresa al consultorio el cirujano general, se pasa a la camilla para posición de seguridad ante persistencia de hematemesis de aproximadamente 4000 cc, se verifican “pupilas midriáticas arreactivas”, lo que daba cuenta de compromiso neurológico severo. A la postre, registra: Diagnóstico principal: Choque Hipovolémico. Concepto de la médica general Angélica María Escobar”⁴.

A su vez, el dictamen del Instituto Nacional de Medicina Legal⁵ consignó que el occiso presentó un colapso súbito, hematemesis y falleció. Con antecedentes de trastornos digestivos y por ese motivo sería examinado por especialista en cirugía; encontró un sangrado digestivo alto y una cirrosis hepática severa, por lo que determinó que la muerte fue de tipo natural por complicaciones hemorrágicas derivado del trastorno hepático. También anotó que el cadáver no presentaba evidencia de intervención médica dada.

Frente a este ítem, afloran también dos posturas antagónicas entre los peritos médicos. Por un lado, el Dr. Alexander Alfredo Narváez manifestó que no puede decir que vio que no le hayan realizado reanimación, sin embargo, en la historia clínica se consignó “no se palpan pulsos periféricos ni centrales”, para argüir que si no había pulso lo llamado a hacer era un masaje cardíaco, reanimación; rotuló que en el informe de medicina legal no hay evidencia de canalizaciones o algún tipo de rescate al momento de la urgencia. Al preguntarle si consideraba que era posible mover al paciente con esa hematemesis para poder canalizarlo, evaluó que él había recibido en el centro piloto pacientes con dos, tres, cuatro disparos y los canalizaban, los movían y los llevaban al quirófano del Hospital de Caldas. Esclareció que él lo canaliza, le hace maniobras de reanimación, y que lo fácil o difícil de ello “depende del auxiliar que usted tenga, si usted

⁴ Cfr. Página 14 ss 01Parte1, C01Principal.

⁵ Cfr. Página 52-56. Ibídem.

tiene una auxiliar que es una tesa para canalizar lo canaliza, le hago maniobras de reanimación y lo saco a urgencias” -sic-. Aceptó que lo más urgente entre estabilizar al paciente y “salir corriendo con él”, es estabilizarlo y luego llevarlo a un nivel de mayor complejidad donde se pueda transfundir y hacer una endoscopia o lo que vaya a hacer el cirujano; en las condiciones en las que estaba el paciente, a su parecer, era posible estabilizarlo, porque “a mí no me va a hacer una muerte pues súbita un paciente que viene con hemorragia y que la hemorragia probablemente es muy progresiva”; cuestionó el hecho que por no tener pulso no se hagan maniobras, porque si el paciente perdió 5000 cc y le queda un litro, lo tengo que sacar a otro nivel para transfusión y en este caso Interconsultas está “a un pasito” de la Clínica Santillana, además, la reanimación se puede hacer en la ambulancia mientras se traslada. Aseveró que no tenía claro cuánto tiempo pasó exactamente entre la hematemesis y el fallecimiento del paciente.

A su turno, el médico Jorge Iván Marín Uribe fue más exacto, enfático, claro y explicativo al relatar el cuadro presentado el día del fallecimiento del paciente. Detalló que se presentó un cuadro de choque hipovolémico-hemorrágico secundario a una hemorragia digestiva masiva (hematemesis de aproximadamente 4000ml), recibió atención médica y de enfermería de inmediato, como se muestra de la historia clínica, incluso atendido por médico especializado en cirugía general a los tres minutos del evento. Este experto enunció las razones por las cuales las maniobras de reanimación cardiopulmonar, en este específico evento, con una persona que presentaba una hemorragia digestiva superior masiva y colapso hemodinámico presentado con posterior progresión a paro cardio-respiratorio, no hubiesen sido efectivas, en tanto, comentó, el manejo de la hemorragia es el control mediante procedimientos quirúrgicos y endoscópicos que en ese momento no podían hacerse pues el paciente estaba en un colapso hemodinámico; se debe también apoyar en transfusión sanguínea que no tenía forma de realizarse. Ilustró que, según la literatura el sangrado por posibles várices esofágicas, como una de las principales complicaciones de la cirrosis, se debe manejar con los siguientes pasos: i) Medidas de estabilización urgente mediante endoscopia digestiva, aspiración por sonda gástrica, trasfusión de concentrado globular, plasma fresco e infusión de plaquetas en algunos casos; ii) terapia endoscópica con escleropatía y ligadura de várices; iii) Uso de octreóditio; iv) uso de vasopresina; v) cirugía para shunt porto sistémico; y, vi) taponamiento con balón; pero fue enfático al recordar que estas medidas no estaban al alcance de un consultorio médico de una IPS primaria, por lo que lo único a realizar era canalizar una vena e infundir líquidos endovenosos y remitir a un centro hospitalario, sin embargo, se debía tener en cuenta que la situación se presentó muy rápido, el sangrado es masivo y no da tiempo para el traslado. Estimó que se presentó asistencia inmediata mediante evaluación rápida del paciente, clasificación de la situación, evaluación por el cirujano general, y posición de seguridad en camilla. Al análisis dijo que las maniobras de

reanimación en un paciente en el estado presentado en este caso, son infructuosas, pues el manejo es el control del sangrado, reposición de hemoderivados y probablemente intervención quirúrgica, lo que no se pudo realizar debido al rápido desenlace del cuadro clínico.

Asentó que lleva 20 años en el ejercicio de la medicina crítica de los cuidados intensivos, con frecuencia se enfrentan a casos similares y el 99 % de las veces, los pacientes fallecen en estas condiciones. Enseñó, primero, que cuando un paciente tiene una hematemesis masiva “en la cual literalmente, me perdonan la expresión, todo queda vuelto nada, lleno de sangre, uno no es capaz primero de canalizar una vena en ese momento, es un acto casi imposible porque los pacientes están perdiendo sangre tan rápido, evoluciona tan rápido la situación que las venas se colapsan y es casi imposible lograr canalizar una vena en una persona de estas, incluso, nosotros con todos los elementos necesarios en las unidades de cuidados intensivos que tenemos ecografía, que tenemos accesos venosos disponibles se nos cuesta y se nos dificulta canalizar venas a estos pacientes”, segundo, hay que tratar de entubarlos rápidamente, y punteó, “esto es un acto les cuento casi imposible porque el vómito de estas personas es un vómito tan masivo de sangre que uno no es capaz, primero, de ver por dónde va a pasar el tubo que tiene que tener una técnica especial para lograr que este tubo llegue al pulmón, uno no es capaz de ver porque la sangre no lo deja ver a uno”, tercero, indicó “estos pacientes colapsan y pierden sus signos vitales de una manera muy rápida, tratándose también de pacientes hay que tener en cuenta pacientes de edad avanzada o pacientes que tienen antecedentes de tabaquismo o de enfermedades como hipertensión estos pacientes pierden rápidamente sus signos vitales y entran en una parada cardiaca muy rápida”. Informó así que en su experiencia de veinte años reanimando pacientes, solo ha podido salvar un paciente en estas condiciones, y eso porque lo lograron entubar a ciegas, es decir, tratando de “meter el tubo” basado en la experiencia, pero “más no porque estemos visualizando bien...porque el paciente detuvo la hemorragia”; aseguró que de resto, todos los pacientes que ha tenido en estas circunstancias se le han muerto, y es algo que si se le pregunta a un médico de urgencias o de cuidados intensivos, “solo uno que está en esos momentos sabe cómo es la situación tan desgarrante...que es imposible recuperar estos pacientes”.

Frente al cuestionamiento de qué se hubiera podido hacer en el caso de marras, exteriorizó que se tendría que responder por los niveles de atención, dado que si se estaba en un primer nivel de atención, como lo fue en este caso, se trata de canalizar una vena y poner líquidos, pero advirtió que la probabilidad de que este preciso paciente, con esa sola canalización, se hubiera salvado, “es ninguna”; si está en un nivel tercero de atención, donde se tiene todo el recurso a la mano, probablemente se intente poner un catéter, un acceso central, se logre entubar y si logra estabilizar, se pasa a endoscopia para que pare el sangrado digestivo. Reiteró que el caso del aquí afectado era “totalmente irrecuperable”, porque existen dos casos en la

medicina que son prácticamente irrecuperables, “uno la ruptura de una arteria, de un aneurisma, por ejemplo, de un aneurisma de la aorta” que conlleva a “un 95% de mortalidad” y el segundo “los sangrados digestivos masivos en donde a nivel hospitalario la mortalidad es del 95% y a nivel extra hospitalario es del 100%”, como ocurrió acá. Frente a la pregunta de qué se hacía más prioritario en el momento, relató que era intentar estabilizar al paciente en el sitio del evento, y que si hubiera presentado un paro cardiaco, infarto o arritmia, las posibilidades de éxito en trasladar pueden ser muchas, “pero en una situación de un sangrado masivo como ocurrió en este caso correr con él para la Clínica Santillana llevaba los mismos resultados de lo que ocurrió en este caso”. El galeno indicó que, con su experiencia enfrentando emergencias, hubiera hecho lo mismo si se le hubiera presentado la situación en su consultorio, estabilizarlo antes de correr con él para otro lado, “teniendo en cuenta que corriendo o sin correr desafortunadamente el desenlace iba a ser igual por la forma como se presentó el sangrado masivo. En epítome, consideró que la hemorragia era prácticamente imposible de contener, de suerte que al momento de la presentación del evento recibió la atención adecuada por personal idóneo, porque, además, al momento acudió un especialista en cirugía general, el cual avaló no hacer maniobras de reanimación más de las que estaban haciendo. Por demás, reiteró las dificultades que suscitan una hemorragia profusa, máxime si en este evento se hallaba en consulta externa “común y corriente”, por lo que su pronóstico iba a ser muy malo así se hubiera logrado canalizar, entubar y reanimar, el desenlace hubiera sido el mismo. Por si fuera poco, llegó a cuestionar el dictamen de medicina legal en cuanto al diagnóstico de muerte, porque el médico legista no evidenció várices esofágicas, entonces consideró que la causa del deceso podía haber sido por un sangrado digestivo masivo, o una úlcera gástrica o una enfermedad ácido péptica inflamatoria severa. Anotó que el tiempo que dura el proceso desde que se presenta la hematemesis masiva hasta la muerte puede ir “desde inmediato”, o sea, que la persona entra en “parada cardiaca y muere”, como puede ir hasta los cinco minutos siguientes, pero aclaró que más que el tiempo de la hematemesis es el volumen.

Confrontados ambos dictámenes, emerge diáfana la diferencia entre ellos, en tanto el Dr. Narváez indica, de manera general, que por lo menos él, con una “auxiliar bien tesa” canaliza al paciente, para lo cual trajo a colación un caso, a sus voces similar, en el que logró estabilizar y trasladar incluso a ciudad diferente, por lo que tildó de negligente la atención al no haber canalizado y remitido al aquejado a una clínica que estaba cerca; enfocó más su experticia en tachar el acto médico de negligente que en explicar la situación presentada y lo llamado a realizar en este específico caso y con las particulares circunstancias, no en otros similares; empero, en contraposición, el Dr. Marín Uribe fue preciso y reiterativo que canalizar una vena de un paciente en las condiciones en las que estaba el señor, era prácticamente imposible, pues este tipo de personas vomitan a chorros con gran pérdida de sangre y, en adición, el cuadro presentado por el occiso en

este evento, cursó demasiado rápido. También precisó que en su vasta experiencia, con varios casos similares, solo a uno lo ha podido sacar; apuntó que una persona así “es irrecuperable”, al paso que se tuvo toda la disposición y recurso humano en las puntuales circunstancias. Eso sí, fueron coincidentes en un aspecto de vital importancia, cual es que la prioridad que en este caso era, estabilizar al paciente y ya con ello remitirlo a un nivel de alta mayor complejidad. Y ya se sabe, ni lo uno ni lo otro sucedió; lo segundo por la consecuencia lógica de la falta de estabilización y muerte.

Antes de dirimir pues esta dicotomía, en lo que respecta a la idoneidad de los peritos como uno de los puntos principales de discordia, y para sustentar las razones por las cuales se brinda mayor credibilidad a uno de los dos expertos traídos a la litis, es del caso, en primera medida, evocar la reciente sentencia de la H. Corte Suprema de Justicia SC3689-2021, en la que, de cara al ítem, demarcó:

“Recuérdese, porque viene al caso, que de antaño la Corte tiene dicho que el dictamen pericial, como medio de prueba, es susceptible de ser valorado, pues aun cuando se trata de una prueba técnica no es de obligatoria aceptación para el funcionario judicial. Por el contrario, este elemento de convicción es de libre apreciación para él, quien puede argumentar por qué no le merece la suficiente credibilidad al adolecer de deficiencias en sus fundamentaciones o de lógica en sus conclusiones. (CSJ SC de 29 abr. 1942, 11 dic. 1945, 3 sep. 1954, 17 jun. 1970, 15 dic. 1973, entre otras).

Entre los requisitos para la eficacia probatoria del dictamen pericial, se encuentran: a) que sea un medio conducente respecto del hecho por probar; b) que el perito sea competente para el desempeño de su encargo; c) que no exista motivo serio para dudar de su imparcialidad o sinceridad; d) que esté debidamente fundamentado; e) que sus conclusiones sean claras, firmes y consecuencia lógica de sus fundamentos; y f) que del trabajo se haya dado traslado a las partes; correspondiendo al juez el análisis de tales requisitos para establecer la eficacia probatoria del dictamen.

La prueba pericial, por ende, no es camisa de fuerza para el juez, sino medio probatorio que, a pesar de tener carácter especial por su calificación técnica, no impone a tal funcionario la obligación de acogerlo, puesto que, al igual que los demás materiales de convicción, está sometido a las reglas de la sana crítica (art. 176 CGP). Con otras palabras, al valorar la experticia debe tenerse en cuenta la firmeza, precisión, claridad, exhaustividad y calidad de sus fundamentos (art. 232 CGP)”.

Concatenando, se advierte que esta Corporación comulga con la posición adoptada en primer grado, en cuanto otorgó mayor valor al peritaje rendido por el Dr. Marín Uribe, en cotejo al realizado por el Dr. Narváez, en tanto es evidente que sus disquisiciones fueron más técnicas, explicativas, puntuales, soportadas en conceptos y terminología médica exacta, coincidentes y afines con lo reflejado de la propia historia clínica, fue un relato exhaustivo y con apuntalamientos justos a lo sucedido, de mayor propiedad y con un claro conocimiento de toda la atención anotada en la memoria clínica, no partiendo de supuestos; esta Sala las encuentra además claras y lógicas, de acuerdo a las reglas de la experiencia y la sana crítica, en relación al cuadro presentado por el paciente; es decir, si se expone que el sangrado o hematemesis existente en el paciente era de un grado tal y tan abundante como se ha expuesto, a chorros, entendible deviene la dificultad para sostener a un individuo en estas condiciones y lograr canalizarle una vena; es más, aunque el Dr. Alexander aseguró que sí se

puede canalizar en estos eventos, también aceptó que ello se puede con una auxiliar muy calificada, luego entonces, con ello reconoció implícitamente la dificultad en estos episodios de realizar tal maniobra y, con todo solo puede hablar de un caso presentado con idénticas características según sus dichos, que pudo salvar, al igual que el Dr. Jorge Iván Marín, quien en su tiempo de labor también ha logrado “sacar” uno de muchos que se presentan; es decir, estas acotaciones entregan convicción acerca de la enormidad del apuro en estos casos de canalizar una vena y que, de muchos casos que se pueden dar en esas condiciones, se ha hablado de tan solo dos que se han estabilizado; porcentaje mínimo para asegurar que en todos los eventos de esta magnitud la suerte sea la misma. El primero de los peritos en mención, por cierto, fue más genérico, apasionado y estaba muy enfocado en hacer ver una “negligencia” en la atención de manera más abstracta e, incluso, especulativa. Como se dijo en líneas atrás, se evidencia que, según sus conclusiones, en verdad no tuvo o no examinó de manera exhaustiva la historia en donde pudo haber encontrado los paraclínicos y atenciones con especialistas de las que se aseguró “nunca” existieron. No de poca monta, y como se pasará a desarrollar, las versiones del Dr. Jorge Iván Marín son armónicas con los demás testimonios recaudados, que ha de decirse son técnicos y de quienes brindaron la atención al momento del fallecimiento. Se afina con ello, que, al margen, hasta ahora, de la experiencia o especialidad de cada galeno, con sus solas exposiciones se logra permear de mayor credibilidad al segundo de los expertos en comentario.

Y ahora, según las especialidades de cada médico, estas corresponden así: El perito Alexander Narváez Parra se graduó como médico en el 2013, es médico cirujano, especialista en seguridad y salud en el trabajo, con un diplomado en pérdida de la capacidad laboral ocupacional de calificación de secuela, quien se dedica de tiempo completo a ser médico laboral y ocupacional. Reseñó que fue médico de urgencias por dos años, es decir, por un año que hizo rural y un año más que continuó en el Hospital San Juan de Dios de Pensilvania, y médico de urgencias tres años en el Centro Piloto Assbasalud. Tiene entonces experiencia como médico general de siete años y laboral de tres. Por su lado, el Dr. Jorge Iván Marín Uribe, es médico general, magister en microbiología clínica, magister en ciencias médicas con énfasis en infecciones hospitalarias, magister en farmacología clinicológica, magister en VIH Sida, y a la fecha de realización del dictamen médico coordinador de dos unidades de cuidados intensivos, de la Clínica San Marcel y de la Clínica de La Presentación, asesor del departamento de infectología de las mismas clínicas, y de las Clínicas Santillana y Versalles, docente universitario en la Universidad de Manizales y en la de Caldas, da asesorías en las ramas de cuidados intensivos y enfermedades infecciosas para algunas instituciones, sin dependencia con interconsultas y con Sura hace consultas externas para pacientes de enfermedades infecciosas. Al momento del dictamen con 18 años de experiencia en medicina crítica y cuidados intensivos.

En extracto, en verdad no son hepatólogos como lo reprocha la alzada, empero, no se puede dejar de lado que siguen siendo médicos y están en plena facultad de rendir un informe de esa naturaleza; no obstante, si aunado a lo ya dicho en precedencia, se suma la experiencia de ellos, es evidente que el Dr. Marín tiene mayor recorrido en el campo médico y además, labora en unidad de cuidados intensivos, que por su propio nombre demuestra el bagaje en las situaciones médicas más críticas que se pueden presentar. Se resalta, si bien es un punto que se suma para otorgarle mayor peso demostrativo a la prueba, no es el determinante o excluyente para la conclusión a la que se arriba en esta Sede, en atención al análisis profundo que se realizó de sus deponencias.

Para tonificar la tesis se sopesan las demás deponencias que no fueron tachadas por la contraparte y por tanto tienen pleno vigor. La Dra. Angélica María Escobar Escobar, médica general, trabajadora de Interconsultas, reveló que el 11 de febrero de 2015 ella estaba en un receso en el segundo piso de la sede, fue llamada por el personal de enfermería y una de ellas le indicó que había un paciente inestable en un consultorio que si les podía colaborar; relató que se dirigió de inmediato allí y efectivamente encontró un paciente inestable, que estaba sentado en una silla, sostenido por una enfermera y el anfitrión; aseguró que el paciente estaba vomitando con una “hematemesis abundante de aspecto cuncho de café”, se puso guantes, verificó signos vitales, preguntó por cifras tensionales tomadas y le dijeron que estaban entre 80/40; así, se dispuso a evaluar la condición del aquejado, encontrando un paciente pálido, sin respuesta a estímulos, “verifico signos vitales, los pulsos, no había registro de pulso oximetría del paciente dada la frialdad tal vez, el paciente seguía con hematemesis abundante, los zapatos nos quedaron anegados en el material, en ese instante cuando percibo que el paciente no tiene pulsos periféricos ni central que no había ninguna respuesta pues entonces nos disponíamos a pasarlo a la camilla para ponerlo en posición de seguridad”, de inmediato se activó el código azul y también llegó el carro de paro; tiene entendido que de manera simultánea cuando le avisaron a ella llamaron a la brigada, por lo que se había hecho solicitud de ambulancia; en ese momento llegó el Dr. Valencia, el cirujano, y con su ayuda lo pasan a la camilla en posición de seguridad porque el paciente no cesaba el sangrado que era constante, permanente y abundante; fue clara al precisar que el paciente nunca tuvo respuesta y por la midriasis parálitica que tenía, se pudo inferir que ya había un daño neurológico y estaba en un estado irrecuperable, al extremo que cesaron las maniobras, el paciente aun así seguía con abundante hematemesis, probablemente ya por la relajación de sus esfínteres y continuó con salida de todo ese material. La galena fue clara en decir que pérdida de “volemia” fue grande, calculada en 4000cc, porque ellos quedaron anegados, quedó en el piso, en la camilla y demás.

Se le indagó sobre el motivo por el cual no se canalizó al paciente, y fue decisiva al puntear que los hechos sucedieron “demasiado”

rápido, el sangrado fue tan “profuso”, la pérdida de volemia tan grande, y el choque hipovolémico en el que entró el paciente fue tan progresivo que el paciente rápidamente hizo un paro cardiorrespiratorio; en ese caso en efecto se intentó canalizar, sin embargo, había un colapso total; no había un pronóstico recuperable, no había ninguno favorable; incluso, fue tan rápido el desenlace y tan profusa todo el tiempo la hematemesis, que fue imposible asegurar una vía aérea; que en el nivel en el que estaban no tenía los medios para asegurar la vía aérea de manera adecuada y menos tratándose de un paro cardiorrespiratorio en el que se podía inferir que era secundario a un choque hipovolémico; es decir, tampoco tenían los medios y menos de realizar una transfusión, ni hacer cosa distinta que maniobras iniciales de reanimación. Explicó que un masaje cardíaco no se podía hacer, porque el paciente tenía un sangrado derivado de las vías digestivas, así que hacerlo “representaría una bomba que nos precipitaría mucho más el sangrado”. Aseguró que desde que llegó al consultorio y el deceso del paciente, transcurrieron escasos minutos, 3 o 4 tal vez, dijo que no lo puede cuantificar pero que todo fue “supremamente rápido”; reiteró, cuando ingresó y estaba evaluando al paciente y verificando presencia de pulso, se disponía a pasarlo a la camilla y el Dr. Valencia llegó inmediatamente, terminaron de verificar pulsos, estaba ya el carro de paro, todo estaba dispuesto, pero el paciente ya había fallecido. Afirmó que en estos casos lo primordial es estabilizar la persona, porque inestable no se puede trasladar a ninguna parte sin hacer alguna maniobra de estabilización. Aclaró que el tiempo (de los 10 minutos), fue el aproximado que le dieron desde la última toma de presión arterial; no sabe la razón del por qué no se activó código azul desde la toma de la presión y sí con la hematemesis; sabe que cuando la llamaron a ella se llamó la brigada de emergencia para solicitar ambulancia. Manifestó que no sabía el tiempo en que se presentó el deceso, pero que no pudo haber sido en uno superior a cinco minutos.

Al momento, el Dr. Jorge Eduardo Valencia Merchán, médico especialista en cirugía general y laparoscópica, quien tenía contrato con Sura, apuntó que, de lo que recordaba del caso presentado, él se encontraba haciendo consulta en Interconsultas cuando lo llamaron para ir al primer piso porque había una emergencia, pues uno de los pacientes que debía asistir a consulta estaba en condiciones delicadas; fue al consultorio donde había un grupo de enfermeras y la Dra. Escobar, se le indicó que el paciente había llegado por sus propios medios y en algún momento se puso mal, se quejó de estar mareado y empezó a vomitar y por ello llamaron a la jefe y lo pasaron a un consultorio; cuando entró había un paciente en una camilla, el consultorio estaba lleno de secreciones, de un material de emesis de cuncho de café, que explicó, es un vómito oscuro mezclado con secreciones gástricas; esto inundaba “totalmente la parte superior del cuerpo del señor, la camilla, la escalerilla y el piso del consultorio”, pidió información y se fue a la cabecera del paciente para tratar de ponerlo en una posición adecuada para una buena ventilación, porque es lo primero que se debe hacer para buscar permeabilidad de la vía aérea, pero viendo que el paciente

presentaba “una salida de estas secreciones en una forma continua por boca y por las vías respiratorias, por la nariz, pedí a las enfermeras que pronto le cogieran dos líneas venosas para empezar a trasfunder soluciones electrolíticas, las niñas estaban allí al pie del paciente intentado coger las venas en las extremidades superiores, pido yo una linterna para mirar la reacción de las pupilas del paciente y me doy cuenta que el paciente tiene para ese momento una midriasis parálitica, ambas pupilas estaban completamente dilatadas y no son reactivas al estímulo luminoso, eso para nosotros indica ya que el paciente tiene un daño cerebral; entonces yo le digo a las niñas que allí ya no tenemos un sustrato con que trabajar, que cualquier esfuerzo que hagamos va a ser infructuoso, el paciente para mí en ese momento pues, estaba en paro, no sé desde qué momento y decido pues que suspendan las maniobras que se habían iniciado de reanimación con la infusión de líquidos, con la canalización, con la oxigenación porque ya no había forma de hacer reversible el cuadro del señor”. Consideró que pasaron entre tres a cuatro minutos desde que entró al consultorio hasta la muerte. Al averiguar si consideraba que se hubiera podido hacer algo más para que reaccionara, respondió que, para el estado en que encontró al paciente no se hubiera podido hacer nada en ese centro, “y yo diría, me atrevería a decir que en ni en ningún centro de atención especializado de urgencias, para el momento en que yo lo encuentro las enfermeras me dicen que no tenía saturación, que no tenía pulso y la midriasis parálitica me indicaba que era un estado avanzado de shock, en esas circunstancias ni una reanimación agresiva con volúmenes de sangre puestos en líneas venosas centrales, ni aplicación de electroshock, ni aplicación de un balón de contra pulsión aortica, ya no hacen una reversión del caso, en conclusión, yo diría que por más que uno hubiera corrido con él a una clínica como la cercana, a Clínica Santillana, no hubiéramos obtenido ninguna reversión de la situación que se presentaba” y luego de ese relato reiteró sus conclusiones de imposibilidad de salvamento, por la situación extrema suscitada, como que era “inoficioso intentar hacer algo heroico”, dando cuenta de los conatos fallidos de canalización.

Una de las enfermeras que asistió al paciente el día del fallecimiento, Claudia Marcela Ramírez, también declaró que ese día, luego de estar el paciente en un consultorio, empezó con un vómito abundante “en proyectil”, se activó el equipo de respuesta, se llamó a brigadistas que llegan con el carro de paro, y aseguró que se intentaron maniobras pero ya el paciente estaba completamente “shockeado” frío, con pupilas midriáticas, coincidiendo con las versiones de los galenos. Enfatizó que no se pudo canalizar, por la emesis abundante y por la vaso dilatación no era posible encontrar una vena permeable. Explicó que mientras la Dra. Angélica estaba dando indicaciones, valorando al paciente, el cirujano inmediatamente, casi que la entrada de los dos fue simultánea, el doctor verifica el estado y dice que ya no se pueden continuar maniobras; aseguró que en su momento se centró en las vías aéreas sosteniéndolo para que no se fuera a bronco aspirar; que cuando empezó la hematemesis él no reaccionaba, no respondía a nada.

Dijo que mientras la llamaron y la muerte del señor, pasaron unos cinco minutos, que no se demoró nada, que los médicos llegaron inmediatamente porque estaban cerca; que el tiempo no fue muy espacioso, “eso fue de inmediato.

Versión sincrónica con la nota de enfermería dejada el día del deceso, en la que se registró que siendo las 10:15 am se recibió llamado del “anfitrión” quien manifestó que su tío estaba en la sala de espera muy taquicárdico, “inmediatamente nos dirigimos a la sala de espera, donde se valora al paciente encontrándolo álgido, con palidez marcada en rostro, caquético, mala perfusión distal, refiriendo “malestar gástrico y palpitations” (...) se procede a tomar pulso y saturación los cuales no arrojan reporte relacionado con la mala perfusión distas del paciente. Se dirige el paciente hacía consultorio s8, se sienta en la camilla para realizar evaluación de signos vitales, presión arterial se encontró en 80/40mmHg, pulso muy débil y rápido, los acostamos en la camilla con los pies elevados, protegiendo vía aérea pero el usuario manifiesta reflujo por lo cual levantamos inmediatamente y se le ubica riñonera, presenta emesis en poca cantidad en cuncho de café, inmediatamente sale una de las enfermeras a llamar al cirujano general y médica de familia quienes se presentan de manera inmediata, se activa código azul, se solicita ambulancia para traslado a servicios de urgencias, ingresan los médicos quienes se encargan de continuar atención. Durante todo el proceso de atención el paciente se encontró en compañía de dos familiares y el personal de salud”⁶

Hasta este punto, las manifestaciones al unísono brindadas por los testigos técnicos, que como se dijo, no fueron tachados en momento alguno, dan cuenta de la atención que se pudo brindar en el momento al paciente dada la particular circunstancia suscitada, una hematemesis, la cual, según los dichos en verdad de todos los deponentes, incluyendo los peritos, era excesiva, incontrolable, en “proyectil”, de una cantidad pues tan abundante que tornaron casi que imposible su estabilización ante la imposibilidad de canalizar una vena, toda vez que estaban llenos de sangre. Ahora, conviene hacer una precisión en atención a un punto específico y reiterativo de reparo, y es que, a criterio del demandante, los diez minutos a los que se refiere la historia fueron, para él, tiempo suficiente para realizar maniobras, activar protocolos; empero, si se analizan con detenimiento las experticias, los testimonios y la nota de la historia clínica, se puede colegir i) que ese tiempo fue el que corrió desde que se tomó la presión al paciente, y los testigos fueron claves para determinar que la emesis ocurrió al momento de llevar al paciente al consultorio, es decir, que entre la hematemesis, que según las pruebas no se presentó de manera paralela a la toma de la presión, y el deceso, fue que transcurrió el tiempo tan rápido, del que hablan de más o menos tres a cinco minutos; entonces, según se extrae, esos diez minutos hacen referencia a toda la atención en general, desde la

⁶ Cfr, página 260. Parte1, C. Principal.

toma de la presión, la entrega de la aromática, el traslado al consultorio, el inicio de la emesis y la muerte. Si en gracia de discusión se tuvieran esos minutos de la forma en que lo quiere hacer notar el reclamante, los demás medios suasorios logran convencer que, por el estado tan crítico del paciente, su estabilización era imposible, y de ahí que menos se podía lograr un traslado a otro nivel de atención médica. Allende, emerge claro que sí se activó “código azul” y se llamó ambulancia, en atención a la nota de enfermería y el testimonio reseñado.

Y por si fuera poco se tiene la versión de la única persona familiar del fallecido que presenció en verdad lo sucedido en este momento, Mario García Cuervo, quien manifestó con total tranquilidad y sinceridad que, como su hermano estaba indispuerto, se fueron para la cita médica en Sura más temprano, llegaron como a las diez, y un sobrino de ellos que trabaja allá agilizó para que lo atendieran más rápido, “entonces allá lo atendieron”, vio que le tomaron la presión, “le pusieron una pastica en el dedo, seguro que para la presión” y le dieron una aromática y ahí ya lo metieron a una pieza, “y al ratico salieron todas esas enfermeras que vea que él se había como que bronco aspirado”, llamaron a un doctor de ahí y entró y “al momentico” salió y le dijo que él se había muerto, “eso fue todo”. Cuando le preguntaron cuánto tiempo después de ingresar el paciente al consultorio le dijeron que él había muerto, atestó “no, eso no se demoró nada, yo creo por ahí cinco diez minutos desde que lo ingresaron al consultorio y me avisaron que había fallecido”, cree que fue la aromática que le dieron lo que le provocó el vómito y se bronco aspiró cree, “porque eso no dio tiempo de nada”. Manifestó que cuando a su hermano lo entraron al consultorio lo acostaron en una camilla, a él ya lo hicieron salir, y ya no puede decir qué pasó allá; reiteró que su hermano había entrado con las enfermeras “y al momentico salieron ellas gritando llamando un doctor y ya al momentico salió y le dijo... no, ese señor se murió”; repitió “en todo caso eso fue rápido eso no fue demorado”.

Se suma a todo lo anterior, que los señores Margarita Jaramillo Hoyos y Leonardo Alfonso García, presentaron denuncia ante la Dirección Territorial de Salud de Caldas por la atención prestada al señor Carlos Alberto García Cuervo, razón por la cual, mediante resolución N° 055 de 29 de marzo de 2019, se ordenó llevar a cabo visita de inspección y vigilancia. El objetivo fue determinar “si se aplicaron las guías de práctica clínica y los protocolos propios de la patología y de la urgencia presentada, teniendo en cuenta oportunidad y pertinencia (Estándar de procesos prioritarios)”⁷. De esta forma, se ordenó a funcionarios de la entidad, realizar la visita de inspección y vigilancia a Interconsultas S.A.S., en cuya realización se encontró, frente al proceso de atención al fallecido, que el 13 de marzo de 2019, (dos días antes del deceso), el paciente acudió a consulta refiriendo epigastralgia, dolor abdominal, con signos vitales normales y una hernia

⁷ Cfr, página 261 y ss. Parte01. Cuaderno Primera Instancia.

inguinal, a lo cual el médico general le dio manejo sintomático y lo “remite inmediatamente a evaluación por cirugía general”, sin embargo “el paciente no acepta ser atendido este mismo día porque dice vivir en el área rural en la cuchilla del salado, por lo tanto se le asigna cita con dicho especialista para el día viernes 15 de marzo de 2019 a las 11:00 am”. Se indicó que el día de la cita el paciente se tornó diaforético por lo que un sobrino de este que trabaja allí llamó a la enfermera, quien tomó presión arterial con un resultado de 80/40 y taquicardia, entonces llaman a la Dra. Angélica Escobar y trasladan al paciente al consultorio 8; la médica encontró compromiso marcado de conciencia y comenzó episodio de vómito en cuncho de café, que luego se tornó en hematemesis franca con aproximadamente 4000cc, por lo que “se activa el código azul” pues el episodio ocasiona un colapso con paro cardiorespiratorio, se solicita equipo de paro, llamado a ambulancia y a especialista Jorge Eduardo Valencia, quien al valorarlo conceptúa “que el paciente ya no puede ser reanimado”; la ambulancia llega, pero al evaluar al paciente “evidencia que el paciente ha fallecido” y por ende ya no se efectúa el transporte. Refirió que al parecer el paciente presentaba cirrosis adicional a la caquexia. Al revisar la historia clínica evidenciaron que esta contaba con los contenidos mínimos y se encontraba diligenciada en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras y sin intercalaciones; a más de ello, que la oportunidad para la asignación de cita con especialista fue de dos días. Se dijo que según la resolución 2003 de 2014, no se especifica que el prestador deba contar con carro de paro, pero que la IPS tiene definido un equipo de reanimación que incluye dispositivos médicos, soluciones y medicamentos. El ente territorial llegó así a la conclusión que, revisados los documentos, historia clínica, protocolos y quías, se aplicaron los procedimientos de emergencia para los cuales tiene alcance de acuerdo al nivel de la IPS y determinó que con ello no se requería remisión a proceso sancionatorio.

Por lo demás, el señor Leonardo Alonso García afianza la teoría de la rapidez con que ocurrió el desenlace fatal, cuando afirmó que estaba cerca a la IPS y “yo creo que yo me demoré si acaso cinco minutos en llegar”, luego dijo que “cuando yo llegué, que llegué en menos de diez minutos, estaba muerto”; aunque fue insistente en que no se le realizaron maniobras de reanimación a su padre, y que no había llegado personal médico ni ambulancia, lo cierto del caso es que el haz probatorio estudiado demostró cosa contraria. También condujo la tesis atinente a que el paciente era una persona activa, que no era “crónicamente enfermo” ni “reconsultante crónico”. Ahora, su alegato de no haberle encontrado vena canalizada a su padre, tiene respuesta en las elucubraciones anteriores, así como el reproche que en medicina legal no se halló que se haya hecho intervención médica, y es que en verdad la canalización no ocurrió por las razones esbozadas a espacio. Los restantes testigos dieron cuenta, ante todo, de las relaciones familiares y las consecuencias del deceso.

Es así como se establece por esta Corporación, que el segundo

de los reproches endilgados como deficientes en la prestación del servicio a la parte pasiva, no tiene vocación de prosperidad, pues con todo el rudimento probatorio no cabe entender cosa distinta a que al paciente se le brindó la atención de urgencias mínima al momento de presentar el colapso fulminante; mírese entonces como las deponencias de los profesionales fueron coincidentes con los reportes no solo de la historia clínica del paciente, sino también con el proceso administrativo que se adelantó por la Dirección Territorial de Salud de Caldas, quien se abstuvo remitir el caso a uno sancionatorio tras no encontrar las fallas que se enrostraron como equívocas por la IPS; fueron coincidentes también con lo dicho por el mismo hermano del fallecido quien lo acompañó a la consulta y presenció que el momento fue tan radical, que “eso no dio tiempo de nada”, así como toda la narración del médico profesional y perito en este caso Dr. Jorge Iván Marín Uribe. Nótese que del análisis conjunto es claro que, si bien pueden existir eventos que pueden ser recuperables con pacientes en el mismo estado presentado por el paciente en este caso, lo cierto es que ello es tan eventual y poco probable, que ambos galenos peritos solo pudieron dar cuenta, cada uno, de una sola vez que pudieron estabilizar una persona con un caso similar, vale decir, versiones indicativas del grado de dificultad que representa una hemorragia masiva y profusa. Es incontrastable que el episodio puntual fue tan grave y agudo que tanto las enfermeras que lo atendieron, como la médica general y el médico cirujano, hicieron todo lo humanamente posible por intentar lograr su estabilización, sopesando, y eso es importante resaltarlo, que no que el occiso se hallaba en una IPS de primer nivel, es decir, donde atienden consultas médicas, que mal puede equipararse a una sala de urgencias o un centro hospitalario donde se dispone de otro tipo de recursos y que, aún con ellos, según las pruebas, ni estando allí este paciente hubiera tenido posibilidad de recuperación. Emerge entonces que lo primero que se intentó hacer, cuando se empezó a presentar la hematemesis, fue conservar las vías aéreas del paciente e intentar canalizar una vena, pero, y en verdad suena lógico ante las reglas de la experiencia, la emesis era de tal fuerza y constancia que hacía espinoso y complejo encontrar una vena para ello, cuando además el colapso era manifiesto y absorbente; a riesgo de redundancia, la hematemesis fue de tal impacto que el tiempo para morir fue abrumador; tiempo en que evidentemente tampoco se podía hacer un traslado a otro centro de mayor complejidad, porque fueron acordes las versiones que lo primero que debía hacerse era tratar de estabilizar al paciente para luego pasar al traslado; sin embargo, el mundo circundante se tradujo en una imposibilidad de lograrlo, y, como quedó documentado, se alcanzó en verdad a activar el código azul y la ambulancia alcanzó a llegar, pero cuando esto ocurrió el afectado había fenecido.

En armonía y para cimentar la tesis, es del caso memorar que “La Corte ha resaltado que la decisión de no intervenir de manera inmediata a un paciente, no implica, “inexorablemente, responsabilidad médica, porque la culpa por falta de cuidado y atención solo tiene lugar cuando un profesional se sustrae a hacer cuanto debía observar en la forma y tiempo

oportunos”⁸. En acuerdo, y siguiendo las reglas establecidas jurisprudencialmente, se estima que todos los testigos técnicos, entre médicos y enfermeras, que por demás fueron los que atendieron al paciente al momento del colapso, fueron coincidentes y armónicos con el perito Jorge Iván Marín Uribe, y en ese sentido la pericia del Dr. Alexander Narvárez Parra, pierde completa vigorosidad por la contrapuesta prueba mayor; al margen inclusive de la experiencia de ambos. Fueron entonces sincrónicos al aceptar que un paciente en las condiciones ya conocidas, si bien debe ser primero estabilizado, ante todo, con una canalización, en el evento específico y analizado, la situación se complicó demasiado por la cantidad de sangre que vomitó el paciente (4000cc), y el momento tan fulminante y rápido en que se dieron las cosas, en donde, coloquialmente, no hubo tiempo de nada, como lo afirmó el mismo hermano del paciente quien presenció la catástrofe; dificultad que tornó imposible encontrar una vena para realizar el procedimiento, y con base a la falta de signos encontrados por el médico cirujano que arribó al consultorio de manera inmediata, el compromiso neurológico, frialdad y ojos midriáticos, era un paciente perdido.

Precisó también el Alto Tribunal que “tratándose de la actividad médica, entra la posibilidad de incurrir en responsabilidad, por cuanto todos los procedimientos que ejecuta un galeno tienen asociado un eventual riesgo para el paciente de engendrar un daño o secuela, provocando lesión al cuerpo o salud del paciente, el cual es, bien y derecho protegido por ley”. (,,) Esta actividad conlleva en gran medida el riesgo y el azar, con mayor razón, ante el estado actual de la ciencia y el crecimiento desmedido de nuevas enfermedades y el poco avance de la investigación científica que arroje resultado ciertos contra enfermedades catastróficas o en los tratamientos complejos y delicados que permitan prever con certidumbre el resultado, de tal modo que frecuentemente aparecen en un procedimiento variables incontrolables, no solo por el estado del arte, sino también por la diferente y peculiar reacción de cada organismo al dolor, a la enfermedad, al procedimiento médico o a la propia medicina; sin descontar que el ejercicio y práctica galénica, de algún modo provoca lesiones a la corporeidad humana”. Conceptuó la Corporación que la actividad médica no puede predicarse en abstracto sino en forma concreta, “en el marco del objeto del compromiso o tarea específica que asume el galeno, ante una determinada dolencia para intentar la curación, paliación o mejora del paciente”, pero no de manera hipotética o genérica protección de la vida y la salud. En esta sentencia, se trajo a colación la teoría doctrinaria consistente en que “el especialista que ha asumido el tratamiento del paciente de una afección concreta responde de las omisiones relativas a la misma, no así respecto a otras posibles patologías ajenas a aquella que en el curso del tratamiento pudieran aparecer o descubrirse”⁹. Aclaró que “ello no significa soslayar los errores. Estos pueden ser excusables o inexcusables. En el ámbito de estos últimos, se hallan los groseros, los culposos, los faltos

⁸ Ver, sentencia SC3272-2020, 7 de septiembre de 2020. M. Ponente Luis Armando Tolosa Villabona.

⁹ GÓMEZ RIVERO, María del Carmen. La Responsabilidad Penal del Médico. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2003. P.476.

de diligencia y cuidado, y por tanto injustificados, motivo por el cual resultan abiertamente inexcusable y consecencialmente, reparable “in natura” o por “equivalente”, pero íntegramente. Todos los otros resultan excusables”¹⁰.

En esencia, en cuanto atañe en este caso, la falta de canalización y remisión a otro centro, ante la presencia de una hematemesis tan abundante, incesante, enérgica y fulminante, no puede ser germen de responsabilidad civil. Luego, sin que exista acreditación que conlleve a la absoluta certeza de la existencia en la falla del servicio médico, o de haberse configurado la misma, generó la muerte del paciente, así como tampoco se confirmó un mal diagnóstico por negligencia médica, por consiguiente, no podía prosperar la demanda ante la falta de configuración de los elementos que configuran la responsabilidad. Del acervo probatorio, en armonía con el discernimiento de cada uno de ellos, no se logra generar la convicción de la ocurrencia de la responsabilidad endilgada por la parte demandante, puesto que no se probó la culpabilidad en el presunto hecho dañino, por cuanto la injerencia en la atención brindada en consultorio de la IPS, así como el posible error de diagnóstico, no conlleva de por sí al establecimiento de que con ello concurrió negligencia, imprudencia e impericia. No se puede dejar de lado la falta de acreditación en las diligencias de una manera certera que tal omisión, hubiera producido, per se, el desmejoramiento y fallecimiento del paciente; no bastan las suposiciones para arribar a una declaración de tal linaje; es indiscutible que debe mediar un hilo conductor preciso, entre el ejercicio de la primera y el desencadenamiento en la segunda, cuestión que de conformidad con las versiones médicas está descartada.

8. Para finiquitar, en cuanto al punto al reproche a la cuantía fijada, en esencia, de las agencias en derecho impuestas por la a quo, es preciso destacar que conforme lo dispuesto por el artículo 366-5, resulta prematura su apelabilidad, pues aunque se haya determinado su cuantificación, solo es apelable la decisión que apruebe la liquidación de costas, como única vía de ataque del monto de las mismas, vía reposición y alzada. Por ende, la Corporación no tiene competencia en esta etapa procesal para efectuar pronunciamientos sobre dicho tópico, pues a la fecha, aún no es apelable. Discernimiento más que suficiente para no resolver en torno a la cuestión.

9. En conclusión, la Sala convalidará el fallo refutado, por encontrarlo conforme a Derecho, con la subsecuente condena en costas en esta instancia a la parte actora en favor de la parte demandada.

No sobra añadir que es pertinente enfatizar que la Sala para los efectos de lo dispuesto en el artículo 280 del Código General del Proceso no encuentra indicios adicionales deducibles a partir de la conducta procesal de

¹⁰ Ver, sentencia SC3272-2020, 7 de septiembre de 2020. M. Ponente Luis Armando Tolosa Villabona.

las partes que alteren la conclusión final.

VII. DECISIÓN

Por 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,

FALLA:

Primero: CONFIRMAR la sentencia dictada el 6 de mayo de 2021, por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual promovido por los señores Martha Lucía Forero Herrera, Leonardo Alonso García Forero y Paula Johana García Forero, en contra de la EPS Sura S.A, Interconsultas S.A; trámite dentro del cual fue llamada en garantía Seguros Generales Suramericana S.A.

Segundo: CONDENAR en costas en esa sede a la parte recurrente por la improsperidad de la alzada. Las agencias en derecho en esta Sede serán tasadas oportunamente por el Magistrado Sustanciador.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO

JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA

RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales. Sala Civil-Familia. 17001-31-03-004-2019-00292-02

Firmado Por:

Alvaro Jose Trejos Bueno
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 9 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

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

Ramon Alfredo Correa Ospina
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 1 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: **b8c221fcb9675e46f187b6b6b4117407c7cca99448a400ba41e50a2ef46740a9**

Documento generado en 09/11/2021 11:09:54 AM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>