

RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA – Presupuestos axiológicos: Valoración.

RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA – Régimen Probatorio: Carga dinámica de la prueba.

RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA – La actividad del médico en cuanto a la recuperación de la salud es de medio y no de resultado.

RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA – Se rige por el régimen de la culpa probada.

RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA – Historia clínica: Valoración.

RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA – Consentimiento informado.

RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA - No se configuran sus elementos estructurales.

No hay lugar a declarar a la entidad prestadora de salud y a los médicos demandados civilmente responsables de los daños reportados y a la consiguiente condena al pago de perjuicios, teniendo en cuenta que las obligaciones que emanan de la prestación de los servicios de salud son por lo general de medio y no de resultado y que la responsabilidad médica se basa en la culpa probada y para demostrarla se acude a la teoría de la carga dinámica de la prueba, en tanto cada parte deberá probar los hechos que está en posibilidad de hacerlo, correspondiéndole a la parte demandante demostrar el actuar culposos en la atención médica que recibió la paciente, lo que conllevó a su fallecimiento, carga que no se cumplió; por el contrario, del análisis de la prueba testimonial, pericial y documental, especialmente de la historia clínica, se acreditó que los demandados, prestaron un servicio de salud diligente, conforme a los protocolos que la ciencia de la medicina impone en este tipo de casos, ordenando la práctica de exámenes de rigor para determinar la causa que motivó la consulta y realizar un diagnóstico; se brindaron todas las ayudas médicas requeridas con prontitud; que recibió el plan médico a tono a los signos y síntomas exhibidos; que en ningún momento se descuidó su estado de salud, pese a lo cual sobrevino su muerte, la cual no fue consecuencia de la negligencia médica por aplicación errada de la *lex artis*, sino a complicaciones en la cadena de quebrantos en su salud que venía padeciendo.

Además, en lo referente al consentimiento informado para la realización del procedimiento, conforme al principio de la libertad probatoria, se determina que el mismo pese a no constar por escrito, se suple por el pleno conocimiento de la enferma en haber accedido al mismo.



República de Colombia

Rama Judicial del Poder Público

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE PASTO

SALA DE DECISIÓN CIVIL - FAMILIA

Magistrado Ponente: Dr. GABRIEL GUILLERMO ORTIZ NARVÁEZ

Referencia: Apelación de sentencia en proceso
declarativo verbal
Proceso No: 2016 - 00020 - 01 (515 - 01)
Demandante: JVBR y otros.
Demandados: PROINSALUD S.A., y otros.

San Juan de Pasto, quince (15) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Procede la Sala a decidir sobre el recurso de apelación interpuesto por las partes demandante y demandada dentro del presente asunto frente a la sentencia calendada a once (11) de septiembre de dos mil veinte (2020), dictada en primera instancia por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto en el marco del proceso ordinario de la referencia.

I.ANTECEDENTES

Según se avizora dentro del expediente, y de conformidad con lo sostenido por el mandatario judicial de la parte activa de la Litis, las circunstancias en que se fundó el extremo activo para incoar la demanda declarativa de responsabilidad civil médica, tienen como sustento los siguientes

1. Hechos

a) Que la señora CCRD, tuvo como domicilio la ciudad de Pasto (N); que, en vida, dedicó la misma a sus labores profesionales como docente, así mismo al cuidado de su familia como esposa del señor GTF, y como madre de DATR, al igual que como hermana y tía, siempre estuvo preocupada por su restante núcleo familiar.

b) Que hacia el mes de junio del año dos mil trece (2013) la señora RD, se aquejó de una alteración en su estado de salud, relacionada con la presencia constante de diarrea y vómito, situación que preocupó a su hermano quien la acompañó hasta la CLINICA

PROINSALUD S.A; IPS, en donde se le prestaban los servicios de salud y que, tras permanecer al interior de esa institución a la espera de una atención, fue despachada con una medicación que comprendía, antibióticos, analgésicos y suero oral; tratamiento dado ante la evidencia de una infección gastrointestinal.

c) Que, tras continuar la referida señora con la misma sintomatología, volvió a la IPS el día 17 de junio de dos mil trece (2013), y en aquella oportunidad, se habría brindado igualmente, una atención deficiente; servicio médico en el que se aplicó una inyección y se formularon medicamentos, sin que se hubiesen realizado exámenes clínicos o paraclínicos con ocasión del cuadro presentado por la entonces paciente.

d) Que el veinticuatro (24) de junio de dos mil trece (2013), la señora CC, volvió a PROINSALUD S.A., y tras permanecer en observación en dicha institución, fue dada de alta al día siguiente bajo la misma medicación, la cual se había dado en anteriores ocasiones. Empero, se dijo que, por colaboración de un amigo cercano a la familia se logró que aquella fuera internada y valorada por el personal médico el día veintisiete (27) de junio de esa anualidad, oportunidad ésta en la que se le practicó un examen de rx de tórax, el que dio como resultado la presencia de líquido en sus pulmones.

e) Que alrededor de 4 Lt de líquido fue retirado de sus órganos a través de perforaciones, situación que dio pie para que el día treinta (30) de junio de esa calenda, se ordenara la realización de un TAC, procedimiento que no se había llevado a cabo a raíz de la mala canalización del conducto a sus venas. Sin embargo, se dijo que, el día dos (02) de julio de dos mil trece (2013) tras confrontarse a las autoridades de la clínica frente a la no realización del mentado examen, la IPS habría argumentado que MEDINUCLEAR, entidad adscrita a PROINSALUD S.A., no contaba con turnos para la práctica de ese servicio médico.

f) Luego, que tras validarse a través de una llamada a MEDINUCLEAR, ésta última habría argüido lo contrario de lo sostenido por el ente demandado. No obstante, que, pese a esa engorrosa situación, en ultimas el examen no se realizó. Se dijo además que ese día, en horas de la noche, aproximadamente siendo las 7: 00 pm, la Dra. HZ, habría recibido a la entonces paciente con pronóstico delicado, pero estable, quien habría acudido al llamado de una enfermera cuando la señora RD presentó deterioro respiratorio y paro cardio respiratorio.

g) Que, frente al anterior escenario, se habría realizado una reanimación de 15 a 20 minutos, pero que, al no obtenerse una respuesta satisfactoria, y sin que se contara con el apoyo médico de la U.C.I., la señora CCRD, en la madrugada del día tres (03) de junio de dos mil trece (2013) fallecería en las instalaciones de PROINSALUD S.A., a causa de una falla respiratoria.

o) Que, en suma, la atención proporcionada por la CLINICA PROINSALUD S.A., fue negligente al no someter a la entonces paciente a la práctica de los diferentes exámenes clínicos, médicos, y paraclínicos, para determinar con claridad su verdadero diagnóstico. De otro lado, se dijo que no existió consentimiento informado y que se configuró una violación al deber de información del tratamiento que se iba a dar a la señora RD los últimos días de su vida frente a las complicaciones que quebrantaron su estado de salud.

1. Pretensiones

a) La parte demandante, integrada por el señor ..., como familiares de la fallecida CCRD, solicitaron ante el Despacho de instancia que se declare a la sociedad PROINSALUD S.A., y a los médicos PHZ, JACB, Y JAZO que son solidaria y extracontractualmente responsables de todos los daños y perjuicios de índole material

e inmaterial ocasionados en uso de sus funciones y actividades a los sujetos procesales que componen el extremo activo.

b) Que se condene al pago de todos los perjuicios como consecuencia de los hechos denunciados por los demandantes y causados por los demandados en los siguientes valores y conceptos.

- Por lucro cesante consolidado, para el señor DATR en su calidad de hijo de la fallecida, las sumas liquidadas que llegaren a constituirse hasta la fecha de la sentencia, por el valor correspondiente al 70% del salario de la occisa, que a la fecha de presentación de la demanda ascendía a la suma de cincuenta y seis millones, cuatrocientos noventa y nueve mil, setecientos noventa y cuatro pesos con cuatro centavos \$ 56. 499. 794,4.
- Por lucro cesante futuro los valores que resulten de realizar el guarismo aplicado por las Cortes nacionales a fin de obtener tal cifra en la que se tendría en cuenta la edad estudiantil del señor DATR.
- Por perjuicios morales la suma de cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100SMLMV) para cada uno de los demandantes.
- Por daño a la vida de relación la suma de cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100SMLMV) para cada uno de los sujetos procesales de la parte activa de la Litis.
- Por pérdida de la oportunidad de mejor tratamiento o recuperación y por falta de consentimiento informado para el señor DATR en su calidad de hijo de la fallecida, la suma de cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100SMLMV) o lo que llegare a probarse respectivamente.

2. Trámite de primera instancia

a) Previos trámites de inadmisión, y tras subsanarse los yerros señalados por el Despacho de conocimiento, el mandatario judicial de la parte demandante, procedió a presentar el escrito de demanda en la forma y términos del artículo 75 y ss., del C. de P.C; líbelo que fuera admitido por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Pasto, mediante providencia datada a cinco (05) de agosto de dos mil quince (2015), quien reconoció además personería adjetiva y ordenó las notificaciones del caso.

Como consecuencia de lo anterior, los demandados fueron notificados y representados por profesionales del derecho, quienes dieron contestación a la demanda, refiriéndose a cada uno de los hechos y oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones; por su parte los extremos pasivos Dr. JAZA y la Dra., PKHZ a través del mismo apoderado judicial, propusieron como excepciones de mérito las denominadas: *i)* ineptitud sustancial de la demanda, *ii)* ausencia de nexo de causalidad, *iii)* cobro de lo no debido, *iv)* indebida acumulación de pretensiones, *v)* culpa imputable a la propia víctima y, *vi)* la innominada o genérica. De otro lado PROINSALUD S.A, a través de su procurador judicial propuso como excepciones, *i)* inexistencia de dolo o culpa en la prestación del servicio, *ii)* inexistencia de causa dañosa o falla del servicio, inexistencia de un hecho generador de daños, *iii)* ausencia de relación de causalidad entre los hechos narrados en la demanda y el daño, ausencia de nexo de causalidad, *iv)* adecuada práctica médica, cumplimiento de la Lex Artis, *v)* ineptitud de la demanda, *vi)* inexistencia de la obligación, *vii)* falta de legitimación por pasiva, *viii)* cobro de lo no debido *ix)* culpa exclusiva de la víctima y, *x)* la innominada o genérica. El Dr., JACB a través de su abogado, propuso como excepciones *i)* culpa exclusiva de la víctima, *ii)* ausencia de responsabilidad en la conducta del Dr., JACB, obró con diligencia y cuidado, falta de legitimación por pasiva, *iii)* ausencia del nexo causal, *iv)* inexistencia del daño o perjuicios demandados, y, *v)* decreto oficioso de

excepciones. Las llamadas en garantía por parte del Dr., CB, a través de su representante judicial propusieron como excepciones, por su parte., LA PREVISORA S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS, los siguientes medios exceptivos, frente a la demanda principal *i)* inexistencia de la obligación de indemnizar por que no existió ninguna falla en la prestación del servicio médico, *ii)* inexistencia de la obligación de indemnizar por que no está probada la supuesta falla en la prestación del servicio médico, *iii)* inexistencia de la obligación de indemnizar por que el asegurado no es responsable de la ocurrencia del siniestro, *iv)* falta de legitimación en la causa por pasiva respecto del asegurado y por consiguiente, respecto de la previsora, *v)* cobro de lo no debido frente a las pretensiones de los demandantes, *vi)* inexistencia de la obligación por haber operado el fenómeno jurídico de la prescripción, y, *vii)* adherencia a las excepciones de mérito propuestas por el Dr., JACB, *viii)* la innominada. Frente al llamamiento en garantía, las que denominó *i)* inexistencia de la obligación de indemnizar a los demandantes, o de reembolsar total o parcialmente al asegurado los dineros que deba pagar a la parte actora como indemnización integral, porque el siniestro se encuentra excluido de todas las coberturas de la póliza, *ii)* improcedencia y/o caducidad del llamamiento en garantía formulado a la previsora, *iii)* prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de responsabilidad civil, *iv)* cobro de lo no debido frente a las obligaciones emanadas del contrato de seguro, y, *v)* la innominada. De manera subsidiaria propuso, *i)* inexistencia de una obligación solidaria entre el llamante en garantía y la previsora, *ii)* límite de responsabilidad por agotamiento de los valores asegurados en la póliza v/o por el saldo o disponibilidad de los mismos, *iii)* inexistencia de la obligación de indemnizar por incumplimiento de las garantías o porque el siniestro se encuentra excluido de la cobertura de la póliza. La llamada en garantía FIANZAS S.A., CONFIANZA por parte de la Dra., PKHZ, a través de su mandataria judicial propuso como excepciones frente al escrito de demanda *i)* ausencia de nexo causal *ii)* ausencia de prueba que acredite la pérdida de oportunidad, *iii)* ausencia de cobertura de los perjuicios extrapatrimoniales pretendidos en la demanda, *iv)* ausencia de cobertura del lucro cesante, *v)* máximo valor asegurado - deducible, y, *vi)* genérica.

Los integrantes de la parte demandada realizaron sus solicitudes y aporte de pruebas.

b) Mediante auto fechado a catorce (14) de diciembre de dos mil quince (2015) la funcionaria del Despacho de primer grado se declaró impedida para seguir conociendo del asunto en cuestión por encontrarse inmersa en causal contemplada en el derogado C. de P.C., situación que dio lugar a la remisión del expediente al Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto, quien avocó conocimiento a través de providencia adiada a veintitrés (23) de febrero de dos mil dieciséis (2016).

c) Corrido el traslado de las excepciones de mérito; la Judicatura de instancia adelantó todos los tramites de rigor conforme al estatuto procesal vigente, lo que dio lugar para que se surtiera entre otras diligencias, la audiencia de instrucción y juzgamiento la cual se llevó a cabo en dos fechas, la primera el día veintisiete (27) de agosto y la segunda el día once (11) de septiembre de 2020 respectivamente.

3. Sentencia objeto de apelación

El día once (11) de septiembre de dos mil veinte (2020), el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto, profirió la sentencia de primera instancia, en la que resolvió, entre otras, *“declarar como en efecto se declara, que no prosperan las pretensiones de la demanda enfilada en contra de Proinsalud S.A, JAZA, PCHZ y JACB”* así mismo, *“condenar en costas a la parte demandante en favor de la parte demandada en iguales proporciones, se fija agencias en derechos en el 4 % de las pretensiones patrimoniales enfiladas en la demanda.”*¹

En contra de la antedicha decisión, los mandatarios de la parte demandante y demandada interpusieron oportunamente el recurso de apelación que ahora ocupa la atención de la

¹ Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto – Audiencia de Instrucción y Juzgamiento – Sentencia de fondo.

jurisdicción, mismo que fuera presentado en la audiencia de instrucción y juzgamiento y concedido en el efecto suspensivo por parte del Juzgado de instancia.

4. Trámite de segunda instancia

a) Admitido el recurso que fuera interpuesto por la parte demandante y demandada para enervar la sentencia proferida en sede de Primera Instancia, por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto.

Para el caso, el extremo procesal activo interpuso el recurso de alzada en contra de la sentencia de primer nivel, exponiendo los argumentos que en su orden admiten el siguiente resumen:

i) Señaló el alzadista que la Juez *a quo* dio prelación al dictamen pericial rendido por el Dr., Edwin Mauricio Rodríguez Pabón, quien, en sentir del recurrente, por prestar sus servicios profesionales en la IPS demandada carecía de imparcialidad para emitir el mencionado concepto técnico, configurándose así causal de recusación que impedía valorar dicho medio probatorio. Por lo tanto, solicitó a éste *ad quem*, adentrarse en el análisis de tal cuestión.

ii) Arguyó el apelante que la funcionaria judicial no tuvo en cuenta la atención tardía brindada por parte de la entidad demandada a la entonces paciente CC, pues, en palabras del alzadista, los facultativos habrían echado de menos la EPOC², la ICTERICIA y el SINDROME PARANEOPLASICO presentado por la ahora fallecida como antecedente clínico para auscultar y determinar a tiempo el cáncer de pulmón; lo que evidentemente contrastaba con lo sostenido por la Judicatura de primer grado quien señalaría que la inespecificidad de los síntomas no había llevado a los galenos, a establecer una

² Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en adelante EPOC.

sintomatología de base. Por lo tanto, rogó a esta Colegiatura examinar esa situación. Así como también, en los aspectos relativos a la demora administrativa por parte de PROINSALUD S.A., en la omisión y retraso de procedimientos tales como la tomografía axial, a través del cual se hubiera podido verificar o confirmar diagnósticos; constituyendo su no realización o su realización tardía, en una verdadera falla en el servicio médico privado afectando así los derechos personales de la entonces paciente.

iii) Acotó el alzadista que la Juez de primer nivel, no analizó la atención cardiopulmonar brindada a la fallecida CC, dado que el procedimiento se había llevado a cabo entre 20 y 25 minutos y que sólo se había realizado una reanimación cardiopulmonar básica, dejándose de lado algunos elementos de tipo médico que pudieron haberse usado para poder acceder a una reanimación cardiopulmonar avanzada, conforme lo indican los protocolos médicos en esos casos.

iv) Anotó el recurrente que no compartía la postura asumida por el Juzgado de instancia con relación al consentimiento informado, pues, en sentir del mandatario, la Juez no enfatizó en que momentos era obligatorio dicho documento, en tanto que, al tratarse del procedimiento invasivo denominado toracocentesis, debió constar por escrito ese asentimiento conforme a la postura asumida por la Corte Suprema de Justicia sobre el tema del consentimiento, y no darse por suplido éste requisito de manera verbal, tal como lo afirmaría el señor JVBR.

v) Indicó el apelante con relación al perjuicio denominado como pérdida de oportunidad, que aquel se había configurado en el caso bajo estudio, dado que, si se hubiesen aplicado los protocolos de identificación de padecimientos tales como la ICTERICIA y el TABAQUISMO PESADO se hubiera podido determinar a tiempo la anomalía de tipo cancerígeno que padecía la ahora fallecida. Así mismo, enfiló el alzadista, que escapó al análisis por parte de la Juzgadora de primera instancia en la sentencia emitida, lo atinente a la causa de la muerte de la entonces paciente CC.

vi) Finalmente aseveró el alzado que, de acuerdo al análisis efectuado, debieron los médicos tratantes de la IPS demandada, en un primer momento realizar los procedimientos acorde a los síntomas presenciados en el organismo de la señora CC, por ejemplo, hemocultivos, cultivos de líquido pleural, análisis del líquido pleural, análisis de química, y las características visuales del líquido, que le hubiesen permitido a los galenos actuar con inmediatez ante un derrame pleural. Así mismo, señaló el recurrente, que a la entonces paciente no se le habría practicado pruebas de su función renal, como tampoco se le habría proporcionado ayudas diagnósticas, como un tac contrastado de tórax para ver si en el mediastino tenía algún compromiso de ganglios. Por último, arguyó el apelante, que debió remitirse a la señora RD a una institución de 4^{to} nivel, la que contaría con un oncólogo intensivo, laboratorio de histopatología y genética molecular, que hubieren determinado el diagnóstico oportuno del cáncer y además la miocardiopatía, la cual requería de unas pruebas cardíacas específicas como una ecocardiografía y un angiotac; situaciones éstas que no ocurrieron, y que no permitió tratar en tiempo la enfermedad de la referida señora.

vii) En conclusión, rogó el apelante ante ésta Colegiatura, la disminución de la condena en costas, con la finalidad de que no exista una revictimización a los integrantes de la parte demandante con dicha decisión, dado que era motivo suficiente el sólo hecho de encontrar una anomalía administrativa que retrasara los procedimientos de la señora RD, lo que, en su sentir, condujo a su muerte, como para soportar la mentada condena.

De otro lado, el extremo procesal pasivo también interpuso el recurso de alzada en contra de la sentencia de primer grado, exponiendo los argumentos que en su orden admiten el siguiente resumen:

i) Solicitó el recurrente a éste Cuerpo Colegiado, modificar el numeral segundo de la sentencia objeto de apelación, referente a la condena en costas en favor del extremo

pasivo, bajo el argumento que la decisión emitida ofrecía verdaderas dudas respecto a la distribución y pago del porcentaje fijado en un 4% de las pretensiones patrimoniales enfiladas en la demanda como agencias en derecho, puesto que, en palabras del recurrente, la condena en costas regulada en el artículo 365 del C.G. del P., en su numeral séptimo, establece como parámetro de fijación por parte del Juez, en el evento de que fueran varios los litigantes favorecidos con la misma, el reconocimiento de los gastos que hubieren sufragado y la realización por separado de las liquidaciones, precisión omitida por parte de la falladora *a quo*, quien no determinaría con claridad dicho tópico.

Replica.

Los apoderados judiciales del extremo pasivo presentaron los respectivos escritos replicando el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, y solicitando a ésta Sala, se despache desfavorablemente los argumentos expuestos por el alzado de la parte actora.

II. CONSIDERACIONES

1. Sanidad Procesal

Se observa la validez del proceso, puesto que no se advierte que en la tramitación del mismo se haya incurrido en causales de nulidad insaneables o de las que deban ponerse en conocimiento de las partes.

2. Presupuestos Procesales

Concurren a plenitud en el presente caso los presupuestos procesales a saber: tenía la Juez de primera instancia competencia para avocar conocimiento en virtud de la naturaleza, cuantía del asunto y el lugar donde ocurrieron los hechos. La parte demandante está integrada por personas naturales que tienen capacidad para ser parte y para comparecer

al proceso, al igual que las personas naturales y jurídicas que actúan como demandados. La parte actora fue asistida por un profesional del derecho y el extremo pasivo ejerció su representación igualmente a través de apoderados judiciales; finalmente, se observa que la demanda presentada se allanó a cumplir con las exigencias legales previstas.

3. La Legitimación en la causa

Los señores ..., como familiares de la fallecida CCRD como parte activa, al igual que la sociedad PROFESIONALES DE LA SALUD "PROINSALUD S.A." y, los médicos PHZ, JACB, Y JAZO como parte pasiva de la misma, se encuentran legitimados en la causa en razón del interés jurídico que los ubica en los extremos de la relación, como cuestión del derecho sustancial en debate.

4. Problema Jurídico y caso concreto

De acuerdo con los motivos de reproche expuestos anteriormente, corresponde a la Sala entonces dar respuesta al siguiente cuestionamiento jurídico:

¿Los cuadros clínicos presentados por la señora CCRD a su ingreso a PROINSALUD S.A., permitían a los galenos tratantes determinar el diagnóstico y la patología que finalmente condujo a su deceso?

Para responder el problema jurídico planteado, en primer lugar, se debe recabar en lo establecido por el artículo 328 del Código General del Proceso, mismo que impera que el juez de segunda instancia debe pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, de ahí que se proceda a ello en la forma que sigue.

Así, adentrándonos al *sub judice* y de cara al conjunto probatorio allegado y recaudado en el plenario, ésta Colegiatura determinará si en efecto, PROINSALUD S.A., y los

profesionales de la medicina demandados, prestaron o no un servicio de salud diligente a la señora CCRD, y con base en ello, analizar si la causa de su muerte fue consecuencia de la negligencia médica por aplicación errada de la *lex artis*, tal como lo sostiene el mandatario de la parte demandante, o por el contrario, los galenos tratantes de la IPS, actuaron conforme a los protocolos que la ciencia de la medicina impone en este tipo de casos. Para ello, la Sala abordará el estudio en tres partes, la primera de ellas encaminada al examen de los diferentes tópicos que comprenden el régimen de responsabilidad civil médica; seguidamente la observancia exhaustiva de la historia clínica de la entonces paciente, y luego el análisis de las atenciones médicas, las cuales estarán subdivididas en dos interregnos de tiempo, en primer lugar, las comprendidas entre los días 17 a 25 de junio de 2013 y las que corren a partir de los días 27 de junio a 03 de julio de esa misma anualidad, y así, finalmente, confrontar a la luz de los dictámenes periciales, si se configura o no la presunta falta médica.

Generalidades de la responsabilidad civil.

Se tiene que el régimen de responsabilidad surge a partir de uno de los principios más importantes del derecho que es el deber de no causar un daño a otro. En este sentido, un sujeto es responsable cuando incumple la obligación de no dañar, siempre y cuando la causa del daño le sea imputable. En la actualidad, el régimen de responsabilidad civil se compone de dos presupuestos que son: (i) la existencia de un daño y (ii) su atribución a un sujeto determinado en virtud de un título de imputación proveniente de una norma particular y su objetivo y fundamento principal es indemnizar el daño que se ha causado a partir de un riesgo que la víctima no tiene que soportar o porque quien lo ha causado ha sido negligente en su actuación. Ahora bien, de la responsabilidad civil se derivan dos especies distintas: (i) la contractual y (ii) la extracontractual.³

La responsabilidad civil médica.

³ Corte Constitucional. Sentencia T-158 de 24 de Abril de 2018. MP. Dr. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Dentro del régimen general de responsabilidad civil pueden examinarse diversos asuntos, entre ellos, los que versan sobre los actos médicos y para ello, la jurisprudencia nacional ha hilado un vasto camino, señalando que:

“Las obligaciones de los prestadores de salud consisten en brindar al paciente todas las herramientas de las que dispongan de conformidad con la lex artis de la materia, con el objetivo de curarlo, así en todos los casos no se pueda cumplir. En razón a lo anterior, en principio, la responsabilidad civil de la prestación de tales servicios se exige solidariamente a las entidades prestadoras de salud, a las instituciones prestadoras de dichos servicios y al personal médico y la responsabilidad será de carácter contractual o extracontractual si el daño surgió del incumplimiento de una obligación establecida en un contrato o por la violación del deber genérico de no dañar, por un hecho u omisión del responsable.”⁴

Bajo ese entendido, en reciente pronunciamiento, la Corte tuvo oportunidad de referirse al tema, y con ponencia del Magistrado Dr. Álvaro Fernando García Restrepo, se aseveró que:

*“[T]radicionalmente la jurisprudencia ha comprendido que en el ámbito de la actividad médica, **el régimen que gobierna la responsabilidad del profesional sanitario y de las instituciones que prestan sus servicios a los pacientes es el de la culpa probada, con lo cual, en línea de principio, corresponde al paciente o a quien demande por la atención que se le brindó o por una mala praxis médica, demostrar la culpa de quienes participaron en el acto médico o de las personas que con su actuar negligente, descuidado o imperito causaron un daño.**”* (Negritas y subrayas fuera del texto)

Luego la Corporación indicó que:

*“la prosperidad de una acción resarcitoria de dicho linaje, debe partir de la base de acreditar la concurrencia de un perjuicio, de una culpa y del nexo causal entre los dos anteriores, pues, no podría ser de otra forma, por ejemplo, estableciéndose regímenes de responsabilidad “estricta” u objetiva que hagan abstracción de la culpa como criterio de atribución, porque ya lo ha dicho esta Corporación, **“los profesionales de la medicina se comprometen a desarrollar su actividad con la prudencia y diligencia debidas,***

⁴ Corte Constitucional. Sentencia T-158 de 24 de Abril de 2018. MP. Dr. Gloria Stella Ortiz Delgado.

haciendo el mejor uso de sus conocimientos y habilidades para brindar a sus pacientes una atención encaminada a emitir un correcto y oportuno diagnóstico de las patologías que los afecten, así como a la prescripción del tratamiento adecuado [...] de allí no se deriva una obligación de resultado en cuanto a la recuperación de la salud, sino de medios, para procurar la satisfacción de ese objetivo" Negritas y subrayas fuera del texto)

Seguidamente el alto Tribunal hizo hincapié en que:

*"Lo anterior, por supuesto, sin olvidar que al momento de determinar si ha concurrido o no culpa en el actuar médico, la Corte, para ciertos eventos, ha morigerado el instituto de la carga de la prueba para la parte demandante, teniendo en cuenta la facilidad o posibilidad que cada extremo tiene para acceder a los medios de convicción. En ese orden, se ha insistido que, por el camino de la denominada flexibilización de la carga de la prueba, los hechos relevantes para la correcta definición de procesos de esta estirpe, los debe acreditar la parte que esté en mejor posibilidad de hacerlo"*⁵

De los extractos en cita, puede colegirse entonces que la actividad médica no genera obligaciones de resultado en la relación galeno – paciente, por ende, la misión a cargo del médico constituye un deber de medio, claro está, sin que aquel desatienda los deberes éticos que le impone su profesión, esto es, actuar en el desarrollo de la practica medica con la debida diligencia, pericia, cuidado y prudencia, así como también que ponga a disposición toda su entereza y conocimiento técnico para encaminar la labor médica hacia la preservación de la salud de quienes estén bajo su cargo; todo ello bajo la observancia de las reglas y disposiciones médico - legales que sobre la materia tiene delineado el ordenamiento jurídico colombiano.

De otro lado, de los apartes precedentemente señalados puede deducirse que existe responsabilidad civil médica cuando se configuran los elementos estructurales de dicho régimen, el primero de ellos, orientado a que se acredite la presencia de un daño jurídicamente relevante, y que el mismo pueda imputarse a un sujeto determinado, lo que a

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC – 3253 de 04 de agosto de 2021. MP. Dr. Álvaro Fernando García Restrepo.

su vez obliga a que deben existir los medios de convicción suficientes que prueben la culpa médica, para que finalmente exista un nexo causal entre el menoscabo padecido con la falta atribuible.

Ahora bien, debe decirse que de antaño, la Corte tenía demarcada una línea de pensamiento uniforme en lo que respecta al régimen probatorio que gobierna los asuntos de responsabilidad civil médica, atribuyendo dicha carga, en principio, al sujeto activo quien tenía la obligación de acreditar el daño, la culpa médica y la conexidad entre lo uno y otro, ello en atención a la tesis del *onus probandi*, y bajo el supuesto de que quien pretendiera alegar un hecho, se encontraba en el deber de probar aquello que invocaba, regla ésta que en la actualidad se encuentra instituida en el artículo 167° del C. G del P, denominada carga de la prueba.

Sin embargo, de la lectura comprensiva del canon legal en cita, el Legislador flexibilizó el alcance de ese precepto, dando origen a lo que hoy conocemos como la carga dinámica de la prueba, lo que a su vez permite al Juez de conocimiento, distribuir esa carga a la parte que se encuentre en una condición más favorable para aportar los medios de prueba que acrediten con convicción determinado hecho, ello en armonía con las demás condiciones señaladas en el artículo 167° *ibídem*.

Finalmente, los extractos jurisprudenciales memorados dejan entrever que, en el régimen de responsabilidad civil médica, no existe presunción de culpa, por lo tanto, los asuntos que versan sobre ésta materia en últimas, se circunscriben a un debate probatorio, tal como pasa analizarse conforme a los supuestos facticos del caso *sub examine*.

Caso en concreto.

Como antecedentes para fijar el análisis, deben rememorarse algunos aspectos, entre ellos, que la parte actora en el escrito de demanda esgrimió que, hacia el mes de junio del año 2013,

la señora CCRD acudió en diferentes momentos a la IPS PROINSALUD S.A., para recibir en dicha institución, los servicios médicos pertinentes, frente a los cuadros clínicos que presentaba para esa época.

En esa misma línea, según lo descrito en el libelo genitor, tras presentarse demoras en la atención médico-paciente, finalmente la referida señora, habría sido internada en la institución prestadora de salud. Sin embargo, que los galenos tratantes no centraron su atención en la patología que se estaría o se estaba desarrollando en su organismo, es decir, el cáncer de pulmón; sino todo lo contrario, de manera somera se habrían dedicado a atender a la entonces paciente y a suministrarle los medicamentos conforme a los síntomas presentados, sin auscultarse en la causa real de sus padecimientos, ocasionándose finalmente su deceso en la madrugada del día 03 de julio del año 2013.

Por lo anterior, consideró el extremo activo que existió negligencia en la prestación del servicio de salud otorgado a la señora RD por parte de PROINSALUD S.A., y los galenos demandados, situación que, en sentir del apoderado judicial de los demandantes, constituyó la culpa médica en cabeza de los atrás referidos, y que, en esta oportunidad en sede de alzada, solicita a éste *Ad quem*, adentrarse en el análisis exhaustivo de unas determinadas circunstancias omitidas en el análisis realizado en la sentencia objeto de apelación por parte de la Juzgadora de primera instancia.

Para ello, sea del caso precisar que una vez se ha efectuado la revisión del historial clínico de la entonces paciente CCRD, la misma permite inferir que, en verdad, la ahora fallecida acudió en diferentes interregnos de tiempo a PROINSALUD S.A., entre ellos se destacan los que corren a partir del mes de junio del año 2013, específicamente las atenciones dadas entre los días 17 a 25 de ese mes y año y las brindadas entre los días 27 de junio a 03 de julio de la misma anualidad, de donde, según los sujetos activos, se configuró el negligente actuar médico por parte de los galenos tratantes adscritos a esa IPS.

Estudio de la Historia Clínica.

Conforme lo anterior, se tiene que, el 17 de junio del año 2013, la señora RD, acudió a su IPS y consultó por tercera vez ante la presencia del siguiente cuadro clínico:

“[Hora 15:20]Paciente reconsultante con cuadro clínico de 8 días de evolución, consistente en fiebre, acompañado de escalofrío, deposiciones diarreicas abundantes no especificadas, náuseas y mal estar general. Firmado por Dr. Harold Mera.

Hora [18:47]Cuadro clínico de 3 días de dolor a nivel de muñecas, bilateral y desde 12 horas presenta edematización de ésta área, con incremento del dolor hasta disminuir la fuerza bilateral, dice también sentir en todos los miembros superiores. Firmado por Dr. Pablo Córdoba Izquierdo.”⁶

Ahora, como antecedentes patológicos se tiene que, para ese entonces la referida padecía de “hipertensión arterial, y artritis (...)”, presentando para el día 17 como diagnóstico principal “gastroenteritis” de presunto origen infeccioso, frente a lo cual, se proporcionaron los medicamentos respectivos, unos que debían ser suministrados vía oral y otros intravenoso y/o muscular. Además, se contó con las ayudas diagnosticas necesarias, entre ellas, coproscópicos, de orina y otros.

Lo rememorado anteriormente permite vislumbrar según la historia clínica, que la entonces paciente fue tratada conforme a los síntomas que acusó para el día 17 de junio y siguientes de ese mes y año, pues, irrisorio sería argüir cosa distinta ante lo evidenciado en las anotaciones y evoluciones que dan cuenta con claridad de esa situación.

Ahora bien, no sobra advertir e inferir al compás de lo anotado en el informe emitido el día 19 de junio de esa anualidad por el internista hematólogo Dr. José Luis Timaná Arciniegas, quien hizo un recuento de los antecedentes clínicos de la señora RD, señalando, que aquella presentaba una diversidad de complicaciones en su estado de salud, padecimientos éstos

⁶ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 61. Fol. 236.

que venían sobrellevándose desde hacía unos años atrás y que, como bien lo memoró la Juez *a quo*, la ahora fallecida presentaba patologías, tales como:

*“artritis reumatoide con tratamiento con metotrexate y prednisolona, fármacos inmunosupresores, hipertensión arterial en tratamiento de captopril e hidroclorotiazida, esplenomegalia asintomática de posible origen autoinmune, depresión en tratamiento por psiquiatría con fluoxetina, **epoc por tabaquismo pesado**, gastropatía eritematosa antral, insuficiencia venosa en miembros inferiores, nódulo mamario izquierdo de 11 * 15mm y dislipidemia en tratamiento con lovastatina.”*(Subrayas y negritas de la Sala.)⁷

Lo arriba descrito permite hacer un paréntesis, frente a lo cual debe decirse que, desde un punto de vista objetivo según lo avizorado, la señora CC para esa fecha ya presentaba un quebrantamiento en su estado de salud, situación que permitirá a ésta Corporación dilucidar con vigor lo que aconteció días después.

Ahora, siguiendo la línea de estudio, el día 24 de junio de la misma calenda, según la HC⁸, la entonces paciente volvió a consultar en su IPS, esta vez fue hospitalizada y presentó el siguiente cuadro:

“HORA 13:55 Hace una semana fue manejada como amebiasis y luego como infección, pero la paciente refiere que no puede vestirse ni bañarse, está anémica.

*Cuadro de 20 días de presentar, inicialmente escalofrió, tos, fiebre, diarrea, emesis, niega otros síntomas, recibió manejo médico, como eda bacteriana, reconsulta por que persiste con astenia, y mal estar general, **niega vómito, diarrea y otros síntomas**. Firmado por Dr. Álvaro Germán Santiusty”*⁹ (Negritas y subrayas nuestras)

Conforme lo anterior, en ese mismo día, al examen físico, el medico de turno anotó con relación al aspecto general de la paciente un estado aceptable; oídos, nariz, boca, garganta: conjuntivas pálidas, mucosa oral seca; **el sistema cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin sobreagregados.** Lo que indicaría que se

⁷ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 69. Fol. 240.

⁸ Historia clínica, en adelante HC.

⁹ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 71. Fol. 241.

encontraba en buenas condiciones frente a esta parte del organismo y en relación al examen neurológico, el mismo se calificó sin déficit.

Cabe anotar que la entonces paciente al presentar signos de deshidratación sin aparente pérdida de líquidos, se le ordenaron unos exámenes de laboratorio clínico¹⁰, entre ellos, “BUN, CREATININA, GLUCEMIA, HEMOGRAMA, IONOGRAMA, UROANALISIS”¹¹, quedando pendiente revaloración con resultados.

El diagnóstico principal para ese día a las 13:55 hr, fue “depleción del volumen” y “anemia de tipo no especificado” frente a lo cual, se ordenó seguir un plan de tratamiento de acuerdo a ese cuadro. Para las 19: 46 hr, según las evoluciones clínicas se refirió “paciente con síntomas generales, con paraclínicos que evidencian hiponatremia de 118; se decide ingreso a observación, reposición de sodio, valoración x medicina interna”¹², por presentarse el diagnóstico de “hiposmolaridad” e “hiponatremia”, que fue combatido con las respectivas medicaciones según se avizora en las anotaciones de la HC. Para las 19:57 hr, después de obtenerse los resultados del ionograma¹³, el mismo arrojó, para sodio = 118 y potasio = 3.48, lo que medicamente se entendería como una alteración de los electrolitos en su organismo o técnicamente como una patología denominada como E878 es decir “otros trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos, no clasificados en otra parte, firmado por Dr. Carlos Alberto Ruano” (Resaltado nuestro)

El día 25 de junio del año 2013, a las 07: 53 hr, según consta a folio 256 del expediente clínico, la entonces paciente refirió mejoría de la sintomatología, y al ser valorada por el internista de turno, Dr. JACB, éste decidió darle alta médica a la señora RD, y determinó la suspensión de los diuréticos tiazidicos (HIDROCLOROTIAZIDA) como causal de hiponatremia, quedando

¹⁰ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 93. Fol. 252. Pg. 103 y Fol. 257.

¹¹ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 71. Fol. 241.

¹² 02Cuaderno2.Pdf Pg. 79. Fol. 245.

¹³ Ionograma o panel de electrolitos: Prueba de sangre que mide los niveles de los principales electrolitos del cuerpo: Sodio, cloruro, potasio bicarbonato.

pendiente control por consulta externa en los diez días siguientes para analizar los paraclínicos TSH NA CH.

Así las cosas, de lo dicho hasta aquí, válidamente la Sala puede concluir que en el interregno comprendido entre los días 17 a 25 de junio de 2013, la señora CCRD, acudió a la IPS PROINSALUD S.A., con *“cuadro compatible con gastroenteritis aguda más hiponatremia por lo que se interpreta el cuadro clínico de origen infeccioso y medicamentoso”* y que fuera dada de alta *“con tratamiento antibiótico ambulatorio”*¹⁴

Dicho de otra manera, los síntomas que agobiaron a la entonces paciente y que la llevaron a asistir a la institución prestadora de salud, en un primer momento parecían no tener relación directa con la patología que finalmente produjo su deceso, pues aquella enfermedad aquejó de manera severa y fue menguando la salud de la referida señora, entre el 27 y días siguientes del mes de junio y primeros del mes de julio, es decir; cerca de su fallecimiento vinieron a presentarse, aunado al cuadro infeccioso y las demás molestias que ya padecía, una multiplicidad de signos que deterioraron aún más su condición clínica.

Sin embargo, de lo examinado en la HC, sumado a las pericias que obran en el expediente, la atención que fue brindada por parte de los facultativos entre los días 17 a 25 del mes de junio de 2013, fue oportuna y acorde a la sintomatología reportada en todos los exámenes de rigor que se realizaron y que concluyeron en ultimas, la infección gastrointestinal, la cual, como lo hemos reiterado, encuentra sustento en los exámenes de laboratorio, como lo fue el coproscópico que se realizó el día 17 de junio del año 2013 y que, sumado a los *“antecedentes de bajas defensas por la inmunosupresión originada no solo por los medicamentos*

¹⁴05Cuaderno3Fls408a616.Pdf. Pag. 365. Fol. 592. Dictamen pericial emitido por el Internista – Oncólogo, Dr. Mauricio Rodríguez Pabón. Aparte extractado del párrafo denominado como resumen de historia clínica.

que ingería la paciente sino por su depresión hace que en efecto haga un proceso infeccioso” tal como acertadamente lo coligió la Juez de instancia.

De otra parte, con relación a la hiposmolaridad e hiponatremia, dichas afecciones se dedujeron tras analizarse la condición clínica de la señora RD, hacia el día 25 de junio de 2013, situación que con bastante claridad quedó explicado en la sentencia de primer grado, cuando la Juez *a quo*, con suma nitidez sentó en su vasto análisis al albor de lo estudiado en la HC, que la ahora fallecida hasta antes del 27 de junio, presentó diferentes cuadros clínicos, entre ellos, los antecedentes de su baja en las defensas lo que medicamente iría a la par con el cuadro infeccioso por el que consultó para esos días, y que fue oportunamente tratado, advirtiéndose por parte los galenos, claro está, que dichos padecimientos se debían además por los medicamentos que la referida debía ingerir con ocasión de las patologías que ya presentaba de tiempo atrás. Por lo tanto, ésta Colegiatura encuentra de lo estudiado hasta aquí, que no puede argüirse cosa distinta a lo que efectivamente puede vislumbrarse del expediente clínico, es decir, a medida que iban presentándose los síntomas en la entonces paciente, éstos se iban evaluando y, por ende, medicando; sin que exista prueba que permita inferir a ésta Sala lo contrario.

Para respaldar lo anterior, es preciso extractar de la providencia objeto de alzada el siguiente aparte, el cual, en palabras del oncólogo tratante, soporta de cierta manera lo ya explicado.

(...) cuadros como la artritis y los medicamentos que debe tomarse para su tratamiento incrementan el riesgo de sufrir infecciones graves como consecuencia de las alteraciones subyacentes que ocurren en el sistema inmunitario, de forma paralela existen numerosos estudios que demuestran además un riesgo aumentado de sufrir infecciones asociado al tratamiento inmunosupresor recibido para el control de la actividad de la enfermedad (...)”

Por lo tanto, queda sin sustento lo sostenido por parte del alzadista, al sostener que, en términos generales, los médicos tratantes no prestaron con eficiencia el servicio de salud a

la señora RD, pues, para éste Cuerpo Colegiado, lo precedentemente abordado da cuenta de un actuar diligente acorde a los mandatos que impone la *lex artis*.

De otro lado, respecto de los demás días en que la señora CC visitó su IPS, se tiene que, el día 27 de junio de 2013, la referida ingresó nuevamente por el servicio de urgencias a PROINSALUD S.A., registrándose en ésta oportunidad a las 07: 11 hr, como una paciente con decaimiento general, falta de apetito y debilidad; a las 08: 11 hr, insistió la ahora fallecida que se sentía decaída, describiéndose como *“paciente con App de desequilibrio hidroelectrolítico, quien ingresó del servicio de urgencias hace 3 días. Ahora persiste con cuadro de adinamia, hiporexia, imposibilidad para la deambulación”*¹⁵ (Subrayas nuestras)

Al examen físico, el medico de turno anotó con relación al aspecto general de la paciente un estado aceptable, *“asténica, adinámica; piel y faneras: palidez mucocutanea generalizada; ojos: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz; el sistema cardiopulmonar: corazón rítmico, sin soplos, pulmones bien ventilados; abdomen blando; extremidades osteo articular: edema en miembros inferiores”*. A las 10: 19 hr, la ahora fallecida ingresó por control médico con resultados de laboratorio, donde igualmente se evidenció *“hiposmolaridad”* e *“hiponatremia”*, quedando pendiente la valoración por internista.

A las 11: 13 hr de ese mismo día, en atención a los padecimientos que aquejaban a la señora RD, se informó de los mismos al internista Dr. JAC, quien ordenaría la valoración por neurología con el Dr. JAZ, aunado a la práctica de ayudas diagnosticas tales como *“TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE CRANEO SIMPLE - TAC CEREBRAL SIMPLE”*¹⁶

A las 13: 08 hr, sumado a lo anterior, la entonces paciente presentó dificultad respiratoria, y para ese momento era diagnosticada de *“E871 HIPOSMOLARIDAD E HIPONATREMIA, R268 OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS, G618 OTRAS POLINEUROPATIAS*

¹⁵ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 121. Fol. 266.

¹⁶ 04Cuaderno3Segundaparte Pg. 3

INFLAMATORIAS, G700 MIASTENIA GRAVIS, firma Dr. JOSE ANTONIO ZAMBRANO.¹⁷ Se recomendó su observación clínico neurológica, monitorización permanente y hospitalización, además se analizó "POR SU CUADRO DE ADINAMIA, MALESTAR GENERAL SS--- DESCARTAR POLIENEUROPATIA VS MIASTENIA - RX TORAX, EMG Y VCN MAS REFLEJO H Y ONDA F DE LAS 4 EXTREMIDADES"¹⁸ (Subrayas y negritas nuestras)

Ahora bien, a folio 283 del expediente, obran los resultados de imagenología del estudio radiográfico de tórax, que comprendió "(PA O A.P., LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO"¹⁹, lo que indicó "velamiento de los ángulos costo y cardiofrénicos de forma bilateral y de predominio izquierdo por liquido pleural con atelectasias compresivas subsegmentarias. Silueta cardiaca y pedículo vascular sin alteraciones. Cambios óseos degenerativos" (Subrayas y negritas nuestras)

A las 18: 30 hr., de ese mismo día, después de haber sido valorada por el Neurólogo Dr., JAZ quien, tras sospechar en la entonces paciente "POLIENEUROPATIA VS MIASTENIA" Solicitó la realización de las siguientes ayudas diagnosticas " RX TORAX, EMG Y VCN MAS REFLEJO H Y ONDA F DE LA S4 EXTREMIDADES"²⁰

A su turno, se apuntó además que la señora RD, se encontraba en un estado general regular, así:

"Tensión arterial 110 /70, frecuencia cardiaca 75 x, frecuencia respiratoria 19 x, temperatura 36.4°C, saturación O2 82% FIO2 21% paciente en regular estado general, adinámica, escleras claras, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, cuello móvil, no masas, cp : corazón ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, campos pulmonares con disminución de murmullo vesicular de predominio en base izquierda no sobreagregados, abdomen depresible, blando, no doloroso palpación, no megalias, peristaltismo presentes, genitourinario sin alteraciones, extremidades: tetraparesia leve, hipotonica, hiporeflexica, pulsos positivos, sistema nervioso central glasgow 15/15"²¹ (Subrayas y negritas nuestras)

¹⁷ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 125. Fol. 268.

¹⁸ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 125. Fol. 268.

¹⁹ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 155. Fol. 283.

²⁰ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones - 20130627Pdf. Pag. 9

²¹ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones - 20130627Pdf. Pag. 9

Respecto del análisis de lo anteriormente extractado se apuntó lo siguiente:

“paciente en su primer día de hospitalización en nuestro servicio con diagnóstico de hiponatremia leve +poli neuropatía vs miastenia como comorbilidad hipertensión y artritis reumatoidea pendiente cita para electromiografía y velocidad de conducción mas reflejo h y onda f de las 4 extremidades se continúa manejo medico vigilancia estricta de patrón respiratorio, se solicita ecografía de tórax por derrame pleural”²² (Subrayas y negritas nuestras)

Sumado a los exámenes solicitados por el neurólogo Dr. Z, también se requirió la toma de un ionograma, y una ultrasonografía diagnostica de tórax: pericar. De otro lado, según las evoluciones que constan en la HC, pueden observarse las recomendaciones respecto del trato médico que debía recibir la señora CC durante su hospitalización, lo que da lugar a inferir que, bajo ningún punto, se descuidó el estado de salud de la referida, sino todo lo contrario; los galenos de turno y el personal de enfermería estuvo al pendiente de cualquier signo que presentara, para proceder conforme a los mandatos médicos.

En esa línea de análisis, para el día 28 de junio de 2013, la señora RD, en horas de la mañana, habría referido al personal galénico la presencia de edemas en extremidades. La valoración médica, su análisis y posterior diagnóstico se concretó así:

“HORA 09:49:00 OBJETIVO tensión arterial 80/60, frec cardiaca 90x, frec respiratoria 20x, temperatura 36.3°C, saturación O₂ 92% FIO₂ 28% paciente en regular estado general, alerta, orientado, hidratado, escleras claras, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, no lesiones bucales ni yugales, cuello móvil, no adenopatías palpables, corazón ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, campos pulmonares ventilados roncospasmodicos, no tirajes intercostales, no utilización de músculos accesorios evidentes, abdomen depresible, blando, no dolorosa palpación, no megalias, peristaltismos presentes, genitourinario sin alteraciones, extremidades móviles, edemas miembros inferiores bilaterales, llenado capilar presente, pulsos positivos, sistema nervioso central alerta, glasgow 15/15”

“ANALISIS paciente con diagnóstico de hiponatremia leve + poli neuropatía vs miastenia + derrame pleural es bilaterales + antecedente de hipertensión y artritis reumatoidea paciente

con evolución estable, refiere tos intermitente, no picos febriles, rx tórax sin infiltrados evidentes, actualmente en espera de toma de eco tórax para determinar toracentesis diagnóstica, tensiones diastólica al límite por lo cual se deja antihipertensivo según tensión ante edema en extremidades se adiciona diurético endovenoso, se espera cita para realización de electromiografía”

“DIAGNOSTICO E871 hiposmolaridad e hiponatremia. R268 otras anormalidades de la marcha y de la movilidad y las no especificadas. G618 otras polineuropatías inflamatorias. G700 miastenia gravis.”

“AYUDAS DIAGNÓSTICAS 903605 ionograma [cloro, sodio, potasio y bicarbonat. 903401 adenosin deaminasa [ada]. 903852 líquido pleural [examen físico y citoquímico + cultivo. 901107 coloración gram y lectura para cualquier mues. 903863 proteínas totales en suero y otros fluidos +. 903803 albumina sangre y liq pleural”²³

Ahora bien, debe decirse que en el trasegar de ese día, la entonces paciente fue valorada por medicina general y especializada, entre ellos por los Dres. PKHZ y JAZO respectivamente; además se tomaron diversos exámenes, entre ellos, los arriba descritos, así como también los coproscópicos.

Además, a folio 288 y ss., del expediente obran el reporte de resultados de laboratorio clínico²⁴, así mismo, el reporte de imagenología, realizado por el Radiólogo, Dr. Luigi Bolaños, que comprendió “ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA +” así:

“Informe toracentesis evacuatoria bilateral con transductor convex se realiza exploración observando:

Previa asepsia más colocación de campos estériles y aplicación de anestesia local y bajo guía ecográfica se procede a puncionar con jeico No. 14, dirigido hacia el espacio pleural del hemitórax derecho e izquierdo, aspirando y obteniendo líquido cetrino, en cantidad aproximada de 2500 c.c. en el lado derecho y 2500 c.c. en el lado Izquierdo, de lo cual se toma muestras en tubos secos para análisis en laboratorio. Procedimiento sin complicación.”²⁵ (Resaltado nuestro)

²³ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones – 20130627Pdf. Pag. 12

²⁴ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 169. Fol. 290.

²⁵ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 165. Fol. 288.

De igual manera, obra el informe de imagenología el reporte de control post toracocentesis evacuatoria, que comprendió *“pinzamiento de los ángulos costo y cardiofroncos de forma bilateral y de predominio Izquierdo por liquido pleural con atelectasias subsegmentarias. Ligero crecimiento de cavidades cardiaca con pedículo vascular normal. Cambios óseos degenerativos”*²⁶; entre otros reportes.

El día 29 de junio, a la 01: 38 hr, según se avizora en las notas de evolución, la señora CC estaría presentando *“(…) deposiciones diarreicas, 5 en las últimas horas, se solicita coproscópico, se inicia líquidos basales para evitar deshidratación”*²⁷

A las 09: 04 hr, el internista Dr., JAC, anotó:

*“paciente de 58 años quien acude por síntomas polineuropaticos se documenta en rx de tórax derrames pleurales bilaterales, se drenen, se ordena citoquimico, citológico, ada, glicemia, ph, se ordena tsh ultrasensible, se inicia trimetropin sulfa 160/800 cada 12 horas por 5 días por gastroenteritis aguda. debe descartarse síndrome paraneoplasico, **llama la atención exudado neutrófilo**. ldh mayor de 1000. se solicita valoración por cx tórax. manejo en conjunto con neurología”*²⁸ (Resaltado nuestro)

A las 9: 38 hr, la médica de turno indicó:

*“paciente en su tercer día de hospitalización en nuestro servicio con diagnóstico de hiponatremia leve + polineuropatia vs miastenia + derrame pleural es bilaterales+ gastroenteritis bacteriana + pop de toracocentesis evacuatoria y diagnóstico antecedente de hipertensión y artritis reumatoidea paciente con evolución estable, refiere tos intermitente, no picos febriles en el momento sin deposiciones diarreicas se inicia antibioticoterapia por coprológico patológico Wright positivo , se valora por medicina interna quien por hallazgos de citoquimico exudado neutrofilico con ldh elevada , se solicita valoración por cirugía Dr. Z que ordena tac de tórax, ionograma con hiponatremia leve último en 130 , se continua manejo establecido”*²⁹ (Resaltado nuestro)

²⁶ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 173. Fol. 292.

²⁷ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones – 20130627Pdf. Pag. 16

²⁸ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones – 20130627Pdf. Pag. 17

²⁹ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones – 20130627Pdf. Pag. 18

Ahora bien, a folio 294 y ss., del expediente, obran los resultados de los exámenes ordenados, entre ellos el de “Adenosin Deaminasa – ADA”, análisis del líquido pleural a través del cual se determinaría otras causas al derrame pleural. Así mismo, el reporte de resultados del coproscópico, de electrolitos, y TSH.

Debe decirse que durante el día 29, según consta en la HC, la paciente fue valorada tanto por las especialidades de medicina interna como de neurología, se estableció el manejo que debía dársele, y según se avizora, en diferentes interregnos de tiempo, los galenos de turno en compañía del personal de enfermería estaban al tanto del tratamiento farmacéutico a suministrarse.

Para el día 30 de junio de 2013, a las 8: 47 hr, se anotó por parte de medicina interna lo siguiente:

*“paciente de 58 años quien acude por síntomas polineuropáticos se documenta en rx de tórax derrames pleurales bilaterales, se drenen se ordena citoquímico, citológico, ada, glicemia, ph, se ordena tsh ultrasensible, se inicia trimetropin sulfá 160/800 cada 12 horas por 5 días por gastroenteritis aguda. **debe descartarse síndrome paraneoplásico llama la atención exudado neutrófilo**. Ldh mayor de 1000. fue valorado por cirugía ordena tac de tórax”³⁰*

Aunado a lo anterior, para las 9 y 29 am, la señora CC refirió sentirse mejor, con disminución en la diarrea que la aquejaba, pero con náuseas al comer. Al examen físico y análisis del mismo se reportó.

*“tensión arterial 100 /70 , frecuencia cardíaca 85 x, frecuencia respiratoria 20 x, temperatura 36.8°C, saturación O₂ 82% FIO₂ 21% paciente en regular estado general, adinámica , escleras claras, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, cuello móvil, no masas, cp : corazón ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles, **campos pulmonares con disminución de murmullo vesicular de predominio en base izquierda no sobreagregados** , abdomen depresible, blando, no doloroso palpación, no megalias, peristaltismo presentes, genitourinario sin alteraciones, extremidades : tetraparesia leve, hipotónica, hiporeflexica, edema marcado de miembros inferiores pulsos positivos, sistema nervioso central glasgow 15/15*

³⁰ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones – 20130627Pdf. Pag.22

análisis: paciente con diagnósticos de 1. diagnóstico de hiponatremia leve 2. polineuropatía 3. derrame pleural es bilaterales 4. gastroenteritis bacteriana 5. pop de toracocentesis evacuatoria y diagnóstico antecedente de hipertensión y artritis reumatoide paciente en el momento con mejoría clínica con mejor tolerancia de patrón respiratorio, se evidencia edema de mí, disminución de las deposiciones diarreicas p / rte definitivo de electromiografía p rte de cultivo del pleural y Pte. la cita para toma de tac de tórax para valoración por cx general para definir necesidad de toracotomía se continua con manejo médico. por edema se solicita perfil nutricional”³¹ (Resaltado nuestro)

A las 11: 17 hr, después de analizarse el estado de salud de la señora RD; el Dr., JAZ determinó cerrar el manejo por neurología por encontrar que la sintomatología de la paciente ya no correspondía a su especialidad. De igual manera la ahora fallecida durante el transcurrir del día y de la noche siguió bajo la custodia de medicina interna y general, tal como consta en su HC.

El día 01 de julio de 2013, a las 05: 55 hr., según se vislumbra a folio 299 del expediente, obra el reporte de resultados de laboratorio clínico, lo que comprendería el análisis de proteínas y electrolitos. A las 08:48 hr., según anotó el oncólogo, Dr., JACB, se encontró:

“paciente de 58años, idx polineuropaticos se doceumta en rx de tórax derrames pleurales bilaterales, se drenen se ordena cito químico, citológico, ada, glicemia, ph, se ordena tsh ultrasensible, se inicia trimetropin sulfá 160/800 cada 12 horas por 5 días por gastroenteritis aguda. Debe descartarse síndrome paraneoplásico llama la atención exudado neutrófilo. ldh mayor de 1000. fue valorado por cirugía ordena tac de tórax que está pendiente”³² (Resaltado nuestro)

A las 10:27 hr., la señora CC refirió mejoría y que ya podía ingerir alimentos. De otro lado, según consta en su HC, dentro de las evoluciones se anotó que la entonces paciente se encontraba en buenas condiciones generales, sin embargo, que se estaría al pendiente de la toma del tac de tórax. De otro lado, debe decirse que, durante el resto del día, la ahora fallecida estuvo en observación por parte de los facultativos de turno.

³¹ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones - 20130627Pdf. Pag.23

³² 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones - 20130627Pdf. Pag.27

Para el día 02 de julio de la misma calenda, a las 07: 03 hr., la señora CC fue nuevamente valorada por medicina interna, anotándose lo ya descrito en el párrafo antepenúltimo de esta providencia. A las 10:20 hr, se apuntó que se estaba a la espera de la toma del tac de tórax y pendiente valoración por nutrición.

A las 14:27 hr., la entonces paciente recibió la referida valoración por parte del nutricionista Dr., Hernán Alfredo Argote Vega, en la que se anotó que, pese a su falta de apetito, para ese momento toleraba la dieta que consistió en:

*"dieta licuada hiperproteica, hipercalórico, rica en proteínas de alto valor biológico, repletacion nutricional por formula polimérica alta en calorías y nitrógeno, ensure 474ml/día por vía oral, se diligencia formato no pos para aprobación por comité técnico científico, informar cambios, tolerancia y evolución de la paciente."*³³

Para las 15:05 hr., la señora CC se encontraba en las siguientes condiciones:

"hospitalización tarde: refiere astenia y adinamia.

objetivo: *paciente sentada, tensión arterial: 100/60, frecuencia cardiaca: 87 xmin, frecuencia respiratoria: 20 xmin, sato2: sin oxígeno: 87%, con cánula nasal: 92%. campos pulmonares hipoventilados bibasales, abdomen blando depresible no dolor, extremidades móviles edema grado ii bilateral, pulsos distales presente, masa muscular disminuida neurológico: glasgow 15/15*

análisis: *paciente con diagnóstico de 1. polineuropatía mixta 2. derrame pleural bilateral en estudio 3. eda bacteriana en resolución. 4. desnutrición proteico-calórica. **paciente en el momento en sospecha de neoplasia posiblemente pulmonar en espera de reporte de citológico de liq. pleural, en cultivo de liq. Pleural negativo en 48 horas. Pendiente hoy toma de tac de tórax y reporte para nueva valoración por cirugía general.**"*³⁴ (Subrayas y negritas fuera del texto)

A las 16:20 hr., según consta en las evoluciones clínicas, se indicó:

"hospitalización tarde:

objetivo: análisis: llega paciente de toma de tac de tórax, jefe lleva cd y orden de tac a

³³ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones - 20130627Pdf. Pag.34

³⁴ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones - 20130627Pdf. Pag.36

imagenología segundo piso para su lectura, comentó a Dr. Z que imágenes ya se encuentran y refiere que se informe a cirujano de turno para su valoración y continuar su conducta”³⁵ (Resaltado nuestro)

Después de realizarse la “TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE TORAX”, el Radiólogo Dr. Luis Fernando Caicedo el día 02 de julio de 2013 concluyó a través del reporte de resultados de imagenología tal como consta a folio 304 del expediente, así:

“Se practica estudio en cortes axiales secuenciales desde los estrechos torácicos superiores hasta las bases pulmonares con los siguientes hallazgos: • Cámaras cardíacas, aorta torácica, troncos supra aórticos y arterias pulmonares de disposición, morfología y Aspecto normales. • Mediastino central, apreciando tráquea y bronquios principales de calibre adecuado. No hay evidencia de adenomegalias mediastinales, parahilares ni axilares. • Líquido en el espacio pleural de ambos hemitórax. Parénquima pulmonar evidencia zonas de aumento en la densidad por Infiltrados coalescentes hacia los lóbulos inferiores primordialmente, hacia los lóbulos inferiores bilateralmente y lóbulo medio del lado derecho en relación a cambios por proceso de tipo neumónico atípico. Zona de aumento en la densidad hacia el aspecto posterior del lóbulo inferior Izquierdo por atelectasia. Lo visualizado de pared torácica y estructuras óseas es de aspecto escenográfico normal.

OPINION:

DERRAME PLEURAL BILATERAL. ZONAS DE AUMENTO EN LA DENSIDAD CON BRONCOGRAMA AÉREO, ESPECIALMENTE HACIA LOS LOBULOS INFERIORES DE MANERA BILATERAL Y LOBULO MEDIO DERECHO, QUE SUGIEREN PROCESO DE TIPO NEUMÓNICO. ATELECTASIA HACIA EL ASPECTO POSTERIOR DEL LOBULO INFERIOR IZQUIERDO³⁶ (Subrayas y negritas nuestras)

A las 00:49 hr del día 03 de julio de 2013, se anotó por parte de la Dra. PKHZ, médico de turno, lo siguiente:

“nota hospitalaria:

objetivo: tensión arterial: 100/60, frecuencia cardíaca: 90x, frecuencia respiratoria: 25x, temperatura 36.3°C, saturación O₂ 84% venturi 50% paciente en regular estado general, alerta, orientada, hidratada, escleras claras, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, no lesiones bucales ni yugales, cuello móvil, no adenopatías palpables,

³⁵ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones – 20130627Pdf. Pag.37

³⁶ 02Cuaderno2.Pdf Pg. 197. Fol. 304.

corazón ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, campos pulmonares: hipoventilados, roncus y sibilancias bilaterales, no tirajes intercostales, no utilización de músculos accesorios evidentes, abdomen depresible, blando, no doloroso palpación, no megalias, peristaltismo presentes, genitourinario sin alteraciones, extremidades móviles, edemas miembros inferiores bilaterales, llenado capilar presente, pulsos positivos, sistema nervioso central alerta, glasgow 15/15

*análisis: paciente con diagnóstico de polineuropatía + derrame pleural bilateral +, síndrome paraneoplásico? al momento con cuadro de broncoespasmo por lo cual se ordena esquema de crisis con salbutamol – hidrocortizona*³⁷ (Subrayas y negritas nuestras)

A las 3: 45 hr, de ese mismo día, la entonces paciente presentó:

“nota hospitalaria:

*(...) malas condiciones generales con signos de dificultad respiratoria presenta paro cardiorrespiratorio que no responde a maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar, por lo cual se establece fallecimiento a las 4:00 am*³⁸

Pues bien, ésta Sala de decisión, tras haber estudiado de manera exhaustiva la historia clínica de la señora CCRD, emitirá las siguientes precisiones, las cuales, tendrán como soporte, la analizada HC, los dictámenes periciales anejados al expediente, y demás medios de prueba que permitan dar contestación al problema jurídico planteado, así como también los argumentos de reproche expuestos por los apelantes.

Análisis de las atenciones brindadas en PROINSALUD S.A, los días 17 a 25 de junio de 2013.

1. En primer lugar, debe decirse que, una vez verificada la HC, aquella pieza nos permite inferir sin mayor divagación, para lo que incumbe a ésta Litis, que la atención brindada a la señora RD, entre los días 17 a 25 de junio de 2013 fue oportuna y acorde a los mandatos que impone la *lex artis*, afirmaciones que encuentran asidero en los argumentos expuestos por el perito Mauricio Rodríguez Pabón, quien, por sus especialidades en medicina

³⁷ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones – 20130627Pdf. Pag.38

³⁸ 07Cuaderno4Segunda parte. Evoluciones – 20130627Pdf. Pag.39

interna y oncología, se revistió de idoneidad para emitir un criterio médico frente a si hubo o no, atención diligente a la mentada señora. En esa línea, el referido especialista manifestó tanto en el informe presentado, así como en la declaración absuelta en audiencia de instrucción y juzgamiento ante el Despacho de primer nivel, que el actuar médico por parte de los galenos fue adecuado; pues, conforme a la sintomatología que presentaba la entonces paciente, los facultativos de turno procedieron, es decir para esa fecha, la señora CC, acudió a su IPS con síntomas gastrointestinales, signos éstos que igualmente fueron detectados por parte de los médicos tratantes, y que los llevó a ordenar el tratamiento respectivo.

Dicho en otras palabras, el aludido perito refirió:

*“Uno como médico se guía con lo que vaya la paciente, si la paciente va con síntomas gastrointestinales llámese náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal, todos estamos a conducir sobre la parte gastrointestinal, es imposible ahí pensar que ella vaya a tener por esos síntomas tan inespecíficos, un cáncer del pulmón (...)”*³⁹

Por lo tanto, hasta antes del día 25 de junio de 2013, el cuadro clínico que acusó la señora CC, tenía relación con síntomas gastrointestinales, los cuales se manifestaron, tal como quedó apuntado en las evoluciones de su HC, con la presencia de *“deposiciones diarreicas abundantes no especificadas, y náuseas”* lo que condujo acertadamente a los médicos de turno, a descartar cualquier patología gastrointestinal, es decir, auscultar en los órganos que rodean ésta parte del organismo *“estómago, páncreas, hígado, intestino”* y de ésta manera suministrar el tratamiento antibiótico, tal como se vislumbra en las anotaciones clínicas.

³⁹ Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto. Audiencia de Instrucción y juzgamiento 1parte. 27 de agosto de 2020. Intervalo de tiempo. 00:12:

Ahora bien, no sobra decir que, la entonces paciente por presentar un cuadro de comorbilidades⁴⁰ o diferentes patologías al tiempo, tales como la artritis reumatoide y la medicación que debía ingerir para combatir la misma, así como la EPOC; resultaban ser enfermedades que alteraban su sistema inmunitario, convirtiéndola en una paciente inmunosuprimida quien por su frágil estado de salud podía presentar frecuentemente la baja en sus defensas, lo que daba lugar a sufrir un proceso infeccioso.

Por su parte, respecto de la hiposmolaridad e hiponatremia, tal como se anotó en glosas atrás, surgió como causa de la deshidratación presentada, aunada en la baja de sodio presenciada; signos plenamente atendidos por parte de los médicos de la IPS PROINSALUD S.A., según consta en los exámenes de rigor adelantados, entre ellos el ionograma, justamente para medir los niveles de electrolitos tales como el “sodio y el potasio” y de esta manera advertir el tratamiento a seguirse. De modo que, la astenia y/o adinamia cuya acepción indicaría debilidad en el organismo de un paciente, y que fue uno de los síntomas que reveló la señora RD, pero que, con asistencia del personal de medicina y las respectivas ayudas diagnosticas hicieron posible el restablecimiento de su estado de salud, así como también una mejoría en su condición clínica, al punto que el día 25 de junio de 2013, cuando fue dada de alta, refirió la ahora fallecida sentirse mejor de la sintomatología que la aquejaba, esto, como se ha reiterado, en gracia de la atención brindada a la aludida. Por lo tanto, queda sin sustento lo argüido por el apelante, en el punto de conjeturar una mala praxis médica o una inadecuada atención médica, durante los días 17 a 25 de junio de 2013.

Análisis de las atenciones brindadas en PROINSALUD S.A, los días 27 de junio a 03 de julio de 2013.

⁴⁰ Según la RAE. **Comorbilidad** hace referencia, a la coexistencia en una misma persona, de una o varias enfermedades o trastornos asociados a una enfermedad primaria.

De otro lado, con relación a la atención en salud recibida por parte de la señora CC durante el interregno de tiempo comprendido entre los días 27 de junio a 03 de julio de 2013, deben memorarse los siguientes puntos antes de procederse al respectivo análisis.

2. En primer lugar, sea del caso señalar que la señora RD, para éstas fechas acudió nuevamente a su IPS, en ésta oportunidad, los síntomas que la fatigaban se manifestaban en el decaimiento y mal estar general que presentaba, aunado a su falta de apetito y debilidad; signos que medicamente se traducían en un cuadro de adinamia, hiporexia e imposibilidad para la deambulaci3n, situaci3n 3sta que llev3 a los facultativos a ordenar los exámenes de rigor, entre ellos los que dieron cuenta de la hiposmolaridad e hiponatremia presentada. M3s adelante, tras ser valorada por medicina interna y recomendarse la revisi3n por parte del servicio neurología, se ordenaron las ayudas diagnosticas respectivas, entre ellas, una tomografía axial computarizada de cr3neo simple - tac cerebral simple.

Seguidamente, al presentar la señora RD dificultad respiratoria, decidieron los galenos tratantes, que la entonces paciente permanecería en observaci3n clínicu neurol3gica, y que adem3s se le realizaría una monitorizaci3n permanente, lo que m3s adelante dio lugar a su hospitalizaci3n teniendo en cuenta su condici3n clínicu. Luego, tras descartarse la posible polineuropatía⁴¹ y miastenia⁴², se ordenaron entre otros exámenes, rx de t3rax para así descartar lo que realmente abrumaba a la tantas veces referida.

A su turno, los resultados de imagenología del estudio radiogr3fico de t3rax, indicaron “velamiento de los ángulos costo y cardiofrénicos de forma bilateral y de predominio Izquierdo por liquido pleural con atelectasias compresivas subsegmentarias. Silueta cardiaca y pedículo vascular sin alteraciones. Cambios óseos degenerativos”; situaci3n que dio lugar para que se solicitara la pr3ctica de una ecografía de t3rax, ello, por evidenciarse un derrame pleural,

⁴¹ Según la RAE. **Polineuropatía** es una enfermedad del sistema nervioso.

⁴² Según la RAE. **Miastenia** hace referencia a una debilidad muscular.

como también para determinar la realización o no del procedimiento denominado toracocentesis diagnostica. Así mismo, no sobra recalcar que a pesar de que la señora RD presentó edemas en miembros inferiores, se ordenaron en tiempo los exámenes de rigor, entre ellos, la toma de un ionograma y una ultrasonografía diagnostica de tórax: pericar y pleura.

Luego, tras verificarse la urgencia y necesidad de la toracocentesis evacuatoria; previa asepsia, aplicación de anestesia local y bajo la guía ecográfica, se llevó a cabo el mentado procedimiento sin complicación alguna, en el que se obtuvo líquido cetrino o (amarillento) en una cantidad aproximada de 2500 c.c., por cada pulmón; fluido del cual se tomaron las respectivas muestras en tubos secos para análisis en laboratorio, del cual se rindió entre otros, el informe anatomopatológico fechado a 10 de julio de 2013.⁴³

De otro lado, el médico internista indicó que, tras drenarse el líquido pleural, se ordenaron entre otros exámenes, el citoquímico, y citológico, descartándose a su vez el síndrome paraneoplásico⁴⁴. Seguidamente, tras hallarse en el examen citoquímico exudado neutrofilico con idh elevada, mayor de 1000, se solicitó valoración por cirugía con el Dr. Zarama, quien a su vez ordenó tac de tórax.

De otra parte, sin pasar inadvertido, el personal médico tuvo oportunidad para tratar el perfil nutricional de la señora RD. Luego, el doctor JAZ determinó cerrar el manejo en neurología por encontrar que los signos que acusaba la paciente ya no correspondían a su especialidad. Seguidamente, tras analizarse su condición clínica, la ahora fallecida presentaba entre otros diagnósticos "*derrame pleural bilateral*" el cual se encontraba en estudio, como también se evidenciaba la presencia de una posible "*neoplasia pulmonar*."

⁴³ 01Cuaderno1.Pdf Pg. 691. Fol. 32.

⁴⁴ HC. Evoluciones día 28 de junio de 2013. Hora. 09:04 hr.

Posteriormente, tras practicarse el tac de tórax, o tomografía axial computarizada de tórax; dicho reporte concluyó la presencia de un derrame pleural bilateral, con posible síndrome paraneoplasico a descartar ⁴⁵, y ante la presencia de un cuadro de broncoespasmo, dio lugar a la orden de un esquema de crisis con salbutamol e hidrocortizona. Sin embargo, pese a todo ese plan clínico adelantado por parte de los galenos adscritos a la IPS PROINSALUD S.A., la señora RD, presentó dificultad respiratoria y al no responder las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar, falleció en la madrugada del día 03 de julio de 2013.

Ahora bien, hechas las anteriores precisiones, le compete a ésta Corporación pronunciarse con relación a las atenciones recibidas por la entonces paciente CCRD, al interior de la IPS PROINSALUD S.A, entre los días 27 de junio a 03 de julio de 2013. Para tal cometido, como se ha reiterado, se tendrán en cuenta el conjunto de datos suministrados en su HC, así como también los conceptos periciales emitidos por los Dres., Silvio German Chávez Huertas, Mauricio Rodríguez Pabón y Lourdes Barrera Vallejo, especialistas en neurología; medicina interna y oncología; y gerencia en salud, respectivamente.

Para ello, como primer punto, sea del caso precisar que, hacia el 27 de junio del año 2013, la señora RD desde su ingreso al servicio de urgencias y posterior hospitalización, fue atendida de manera diligente y oportuna por parte de los galenos de turno, al punto que ese mismo día fue valorada además por medicina interna a cargo del Dr. JAC, quien, con base en los exámenes de rigor previamente adelantados, concluyó la persistencia del cuadro de adinamia e hiporexia, así como también la hiposmolaridad e hiponatremia, lo que medicamente se interpreta como un *“trastorno electrolítico y neuropático”* que desde un comienzo fue advertido, diagnosticado y *“oportunamente manejado (...) de acuerdo a las guías*

⁴⁵ HC. Evoluciones día 03 de julio de 2013. Hora. 00:49 hr.

establecidas por el Ministerio de Salud.”⁴⁶, como bien lo sostuvo la perito Barrera Vallejo en el informe emitido.

Ahora bien, cabe recalcar tal como se advirtió en párrafos atrás, que toda esa serie de síntomas que en comienzo aquejaban a la señora CC, fruto de la gastroenteritis presentada, guardaban estricta relación o más bien, eran producto de patologías que de tiempo atrás la referida ya sufría, y que, como consecuencia de los medicamentos que debía ingerir, la hacían propensa a padecer frecuentemente cuadros infecciosos, y una gama de alternaciones en su sistema inmune, los cuales, por su inespecificidad tal como lo manifestó el perito Rodríguez Pabón en su experticia, no le permitían a los galenos tratantes, deducir cuadros clínicos distintos, a los que para ese entonces se podían evidenciar en el organismo de la ahora fallecida, pues, resultaba poco hacedero relacionar esos signos con un cáncer de pulmón, más aún cuando tras auscultarse la zona pulmonar en las primeras visitas a la IPS, no se evidencio ninguna falla que pudiese advertir a los galenos, la presencia de la citada patología.

Por lo tanto, debe quedar claro, que los síntomas relativos a la dificultad respiratoria solo vinieron a presentarse en la entonces paciente, hasta el día 27 de junio, situación que fue señalada por parte del Dr., JAZ, neurólogo de la IPS, quien, tras atender el llamado del Dr., C, valoró a la referida, y ordenó la observación clínico neurológica, su monitorización permanente y posterior hospitalización, aunado a las respectivas ayudas diagnosticas que se prescribieron para descartar conforme a los signos que se evidenciaban, nuevos cuadros clínicos.

Entre los exámenes a realizarse se encontraban una tomografía axial computarizada de cráneo simple - tac cerebral simple, y **rx tórax**. Posteriormente, tras revelarse en los resultados de imagenología del estudio radiográfico de tórax la presencia de líquido

⁴⁶08Cuaderno4SegundaParte.Pdf. Pg. 405. Fol. 822. Dictamen pericial emitido por la Dra. Lourdes Barrera Vallejo. Medica Cirujana y especialista en gerencia de salud.

pleural; ese mismo día en horas de la tarde, se ordenó la práctica de una ecografía de tórax por evidenciarse derrame pleural, ello, para consolidar un criterio médico y actuar con inmediatez frente a esa situación.

Por lo tanto, de lo dicho hasta aquí, conforme lo analizado debe advertirse que, tras permanecer la entonces paciente en su primer día de hospitalización, la atención brindada fue oportuna y especializada, tan es así que, para el día siguiente, esto es, al día 28 de junio de 2013, previa realización del eco tórax, se llevó a cabo sin complicación el procedimiento denominado toraconcentesis evacuatoria bilateral, a través del cual se logró drenar el líquido cetrino en una cantidad aproximada de 2500 cc, por cada pulmón, y que fue enviado para ser analizado en laboratorio a través de los exámenes citológico, citoquímico y patológico.

Lo anterior da cuenta una vez más del proceder diligente por parte de los médicos adscritos a la IPS PROINSALUD S.A., pues, la práctica de la toracocentesis no sólo le permitió a la señora CC, una mejoría en su condición clínica, sino además la auscultación de otros signos que permitieran determinar con certeza la presencia de otras patologías.

Ahora, siguiendo la línea de análisis, para el día 29 de junio de 2013, frente a todos los síntomas que acusó la señora RD, los médicos tratantes permanecieron vigilantes a la evolución de su estado de salud, y de ello da cuenta su HC, y las respectivas notas clínicas. De otro lado, debe manifestarse que el Dr. JAC descartó en la entonces paciente, un posible síndrome paraneoplásico, sin embargo, tras evidenciar en el examen citoquímico del líquido pleural la presencia de **“exudado neutrófilico. ldh mayor de 1000”**., solicitó la valoración por cirugía con el doctor Z, quien a su vez requirió de la práctica de un **tac de tórax.**

Para el día 30 de junio de 2013, la entonces paciente se encontraba en unas mejores condiciones clínicas, y con buena tolerancia al patrón respiratorio, empero, pese a estar

pendiente la toma del tac de tórax, el cual definiría la necesidad de una toracotomía; el Dr., JAC por encontrar que la sintomatología de la señora CC no correspondía a su especialidad, cerró su manejo, lo que da lugar a inferir que se reestablecieron los signos que desde neurología se habían sospechado, aspectos éstos que dejan entrever diligencia y oportunidad en la atención brindada, pues, no sólo fueron tratados los cuadros clínicos que le competían a éste servicio de la medicina, sino además se logró en tiempo descartar cualquier situación sobreviniente a las afecciones ya presentadas.

Para soportar lo precedentemente dicho, se cuenta con el informe técnico⁴⁷ emitido por el perito Silvio Germán Chaves Huertas, quien por su especialidad en neurología rindió de manera detallada el manejo dado a la entonces paciente, de la siguiente manera:

“Como se puede evidenciar en el caso de la paciente CCRD, el día 27 de junio de 2013, fue interconsultado el Doctor JAZA, quien respondió a la interconsulta y acorde con los protocolos y guías internacionales del 27 al 30 de junio de 2013, orientando idóneamente las atenciones que prestó a la paciente que para ese momento, la patología a resolver era el Sistema Pulmonar origen de su padecimiento, mas no el Sistema Nervioso Central, por lo tanto, se aprecia que no hubo omisión a sus deberes como Neurólogo por falta de atención, orientando las ayudas diagnósticas en aras de complementar los diagnósticos y la respectiva atención.

Tiempo de respuesta de la interconsulta, fue atendida el mismo día en que se solicitó 27 de junio del 2013 a las 13:08 horas - en 1 hora 55 minutos, con lo que se demuestra la oportunidad en la respuesta a la interconsulta ordenada por medicina interna. (...)

Encontrando a la paciente en el servicio de urgencias lucida, con síntomas de Adinamia, malestar general, dificultad en la marcha, dificultad respiratoria y edema de extremidades inferiores. (...)

El Doctor JAZ Ordena observación clínica neurológica, monitorización permanente y hospitalización. Además, solicita exámenes de diagnóstico: radiografía de tórax y velocidad de conducción. Siendo pertinente con la impresión diagnostica. (...)

Por las órdenes de las ayudas diagnósticas, el Doctor JAZ sospecha que hay una dificultad respiratoria de origen pulmonar y descarta patología neurológica Siendo pertinente con la clínica de la paciente. Para tener en cuenta, la usuaria fue

⁴⁷ 05Cuaderno3Fls408a616.Pdf. Pg. 351. Fol. 585 y ss.

evaluada en urgencias y durante su estancia en hospitalización incluido fin de semana por el Doctor JAZ. Evidenciando oportunidad, continuidad en la atención como consta en historia clínica, donde continua su manejo por médico tratante. (...)

La historia clínica evidencia evolución favorable clínica neurología después de la atención del Doctor JAZ cuando realizan toracocentesis evacuatoria bilateral aproximadamente 5.000 cc con la cual la paciente mejora su condición clínica, neurológica con Glasgow de 15/15."

Ahora bien, para el día 01 de julio de 2013, según el análisis de la HC, la entonces paciente, se encontraba en buenas condiciones generales, y permaneció bajo custodia del personal médico de la referida IPS, quienes atendieron las recomendaciones dadas por parte de medicina interna.

El día 02 de julio de 2013, la ahora fallecida fue valorada por parte del nutricionista Dr., Hernán Alfredo Argote Vega, quien proscribió la respectiva dieta acorde a la condición clínica de la señora RD. De otro lado, hacia las 15: 05 hr, se sospechó la presencia de una posible neoplasia pulmonar, la cual se descartaría o se confirmaría con el estudio citoquímico de líquido pleural.

A las 16: 20 hr, según las evoluciones clínicas, a la señora CC, ya se le habría practicado el **tac de tórax**, que, en opinión del Radiólogo Luis Fernando Caicedo, se evidenciaba ***"derrame pleural bilateral. zonas de aumento en la densidad con broncograma aéreo, especialmente hacia los lóbulos inferiores de manera bilateral y lóbulo medio derecho, que sugieren proceso de tipo neumónico. atelectasia hacia el aspecto posterior del lóbulo inferior izquierdo"***

Sin embargo, pese a la atención otorgada a la entonces paciente, y tras brindársele las ayudas diagnósticas respectivas, la señora RD, presentó dificultad respiratoria, quien, al no responder las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar, falleció a las 4: 00 hr del día 03 de julio de 2013 en las instalaciones de la IPS PROINSALUD S.A., situación ésta que permitirá a la Sala, recapitular aquel último acontecimiento de la siguiente manera.

Síntesis del caso.

Pues bien, del examen de la HC se pudo acreditar que sólo hasta el día 27 de junio del año 2013, la señora CCRD vino a presentar una falla respiratoria, la cual fue advertida por parte del especialista en neurología Dr. JAZO, quien, hacia las 13: 08 hr de ese mismo día, atendió el llamado del internista Dr. JAC y procedió a valorar a la entonces paciente, ordenando las respectivas ayudas diagnosticas entre ellas, rx de tórax, examen éste, que permitió a los facultativos evidenciar la presencia de líquido pleural en la zona pulmonar. Luego, ante la urgencia de ese diagnóstico, ese mismo día se prescribió la realización de una ecografía de tórax frente a la evidencia del derrame pleural ocasionado por el referido líquido, lo que condujo a los galenos, a prever la necesidad de una toraconcentesis. Dicho procedimiento fue realizado el día 28 de junio en horas de la tarde, a través del cual se drenó el líquido cetrino que se hallaba en los pulmones de la entonces paciente, y que positivamente mejoró la condición clínica de la referida.

El fluido obtenido fue enviado para ser analizado en laboratorio a través de los exámenes citológico, citoquímico y **patológico**, los dos primeros, para obtener su resultado en un tiempo más célere, y así alertar los posibles riesgos y el último, por ser más específico y determinante, para establecer con certeza el verdadero diagnóstico.

En éste punto del asunto, es preciso detenerse, pues, la Sala encuentra a partir de la práctica de éstos exámenes, dos factores concluyentes, diligencia y oportunidad en la atención brindada, pues no debe perderse de vista que la falla respiratoria en la entonces paciente fue el síntoma determinante para que se adelantaran en tiempo, los exámenes de rigor respectivos y que permitieran a los galenos, una actuación acertada. Es más, en lo que corrió del día 27 al día 28 de junio de 2013, ya los facultativos frente a los signos evidenciados, tomaron las precauciones en la urgencia presentada, pues, en esta oportunidad, la sintomatología orientaba a los galenos adecuadamente a descartar cualquier patología en la zona torácica, tal como efectivamente ocurrió, pues, en menos

de 48 horas, se habrían practicado rx y ecografía de tórax; ayudas diagnosticas que revelaron la presencia de líquido pleural y derrame pleural respectivamente, conduciendo a los médicos tratantes a practicar la toraconcentesis, procedimiento que permitió dos situaciones, la primera, el análisis del líquido obtenido a través de los exámenes citoquímico, citológico y patológico, los cuales, en conjunto darían indicios y a su vez determinarían un acertado diagnóstico, y como segundo punto, la mejoraría clínica de la paciente, es decir, una positiva tolerancia al patrón respiratorio. Por lo tanto, para éste *Ad quem*, el desplegar médico hasta éste punto fue optimo y se realizó en el menor tiempo.

Ahora bien, no cabe duda que los trámites administrativos al interior de las IPS, como de las EPS, no deben ser una barrera para que se preste con eficiencia el servicio de salud; sin embargo, aterrizando las presentes consideraciones al caso *sub examine*, y en atención a lo sostenido por el apelante, en el punto de que hubo demoras por parte de PROINSALUD S.A., en la atención brindada a la señora CC y la realización de su exámenes, conviene señalar que, múltiples procedimientos, llámense practica de ayudas diagnósticas, y demás servicios de salud, están sometidos a reglas y protocolos que gobiernan entre sí, el proceder del galeno, no en vano la ciencia médica y el ordenamiento médico legal ha dispuesto para las instituciones prestadoras de salud, así como para los facultativos, las respectivas guías y manuales, para que en atención a ello, ejecuten su labor de manera correcta y actúen con premura en el campo de acción, es decir, el médico deberá seguir un hilo conductor basado en pautas, marcadores, y criterios clínicos que le indican cómo reaccionar frente a la urgencia de un padecimiento, cuándo y porque resulta necesario ordenar la práctica de una ayuda diagnostica, pues, no debe perderse de vista que dicha cuestión no está sometida al capricho del galeno sino a la necesidad que rodea la situación, evento en el cual, muchas veces someter al paciente a determinados exámenes o procedimientos sin que se mejore su condición clínica, equivale entonces a exponerlo a un riesgo innecesario tanto en su parte física como psíquica; conducta ésta que está prohibida al albor del artículo 15 de la ley 23 de 1981.

Bajo ese entendido, aunque parezca irrisorio, y contrario a lo que en nuestra percepción como pacientes o como familiares debiera ser, debe resaltarse que, en términos de prontitud, todo actuar médico está gobernado o depende más bien en su mayoría, del tiempo en que cierto resultado clínico esté disponible, es decir, cuando el galeno ordena la práctica de unos exámenes de rigor para determinar la causa que motivó la consulta del enfermo, es necesario, estarse a la espera de esos resultados para dar inicio a un plan a seguir; pues inconcebible sería que solo a través de una valoración somera se concluyera de entrada un diagnóstico errado, y se descartara de plano una patología sin tener en cuenta los signos y síntomas que acuse el paciente, entonces, en éste evento estaríamos frente a una verdadera falla en el servicio médico y no en los hechos en que se fundó el apelante para conjeturar que el actuar de los médicos de la IPS demandada fue negligente, pues contrario a ello, la Sala constata que todas las órdenes para la realización de ayudas diagnósticas fue oportuna, y el proceder de los galenos siempre estuvo encauzado a brindársele a la entonces paciente, el plan clínico idóneo con base a la evolución de su enfermedad, y así se desprende de su HC, y se soporta además con las manifestaciones expresas de los peritos quienes calificaron de oportuna y especializada la atención brindada.

Ahora bien, retrotrayéndonos unos párrafos atrás, y siguiendo la línea de análisis demarcada, la Corporación se referirá frente a los resultados de los exámenes que analizaron el líquido pleural, entre ellos, el citoquímico que, como bien lo anotó el internista al día siguiente de realizada la toracocentesis, esto es, el día 29 de junio de 2013, donde concluyó tras observar los resultados, que le llamaba la atención en el fluido estudiado la presencia de un “*exudado neutrófilico. ldh mayor de 1000*”, lo que medicamente podría corresponder a un proceso inflamatorio, el que probablemente podría tener origen en una infección, ya sea como consecuencia de una alteración metabólica producto de sus antecedentes de la EPOC, o fruto del mismo tumor, el cual, más adelante ésta Colegiatura tendrá oportunidad de precisar. Sin embargo, con todo, tras poner en alerta a los

facultativos tratantes, el Dr. C, solicitó valoración por cirugía con el Dr. Z, quien, a su vez, ordenó la práctica de un tac de tórax para establecer la viabilidad de una toracotomía. No obstante, pese a que la tomografía axial computarizada de tórax se realizó el día 02 de julio de 2013 en horas de la tarde, y tras evidenciarse la presencia de un derrame pleural bilateral, los médicos de turno continuaron monitoreando a la entonces paciente; empero, pese a todo el esfuerzo dado por los facultativos **la entonces paciente falleció en la madrugada del día 03 de julio de 2013 como consecuencia de una falla respiratoria según se avizora en su HC.**

De otro lado, según consta en la referida HC, a folio 32 del cuaderno principal, obra el informe anatomopatológico emitido el día 10 de julio de 2013, que concluyó:

*“Los cortes muestran material fibrinoide, hematíes, PMN neutrófilos, células mesoteliales y una población de células de núcleos grandes, pleomórficos e hipercromáticos con nucléolos prominentes y escaso citoplasma que se disponen sueltas. **Los hallazgos citológicos sugieren un tumor maligno de célula grande posible carcinoma.**”*

Bajo ese entendido, si bien el extracto en cita permite colegir que la ahora fallecida presentaba un tumor maligno, el cual fue revelado días después de su deceso, no puede la Sala Juzgar la conducta de los galenos de la IPS demandada con base en las dos situaciones que plantea el apelante, es decir, que el hecho de no practicarse en tiempo el tac de tórax y él no diagnosticarse tempranamente el referido cáncer, constituyen irrefutablemente una falta médica que debe ser atribuida al extremo pasivo. Para controvertir ello, éste *Ad quem* se apoyará en los informes periciales, así como también en la HC, medios éstos que, de entrada, permiten colegir un actuar médico diligente, oportuno y acorde a los mandatos de la *lex artis*, por las siguientes razones:

a) De manera reiterada éste *Ad quem*, ha dejado sentado que la señora CCRD, presentaba de tiempo atrás un cuadro de comorbilidades entre las que se destacan artritis reumatoide, epoc por tabaquismo pesado, hipertensión arterial, entre otras; patologías

éstas que hacían que la entonces paciente debiera ingerir una serie de medicamentos para combatir las afecciones propias de esas enfermedades, las cuales, por sus características le abatían gravemente su sistema inmune, haciéndola propensa a sufrir cuadros infecciosos como por ejemplo, la gastroenteritis aguda por la que visitó entre los días 17 a 25 de junio de 2013, aunado a la hiposmolaridad e hiponatremia ocasionada por una alteración electrolítica, entre ellos por la baja de sodio presenciada, signos que fueron tratados de manera diligente y oportuna por los galenos de turno al interior de la IPS PROINSALUD S.A., tal como consta en la HC. De igual manera, cabe precisar que los signos evidenciados en la referida señora, para ese entonces no permitían orientar la etiología médica de manera distinta al proceder brindado.

b) La dificultad respiratoria presentada en la entonces paciente para el día 27 de junio de 2013, tal como lo hemos señalado, fue debidamente advertida por el servicio de neurología, y con la premura de la situación, se ordenaron entre otras ayudas diagnósticas, rx de tórax, a través del cual se evidenció la presencia del líquido pleural; signos que condujeron acertadamente a la especialidad de medicina interna, a tratar la clínica de la señora RD, tal como lo sostuvo el perito Mauricio Rodríguez en el informe elaborado, el cual se muestra consecuente con los artículos de revisión denominados manejo del paciente con derrame pleural y enfoque diagnóstico en el paciente con derrame pleural, lo cuales fueron revisados por parte de la Judicatura de instancia y que ésta Colegiatura tuvo también oportunidad de examinarlos para así validar si el proceder de los galenos fue el adecuado en ese tipo de casos, y la respuesta que encuentra la Sala es afirmativa, dado que, la situación que rodeaba en ese entonces a la enferma, obligaba a los facultativos después de practicada la radiografía de tórax, y tras la evidencia del líquido pleural en la zona pulmonar, la necesidad, según los lineamientos, de una orden para la realización de una ecografía de tórax por derrame pleural, la práctica de una toracocentesis, análisis del líquido pleural y seguidamente, la práctica de un tac de tórax, manejo que guarda armonía con el informe técnico emitido por el internista y oncólogo que compareció al Despacho de instancia, así como también en los documentos

analizados. Por lo tanto, la Sala colige ajustado a la *lex artis* el proceder de los galenos adscritos a la IPS demandada, pues, se brindaron todas las ayudas medicas requeridas con la prontitud que rodeaba el caso de la señora CC, y aunque el apelante de la parte demandante, arguya que no se trató a la paciente acorde a los síntomas presenciados en su organismo, éste *Ad quem*, con bastante claridad después de estudiar cada uno de esos aspectos, encuentra que en efecto, la paciente recibió el plan médico a tono a los signos y síntomas exhibidos durante su estancia en la institución prestadora de salud.

c) De otro lado, refutó el recurrente, que, en su sentir, debió orientarse la práctica médica, según la situación que padecía la enferma, y en ese evento, ordenarse la realización de ayudas diagnosticas tales como, hemocultivos, cultivos de líquido pleural, análisis del líquido pleural, análisis de química, y las características visuales del líquido, lo cual, hubiese permitido a los galenos, actuar con inmediatez ante un derrame pleural. Para ello, ésta Colegiatura, con base en los informes periciales emitidos y con el estudio de los documentos de revisión del manejo de pacientes con derrame pleural, concluye que la conducta realizada fue adecuada, pues, entre el diagnóstico y el manejo dado, solo transcurrió un día desde que los resultados de la radiografía y ecografía de tórax exhibieron el hallazgo del derrame pleural bilateral, lo que permitió a los galenos tratantes iniciar el respectivo plan clínico, el que debía, según la literatura médica, manejarse con una toracocentesis evacuatoria bilateral, tal como en efecto ocurrió; procedimiento éste que no sólo permitió drenar el líquido cetrino para ser enviado al análisis citológico, citoquímico y patológico, sino además, que se mejorara la condición clínica de la entonces paciente. Por lo tanto, desde la ciencia de la medicina, y con la experiencia e idoneidad de los facultativos tratantes, la Corporación deduce que no existía otra ruta a seguir, no sólo por las condiciones de la entonces paciente, sino porque ese es el plan que se activa en éste tipo de casos. Así las cosas, de conformidad a lo estudiado, no puede abrirse paso al argumento expuesto por el alzado sobre calificar de inadecuado el reaccionar de los médicos de la referida IPS frente al derrame pleural que sufrió la señora C.

De igual manera debe decirse, tal como consta en la HC, y los resultados de los paraclínicos⁴⁸, que los médicos tratantes ordenaron una serie de exámenes de rigor para descartar distintas afecciones, entre ellas, se tiene que, el día 27 de junio de 2013 se prescribió la orden de un hemograma, el cual para ser analizado, ésta Sala se soportó en documentos que permiten examinar desde la ciencia médica los resultados. Para ello, se tiene que, el cuadro hemático o de sangre se encontraba dentro de los parámetros normales, sin presencia de leucocitosis, es decir que éstas células no se encontraban elevadas, aunado a ello, la paciente, según consta en las evoluciones clínicas de los días 27 de junio y ss., no presentó fiebre, dando lugar a entender que no se encontraba dentro de un proceso infeccioso; por ende, conforme a ello, no era necesario realizar un hemocultivo, tal como lo refiere el apelante.

Ahora, respecto del cultivo de líquido pleural, según se avizora en la HC, el día 28 de junio de 2013 por parte del servicio de laboratorio, se recepcionó una muestra del líquido cetrino para ser analizado a través del cultivo especial para otros microorganismos y antibiograma, el cual fue entregado el día 30 de ese mes y año, y que arrojó como resultado, un cultivo negativo para microorganismos. Por lo tanto, se cae de su peso el argumento enfilado por el recurrente, cuando arguyó que no se realizó dicha ayuda diagnóstica durante el proceso de hospitalización de la entonces paciente.

De otro lado, con relación al hecho que sostiene el alzado de que debieron los médicos tratantes practicar pruebas de su función renal, la Sala encuentra que, de la revisión de la HC, tal como obra en el expediente, los galenos de turno, los días 27 y 30 de junio de 2013, solicitaron la práctica del paraclínico (CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS), y (NITROGENO UREICO [BUN], el cual se reportó dentro de los estándares normales según los valores de referencia que aparece en el mismo examen. Por lo tanto, contrario a lo que sostuvo el apelante; los

⁴⁸ 06Cuaderno3Folio617. Laboratorio Clínico. 20130627pdf y ss.

facultativos previeron ésta situación y ordenaron los paraclínicos pertinentes para descartar cualquier otra afección.

En esa misma línea, aludió el alzado que debían los galenos tratantes ordenar una tac contrastada de tórax para determinar si en el mediastino, la señora RD tenía algún compromiso ganglionar, para ello, ésta Judicatura encuentra, que, si bien después del manejo dado al derrame pleural, y una vez practicada la toracocentesis, la cual permitió la evacuación del líquido pleural, éste fue enviado para ser analizado a través del examen citoquímico, el que permitió determinar la presencia de un exudado neutrofilico, y que llamó la atención del internista tratante, quien recomendó la valoración por cirugía; servicio a través del cual en cabeza del Dr. Zarama se solicitó el día 29 de junio de 2013, la toma de una tac de tórax, y que se realizó el día 02 de julio de 2021, reportando entre otras situaciones, *“mediastino central, apreciando tráquea y bronquios principales de calibre adecuado. No hay evidencia de adenomegalias mediastinales, parahillares ni axilares”* queriendo significar **esto**, que no se estaba frente a la presencia de una alteración de ganglios en su tamaño. Por lo tanto, considera éste *Ad quem* en primer lugar, que el examen realizado, esto es, el tac de tórax fue suficiente para descartar ese signo. En segundo lugar, el tac contrastado de tórax no es requerido como un medio diagnóstico principal para evidenciar la presencia de adenomegalias, sino más bien para resaltar comportamientos vasculares de numerosas lesiones tal como lo indica la ciencia médica. De manera que, la afirmación propuesta por el recurrente no encuentra asidero y debe ser despachada desfavorablemente.

Ahora, debe ésta Colegiatura referirse al punto de reproche expuesto por el apelante, según el cual, los galenos de la IPS demandada, debieron remitir a la paciente a una institución de 4^{to} nivel la que contaría con servicios médicos más especializados para determinar en tiempo el cáncer de pulmón de la ahora fallecida.

Para ello, sea del caso precisar, en primer lugar, que éste argumento se encuentra orientado a embestir las actuaciones de los médicos tratantes de la señora CC, y no la sentencia de primera instancia como debiera ser, así entonces, para la Sala resulta difícil cuestionar el desplegar médico, sin un soporte técnico que así lo disponga en términos de calidad del servicio, pues, mala haría esta Corporación en conjeturar que las atenciones prestadas a la entonces paciente al interior de la IPS, no fueron suficientes y adecuadas para tratar las patologías que se vienen tratando, pues, ello equivaldría a que ésta Judicatura desacreditara la atención en salud en la referida institución, pues, contrario a ello, lo que se vislumbra es que el aludido ente, estaba en la capacidad de prestar éstos servicios, y si los especialistas que trataron a la enferma, dadas sus condiciones, no consideraron urgente una remisión, no podría entonces suponerse obligatorio su traslado a otra IPS de mayor nivel, más aún cuando en palabras del perito con especialidad en medicina interna y con sub especialización en oncología clínica Dr., Rodríguez Pabón refiriera que *“(…) una vez hecho el análisis exhaustivo de la historia clínica se establece que las actuaciones médicas que se llevaron a cabo están acordes con la literatura médica actual y son compatibles con la medicina basada en la evidencia.”* Por lo tanto, en atención a ello, la Colegiatura vislumbra que la IPS demandada y los galenos adscritos a ella, estaban en plena capacidad para tratar la clínica de la señora C para cuando ella acudió a recibir los servicios de atención en salud.

d) De otra parte, indicó el apelante, que la funcionaria judicial no habría tenido en cuenta la atención tardía brindada a la paciente, pues, en sentir del recurrente, los facultativos habrían echado de menos la EPOC como enfermedad de base, la ICTERICIA y el SÍNDROME PARANEOLÁSICO como antecedente clínico para auscultar y determinar en tiempo el cáncer de pulmón.

Para dar contestación al argumento enrostrado por el alzadista, la Sala traerá a colación un aparte del dictamen pericial emitido por el perito Rodríguez Pabón, quien por sus

especialidades en medicina interna y oncología se reviste de capacidad para emitir el criterio que a continuación se expone.

*“La señora en mención es una paciente con múltiples comorbilidades, en especial de inmunosupresión (artritis reumatoide, depresión, desnutrición proteico calórica, y medicación inmunosupresora tales como metotrexate y prednisolona,) a lo anterior se agrega el antecedente de tabaquismo severo, factores sine qua non para desarrollar un carcinoma de pulmón. Es importante destacar que la paciente presente un cuadro clínico fulminante y rápidamente progresivo del carcinoma de pulmón, encontrándose desde su inicio en un estadio IV (es decir que la enfermedad estaba diseminada en todo el organismo) hecho que conlleva a que el diagnóstico definitivo fuese complejo de establecer, por la aparición de signos y síntomas inespecíficos desde el momento que consulte/ por primera vez y que pueden corresponder a miles de enfermedades, no solamente oncológicas; además se puede esclarecer que los síntomas neurológicos y la hiponatremia correspondieron a un síndrome AN paraneoplásico (Es decir signos o síntomas que se presentan en zonas alejadas del tumor que no tienen relación directa con este). Hay que tener en cuenta que si bien el diagnóstico de carcinoma de pulmón se obtuvo en los tiempos normales para el procesamiento de este tipo de muestras en el país; la paciente se encontraba con un mal estado funcional por lo tanto así se hubiese diagnosticado durante su internación **no era candidata para realizar un tratamiento quimioterápico u oncológico específico; debido a que estos últimos se realizan únicamente en pacientes que se encuentran en buenas condiciones generales y estables, de lo contrario el hecho de realizarles en condiciones no óptimas empeora su calidad de vida y se pierde los efectos benéficos de estos.**”*⁴⁹

Lo anteriormente expuesto permite colegir sin más preámbulo, que todos los signos advertidos por los especialistas tratantes de la condición clínica de la señora CC fueron tratados conforme a la evolución de su enfermedad, y aunque el apelante pretenda direccionar el entonces actuar médico hacia una conducta negligente, la Sala avizora que, desde la falla respiratoria presentada hacia el día 27 de junio de 2013, hasta el momento de su deceso, los facultativos estuvieron siempre monitorizando a la enferma, así mismo, ordenando y practicando las diferentes ayudas diagnósticas para descartar posibles afecciones y guiándose por los signos y síntomas que para ese entonces presentaba la referida. Por lo tanto, pese a que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, como patología que la entonces paciente presentaba de tiempo atrás, solo vino a manifestarse

⁴⁹ 05Cuaderno3Fls408a616.Pdf. Pg. 365. Fol. 592 y ss.

hacia el día 27 de junio, con la dificultad respiratoria; tal como lo hemos señalado, los galenos de turno activaron la ruta medica respectiva en aras de lograr la estabilización de la paciente. De otro lado, respecto de la ictericia que refiere el alzadoista, según se vislumbra en la HC, no existe una anotación específica con relación a éste punto, de suerte que la Sala no puede Juzgar más allá de que evidentemente está consignado en dicho documento. Ahora respecto del síndrome paraneoplasico, con suma claridad quedó explicado éste tópico, tanto en el aparte extractado precedentemente, como en la sentencia objeto de apelación, así:

“En este contexto reiteramos, encontrando que la atención médica suministrada a doña C se encuentra dentro de los estándares posibles, agotando paso a paso las ayudas diagnósticas pertinentes, tanto para el diagnóstico, como para la observación y el adecuado manejo de cara a la inespecificidad de los síntomas que paulatinamente iba presentando doña C, debe considerarse que esa inespecificidad encuentra explicación en el síndrome paraneoplásico generado por el cáncer que a la postre, fue la patología que la aquejó y por cuyas características impidió que de entrada se determinara con nitidez el diagnóstico respectivo, al respecto dice el oncólogo clínico llamado como perito comillas “los síntomas neurológicos y de hiponatremia correspondieron a un síndrome paraneoplásico, es decir, que va paralelo a ese cáncer, es decir, que son signos o síntomas que se presentan en zonas alejadas del tumor y que no tiene relación directa con este.” (Subrayas nuestras)

e) De otro lado, respecto del perjuicio denominado como pérdida de oportunidad, éste *Ad quem*, encuentra que de manera diáfana el Juzgado de instancia lo abordó, y aunque en el asunto de marras no se ha logrado configurar la negligencia médica de cara al aparente daño reportado por los demandantes, ni su nexo causal; queda relevada la Sala para arribar al análisis de éste menoscabo, el cual, solo abre paso a su estudio cuando se suplen satisfactoriamente los elementos estructurales de la responsabilidad civil médica.

f) Ahora bien, de cara a otro de los argumentos enfilados por el apelante, con relación a la falta de análisis por parte de la Juzgadora de primer nivel respecto de las maniobras de RCP (reanimación cardiopulmonar) que debió realizar la Dra., PH momentos previos al deceso de la señora CC; se tiene entonces que el reproche avocado carece de convicción

para prosperar, pues la Sala, tras analizar la providencia objeto de alzada, encuentra que de manera clara éste tópico fue abordado con suma nitidez por la Juez *A quo*, quien además de apoyarse en el dictamen emitido por la perito Loures Vallejo, soportó su decisión tras estudiar documentos técnicos relacionados con el tema, entre ellos, el denominado código azul y reanimación cardio pulmonar básica de adultos y niños, soporte básico del hospital Pablo Tobón Uribe, que la llevaron a concluir en primer lugar, que el contexto en el que se encontraba la referida Dra H, justo en el momento en que reanimaba a la señora RD, no le era obligatorio acudir al personal de UCI para llevar a cabo la cadena de supervivencia intrahospitalaria, puesto que la ciencia médica en estos casos, no imponía de manera imperativa ésta obligación durante el proceso de reanimación, sino después de haberse realizado de manera exitosa la RCP, osea, en un post paro.

Como quiera que la entonces paciente no respondió a la RCP practicada según se anotó en la HC hacia las 3: 45 am del día 03 de julio de 2013, donde de manera clara se manifestaría que la señora C, se encontraba en malas condiciones generales, con signos de dificultad respiratoria; presentando a su vez paro cardiorrespiratorio, momento éste en que se activaría el denominado código azul para ejecutar las acciones tendientes a la reanimación cardiopulmonar básica, sin que la atrás referida respondiera de manera positiva a ésta técnica. Sin embargo, ésta Colegiatura, teniendo en cuenta el argumento expuesto por el apelante, y sin que éste se soporte en algún documento de base relativo al tema en cuestión, ésta Corporación fallará de acuerdo a los medios de prueba que reposan en el plenario, entre ellos, los informes periciales y las respectivas declaraciones de cada uno de los especialistas que comparecieron al Despacho de instancia, los cuales, en conjunto permiten llegar a la misma conclusión a la que arribó la Juzgadora *A quo*, esto es, que el actuar médico de la Dra PH se ajustó en primera medida a los protocolos de reanimación básica, así mismo, que la atención brindada fue acorde a las guías del Ministerio de Salud, y que cualquier otro médico en su lugar, habría desplegado una conducta igual a la desarrollada por la aludida galena. Por lo tanto, sin soporte científico

que indique que debía efectuarse una atención distinta a la realizada para ese entonces, éste Cuerpo Colegiado no avizora en este punto sometido al escrutinio de la Sala, una conducta negligente.

g) De otra parte, alegó el alzado que no compartía la postura asumida por la funcionaria de primera instancia con relación al análisis del consentimiento informado como documento principal en la prestación del servicio de salud. En ese entendido, manifestó el apelante que, en la sentencia de primer grado, no se habría enfatizado en que momentos era obligatorio dicho documento; rogando entonces a ésta Sala, adentrarse en este punto, más aún cuando durante la permanencia de la señora CC al interior de la IPS demandada, se habrían practicado distintos procedimientos, entre ellos, la toracocentesis, el cual requeriría del asentimiento de la entonces paciente de manera escrita, y no de manera verbal, pues, según el mandatario de la parte demandante, dicho consentimiento no se habría otorgado, razón por la cual no se avizoraba el referido documento en la HC, calificándose entonces dicha conducta, como inadecuada.

Para ello, ésta Corporación precisa, en primer lugar, que la Juez *A quo* en la providencia emitida, abordó el tema objeto de reproche de manera clara y concreta conforme a los postulados sentados por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, advirtiendo que como anexo indispensable de la HC, el consentimiento informado debía constar por escrito, y que generalmente, muchas instituciones prestadoras del servicio de salud acudían a formatos preestablecidos para dar a conocer al paciente, los riesgos que podrían surgir en la práctica de determinado procedimiento, para luego así conocer la voluntad del enfermo, ya sea para su aceptación o declinación.

En segundo lugar, la Juzgadora de primer orden, hizo hincapié en que la parte actora de manera general, habría esgrimido en su libelo genitor la falta de asentimiento por parte de la ahora fallecida en la prestación de los servicios médicos, pero, sin que se detallara de manera específica, cuál era el procedimiento que carecía de ese requisito. Sin embargo,

pese a ello, la falladora de primer nivel, conforme al principio de libertad probatoria que rige nuestro sistema, encontró suplida esa exigencia al deber de información en las atenciones médicas brindadas a la mencionada, a través de medios de prueba, tales como, la declaración de parte surtida por el hermano de la entonces paciente, quien señalaría que la señora RD, tuvo siempre conocimiento de los servicios que se le iban a prestar, siendo el, quien además, la impulsaría para que se sometiera a los mismos. De tal manera, queda sin fundamento el reproche enrostrado por el apelante, puesto que la Juez de instancia, no solo realizó un estudio acertado respecto del consentimiento informado como anexo vital de la HC, sino además encontró probado el hecho de que los procedimientos realizados a la entonces paciente, fueron consentidos de manera voluntaria por parte de la misma.

Ahora bien, sobre éste punto, éste Cuerpo Colegiado encuentra que la sentencia proferida en sede de instancia resulta coherente y no ofrece ambigüedad con relación al tema en cuestión, pues, si analizamos los hechos de cara a lo dispuesto por la jurisprudencia nacional, se tiene que el consentimiento informado es un documento en el que, de manera detallada se ilustra en la mayoría de los casos, la información completa del procedimiento o servicio médico a realizarse, los beneficios y las posibles consecuencias que pueden acarrear. Sin embargo, debe quedar claro que existen diferentes clases de asentimientos, entre ellos, el cualificado, *“cuando la información a suministrar debe ser persistente o permanente, detallada, valorada, ante todo, en casos invasivos, experimentales, ubicados en la frontera del conocimiento científico.”*⁵⁰

Bajo ese entendido, podría decirse que el consentimiento informado cualificado es el que debía otorgarse a la señora CC, momentos previos a la realización de la toracocentesis, teniendo en cuenta que éste servicio, constituye, según la ciencia médica, un

⁵⁰ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC – 7110 de 24 de mayo de 2017. MP. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

procedimiento invasivo. No obstante, dicho documento, si bien no salta a la vista dentro de los anexos que reposan en la HC, tal cuestión no puede traducirse o mejor aún, no debe dar lugar a inferir vacíos en la prestación del servicio de salud recibido, pues, si analizamos en conjunto la situación que rodeo en ese entonces a la ahora fallecida, aunado a lo dicho por su hermano en el respectivo interrogatorio de parte, aquella, siempre fue conocedora de todos y cada uno de los procedimientos que se adelantaban para mejorar su estado de salud, de ahí que ésta Sala encuentra que las manifestaciones sostenidas por el familiar de la señora C, resultan ser suficientes para tener por acreditado el hecho de que la tantas veces mencionada, fue enterada y otorgó la voluntad para la realización de los procedimientos médicos.

A ello se suma, que, según la HC, la ahora fallecida siempre se encontró lucida, y en su escala de Glasgow se anotó su nivel de conciencia en un grado 15/15, es decir, la señora CC neurológicamente se hallaba en condiciones normales, orientada en sus tres esferas, receptiva a cualquier información, situación o alerta que tuviera injerencia con su enfermedad. Por lo tanto, ésta Corporación infiere sin mayor divagación, que la entonces paciente, no sólo fue enterada de cada uno de los diagnósticos encontrados, sino además otorgó el consentimiento para que se realicen todas las ayudas diagnósticas, teniendo en cuenta la urgencia y los beneficios que traían consigo, pues, si aterrizamos las presentes consideraciones y juzgamos la práctica de la toraconcentesis, como servicio vital para tratar el derrame pleural, debía sin mayor reparo realizarse, pues, la ciencia médica en estos casos aconseja acudir a ésta intervención, sin que existan otras alternativas más eficaces para tratar ese cuadro clínico. En conclusión, podría decirse que daría lugar a configurarse una negligencia médica, si los galenos tratantes no hubieren realizado éste procedimiento, pues, en comparación con los resultados que por demás fueron positivos, el consentimiento de ésta práctica, pese a no constar por escrito, se suple por el pleno conocimiento de la enferma en haber accedido a ese servicio médico, del que tiempo después de realizado, manifestó sentirse mejor. Así las cosas, ésta Judicatura dará por

suplido el asentimiento que se requería en ésta intervención en los términos que quedaron explicados tanto en la sentencia de primer grado, así como en lo dicho en esta providencia.

h) De otro lado, sostuvo el apelante que la Juez de instancia habría dado prelación al dictamen emitido por el perito oncólogo Dr., Edwin Mauricio Rodríguez Pabón, quien, en sentir del recurrente, carecía de imparcialidad para emitir el referido informe, por el vínculo contractual que lo unía con la IPS demandada. Empero, debe ponerse de relieve que la experticia realizada por el mencionado especialista, será igualmente acogida sin reparo por ésta Colegiatura, pues, conforme lo explicó la Juez de primer nivel, la única condición que tipifica el ordenamiento procesal para dejar sin valor un dictamen, es la consagrada en el artículo 228 del C.G. del P., es decir, que el perito no comparezca a la audiencia a rendir de manera detallada su informe, y en el asunto en cuestión, ello no ocurrió, pues, el aludido, no sólo entregó el dictamen de manera escrita, sino además acudió a la respectiva diligencia a brindar una versión espontanea, pudiendo incluso explicar de manera detallada los diferentes temas que le competían analizar y supo dar respuesta a cada una de las preguntas formuladas por la Juzgadora, y por los procuradores judiciales de las partes.

Ahora, respecto al vínculo que unía al referido perito con la IPS demandada, éste *Ad quem*, ratifica lo dicho por la funcionaria de primer nivel, quien fue enfática en señalar:

*“Por su parte al referirse a la imparcialidad del perito, el artículo 235 le impone al experto desempeñar su labor con objetividad e imparcialidad y tener en consideración en su dictamen tanto lo que favorezca como lo que no favorezca a cualquiera de las partes, seguidamente le impone a las partes **no al perito** el deber de abstenerse de aportar dictámenes rendidos por personas en quienes concurren las misma causales de recusación tipificada para los jueces y le faculta al juez a apreciar el cumplimiento de este deber de acuerdo con las reglas de la sana critica, pudiendo incluso negarle efectos al dictamen cuando afloren circunstancias que afecten gravemente su credibilidad. En este contexto encuentra el juzgado, que la pericia resiste y con suficiencia el tamiz impuesto por la norma en cita para ser digno de mérito probatorio, la preparación e idoneidad del perito, su experiencia su conocimiento, las respuestas claras precisas coherentes conclusivas y sobre todo verificables que el mismo rindió en su*

declaración, nos permiten estimar el concepto por él emitido, como suficientemente soportado, científicamente razonable y debidamente fundamentado; lo que en términos de lo dispuesto por el artículo 232 del Código General nos permite acogerlo.” (Subrayas nuestras)

Claro lo anterior, no debe perderse de vista que, en el asunto de marras la carga de la prueba al albor del artículo 167 *Ibídem*, recaía en la parte demandante quien, en línea de principio debía aportar un medio de prueba semejante, en primer lugar, para probar los elementos axiológicos de la responsabilidad civil médica, y, en segundo lugar, en el evento de que la contraparte solicite o presente una experticia, controvertir no sólo la ecuanimidad del perito, sino además lo dicho por el mismo a través de un profesional que se encuentre en las mismas condiciones; pero como ello no ocurrió, y sólo el extremo pasivo aportó un informe técnico a fin de acreditar la diligencia en el actuar médico prestado por los galenos tratantes de la IPS demandada, la Juzgadora de primer nivel lo acogió por evidenciar que el mismo se ajustaba a las disposiciones procesales, y ésta Sala igualmente, acogerá la experticia analizada y la misma será tomada en cuenta de acuerdo a los puntos que ya han sido desarrollados al tenor de dicho dictamen, sin pasar inadvertido que, pese al vínculo contractual del referido especialista, ello no impedía valorar dicho medio probatorio conforme a las reglas de la sana crítica, tal como lo hemos advertido.

i) Finalmente, el apoderado del extremo pasivo solicitó a ésta Corporación, adentrarse en el análisis del numeral segundo de la sentencia objeto de apelación, que determinó lo referente a la condena en costas en favor de los integrantes de la parte demandada, y que en palabras del alzadista, el porcentaje fijado en el 4% ofrecía verdaderas dudas respecto a la distribución que debía realizarse entre los litigantes beneficiados con la misma.

Para resolver, deben memorarse algunos aspectos, entre ellos, la providencia emitida por parte del Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto, no resulta ambigua, pues, la Juez *A quo*, al tenor de los artículos 365 y 366 del Código General del Proceso, en armonía con las disposiciones del acuerdo PSAA16-10554 del Consejo Superior de la Judicatura,

determinó que la condena en costas estaría a cargo de la parte demandante como vencida en el proceso y en favor de los integrantes del extremo pasivo en iguales proporciones, que, para cuyo efecto se fijó como agencias en derecho un 4% del valor de las pretensiones enfiladas en la demanda. Cuestión ésta, que, en el entender de ésta Sala, no ofrece incertidumbre respecto a la referida condena.

En primer lugar, debe quedar sentado que, la condena en costas tal como lo tipifica el artículo 365 del C.G del P., y para lo que interesa en éste asunto, lo consagrado en su numeral séptimo, indica que “*cuando fuesen varios los litigantes favorecidos con la condena en costas, a cada uno de ellos se les reconocerán los gastos que hubiere sufragado y se harán por separado las liquidaciones*”. Más adelante, el artículo 366 ibídem, señala, respecto a su liquidación, lo siguiente:

*“Las costas y agencias en derecho serán liquidadas de manera concentrada en el Juzgado que haya conocido del proceso en primera o única instancia, **inmediatamente quede ejecutoriada la providencia que le ponga fin al proceso, o notificado el auto de obedecimiento a lo dispuesto por el superior** (...)”* (Resaltado nuestro)

Bajo ese entendido, y teniendo en cuenta que la sentencia de primer grado aún no alcanzaba su ejecutoria, pues, frente a ella, se impetró el recurso de alzada, lo que evidentemente le impedía a la Judicatura de instancia, sin una decisión en firme, emitir de manera detallada la respectiva liquidación.

Ahora bien, cosa distinta es que la sentencia de primer grado no haya hecho un pronunciamiento expreso del porcentaje que debía condenarse conforme lo ordena el estatuto procesal; situación que a todas luces no ocurrió, pues para ello, tal como lo mencionamos precedentemente, el Despacho fijó la referida condena en un 4% del valor de las pretensiones enfiladas en el libelo genitor, es decir, ordenó implícitamente distribuir la condena de ese 4% en iguales proporciones a cada uno de los sujetos que forman parte del extremo pasivo, como favorecidos de la misma. Por lo tanto, sin que se

haya tornado oscuro el fallo proferido, con relación a éste tópico, la Sala dejará indemne dicha cuestión.

Finalmente, sea del caso precisar, como de manera clara lo expuso el Juzgado de primer grado en su amplio análisis de los medios de prueba recaudados en el plenario; la historia clínica de la entonces paciente y ahora fallecida, CCRD, en consonancia como los dictámenes periciales anejados al expediente, permiten a ésta Sala ratificar la siguiente conclusión

“(...) no se ha configurado en este asunto un hecho dañoso atribuible a culpa o negligencia y mucho menos a dolo de los galenos demandados, quienes de conformidad con la relación de ayudas diagnósticas y la continuidad y periodicidad de la atención suministrada a la señora RD, considera el juzgado, prestaron el servicio y la atención requerida bajo los estándares médicos propicios.”⁵¹

Así las cosas, esta Sala encuentra que, de lo estudiado anteriormente, no se logró configurar un nexo causal entre el daño reportado por los demandantes, y la presunta culpa médica en cabeza de la IPS PROINSALUD S.A., y los galenos demandados, dado que, no encontrándose satisfecho ninguno de los presupuestos axiológicos que componen éste régimen, incumbe a la Sala despachar desfavorablemente los argumentos de reproche deprecados por el apelante, puesto que, con base en el conjunto probatorio analizado, ninguno de ellos alcanza vocación de prosperidad.

De otro lado, se itera con base en el problema jurídico plantado que; los diferentes cuadros clínicos presentados por la señora C no permitían a los facultativos tratantes determinar de manera fehaciente la patología que se reportó días después del deceso con el estudio patológico del líquido pleural, esto es, el cáncer de pulmón, lo que, en sentir de ésta Corporación, sí condujo al deterioro de su organismo, pero, por la inespecificidad de los síntomas, hacía imposible sospechar a los galenos, la presencia de un tumor maligno, el cual, de manera directa podría decirse, tuvo injerencia en la muerte de la entonces

⁵¹ Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto – Aparte de la sentencia de primera instancia.

paciente por el estadio en el que se encontraba, sin embargo, la causa del fallecimiento de la mencionada fue el paro cardio respiratorio presentado tal como quedo anotado en su HC.

En conclusión, éste Cuerpo Colegiado, tras haberse adentrado en el desarrollo del problema jurídico planteado, así como en los argumentos expuestos por los mandatarios de los sujetos activo y pasivo, y al encontrarnos con una respuesta negativa frente a sus pedimentos, la Sala dejará incólume la decisión contenida en la sentencia de primer nivel conforme a lo anotado en la parte motiva de esta providencia.

Finalmente, en atención a que el recurso de apelación fue resuelto de forma negativa a las partes que los interpusieron, manteniendo la parte demandante la condición de vencida en el juicio, se la condenará en costas de segunda instancia, razón por la cual deben fijarse las agencias en derecho, las cuales ascenderán al equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente a cargo de los demandantes y a favor de los demandados.

III. DECISION

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

Resuelve:

PRIMERO: CONFIRMAR el fallo proferido en primera instancia por el Juzgado Primero Civil del circuito de Pasto al interior del presente asunto.

SEGUNDO: CONDENAR a la parte demandante en costas de segunda instancia y a favor de la parte demandada. Al momento de tasarlas, tener como agencias en derecho la

suma equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente a favor de la parte demandada.

TERCERO: ORDENAR, una vez en firme la presente decisión, el envío del expediente al Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

GABRIEL GUILLERMO ORTÍZ NARVÁEZ

Magistrado

AIDA MÓNICA ROSERO GARCÍA.

Magistrada

MARCELA ADRIANA CASTILLO SILVA

Magistrada