

*República de Colombia*



*Departamento Norte de Santander*

*Tribunal Superior*

*Distrito Judicial de Cúcuta*

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA  
SALA CIVIL FAMILIA

Magistrada Sustanciadora: Dra. CONSTANZA FORERO NEIRA

Ref. Rad.: 54001-3103-006-2012-00027-01

Rad. Interno: 2022-0079-01

Cúcuta, veintidós (22) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Efectuado el examen preliminar de que trata el artículo 325 del Código General del Proceso, debe concluirse que los requisitos para la concesión del RECURSO DE APELACIÓN interpuesto por la parte demandante contra la sentencia dictada el 9 de febrero del año que avanza, por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Oralidad de Cúcuta, dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual promovido por Diosfanis Mardionys Jaimes Trillos y otros en contra de María Teresa Lara Villamizar y Otros, se encuentran cumplidos y por esta razón la suscrita magistrada sustanciadora, deberá declararlo ADMISIBLE.

De otra parte, dado que en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica se expidió el Decreto Legislativo No. 806 del 4 de junio de 2020 *‘por el cual se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las*

*Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta  
Sala Civil Familia*

*Rdo. Interno 2022-0071-06*

*comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”, norma que en el inciso segundo del artículo 14 dispone el trámite escritural en la apelación de las sentencias en materia civil y de familia que no requieran práctica de pruebas, se advierte al apelante que ejecutoriada el presente auto y de no existir pruebas por practicar, deberá sustentar el recurso de apelación dentro de los cinco días siguientes, vencido el cual, se correrá traslado a la parte contraria por el mismo término, tal y como lo dispone el inciso 3° del artículo 14 del mencionado Decreto Legislativo.*

Para tal efecto, se hace saber a los apoderados judiciales de las partes, que deberán remitir sus escritos al correo electrónico institucional [secscfamtsuc@cendoj.ramajudicial.gov.co.](mailto:secscfamtsuc@cendoj.ramajudicial.gov.co), correspondiente a la secretaría de la Sala Civil Familia de esta Corporación, dependencia que, en lo pertinente, dará aplicación a lo señalado en el artículo 9° de ese decreto.

Por secretaría de la Sala, remítase esta providencia a las direcciones electrónicas reportadas por las partes.

NOTIFÍQUESE



CONSTANZA FORERO NEIRA

Magistrada

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Departamento Norte de Santander  
TRIBUNAL SUPERIOR  
Distrito Judicial de Cúcuta

**SALA DE DECISIÓN CIVIL - FAMILIA**

Magistrado Ponente: ROBERTO CARLOS OROZCO NÚÑEZ

Ref. Responsabilidad Médica Amparo Correal Quevedo y otros vs Cafésalud  
Rad. 540013153004-2017-00243-03 - Rad 2 Instancia 2021-0236-03

San José de Cúcuta, Veintidós (22) de  
Marzo de dos mil veintidós (2022)

Va a ocuparse la sala a continuación de definir en segunda instancia el proceso declarativo de responsabilidad civil médica que en contra de Cafésalud EPS presentaron Amparo Correal Quevedo, Ivonne Rocío, Emeli Zulay, Andrea Katherine, Edwin Ricardo y Jhon Carlos Sánchez Correal, Steven y Yulia Salomé Mora Sánchez, Andrés Felipe Sánchez Angarita, Juan Sebastián Sánchez Guarín y Sarah Isabela Sánchez Castellano. Proviene el expediente del Juzgado Cuarto Civil del Circuito de esta capital, en donde la cuestión fue resuelta de fondo en sentencia del 27 de Enero de 2021.

**ANTECEDENTES**

1.- El litigio referido fue promovido por los nombrados accionantes, quienes en sus respectivas condiciones de compañera permanente, hijos y nietos de Iván Antonio Sánchez Ibáñez, piden que la aludida demandada sea declarada civilmente responsable por el fallecimiento de este último. A modo subsidiario buscan que la declaración de responsabilidad se haga por la pérdida de oportunidad de recuperación de la salud del finado. En ambos casos exigen la imposición de la condena al pago de los perjuicios inmateriales, a razón de \$100.000.000 para cada uno a título de daño a la vida de relación. Más el daño moral que tasaron en \$70.000.000 para para la pareja e hijos y \$50.000.000 para los nietos, entendiéndose que tales cifras deben ser asignadas a por cada demandante.

2.- La *causa petendi* admite este resumen:

Don Iván Antonio Sánchez Ibáñez era compañero permanente de Amparo Correal Quevedo; padre de Ivonne Rocío, Emeli Zulay, Andrea Katherine, Edwin Ricardo y Jhon Carlos Sánchez Correal; y abuelo de Steven y Yulia Salomé Mora Sánchez, Andrés Felipe Sánchez Angarita, Juan Sebastián Sánchez Guarín y Sarah Isabela Sánchez Castellano. Accedía al Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de la EPS Saludcoop. Y una vez esta entró en liquidación en el año 2015, se pasó para Cafésalud.

Gracias a ello pudo consultar el servicio de urgencias de la Clínica La Salle de esta ciudad, exactamente a las 7:56 A.M. del 26 de Abril de 2016. Lo hizo motivado por estar presentando *"...síntomas de fiebre y malestar general, con cuadro de tres días de evolución de picos febriles no cuantificados, asociados a deposiciones líquidas, astenia, adinamia, escalofríos, tos con algunos puntos hemoptoicos... y nauseas..."*. En aras de procurar su recuperación le hicieron lo siguiente: (i) de inmediato le practicaron muestras de glucometría periódicas con dosis de jugo azucarado y la aplicación de insulina regular; (ii) a las 10:40 se le hizo un hemograma, que mostró severa leucopenia, plaquetas en 176K, leve hiponatermia, leve hipocalcemia y aumento de PCR; (iii) sin embargo, a los pocos minutos refirió malestar general *"...y presentó hallazgos respiratorios crepitos (sic) en ambos campos pulmonares, junto con dos episodios de hemoptisis franca."* Lo que motivó su traslado a sala de reanimación a las 10:50 A.M.; (iv) a las 12:15 fue valorado por medicina interna, siendo diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad, con sospecha de tromboembolismo pulmonar. Se le ordenó un hemocultivo, urocultivo de gases arteriales y colocación de sonda a bolsa de drenaje urinario; (v) sus familiares fueron enterados de la gravedad de la situación a las 12:55; y (vi) a las 2:00 se le detectó choque séptico, tuberculosis, neumonía grave hemorrágica y falla respiratoria inminente.

En razón a esto último fue intubado y luego sometido a maniobras de reanimación durante 20 minutos, lo que no impidió su lamentable deceso a las 2:30 del mismo día. Ese hecho trajo aparejado a sus seres queridos congoja y sufrimiento, representados en la causación de daños morales y a la vida de relación, por cuya reparación reclaman.

Consideran que Cafésalud tuvo culpa en el desenlace fatal porque en la IPS asignada el finado no recibió el tratamiento médico que su caso ameritaba. En efecto, soportados en un dictamen pericial anexo al libelo, afirmaron que (i) el galeno que realizó la atención inicial no aplicó el protocolo para neumonía adquirida en la comunidad y ello retrasó el manejo adecuado; (ii) pese a los signos de falla respiratoria no fue llevado a la unidad de cuidados intensivos o a soporte ventilatorio rápido con intubación orotraqueal; y (iii) tampoco se tuvieron en cuenta sus antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus insulino dependiente. Esos errores incidieron negativamente en el resultado o al menos

deben ser tomados como generatrices de una pérdida de oportunidad de la recuperación de su salud.

### **LA ACTUACIÓN PROCESAL**

Surtido que fue el reparto de rigor, el trámite de la cuestión le resultó asignado al Juzgado Cuarto Civil del Circuito con sede en esta ciudad. Originalmente el libelo fue inadmitido y ulteriormente rechazado pues se echaron de menos unos anexos obligatorios, concretamente la prueba de la calidad en que actúa doña Amparo Correal. Sin embargo, apelada que fue tal providencia y revocada por este colegiado, el 16 de Enero de 2018 la *a quo* libró el admisorio. CaféSalud fue notificada por aviso de esta última providencia<sup>1</sup>, pero durante el traslado guardó total silencio. Ese escenario condujo a la inmediata realización de la audiencia inicial, llevada a cabo el 16 de Octubre de 2019, que contó con la presencia de los demandantes y el liquidador de la demandada<sup>2</sup>. Superadas las vicisitudes y dificultades que trajo consigo el Covid-19, la de instrucción y juzgamiento fue llevada a cabo el 27 de Enero de 2021.

### **LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA**

1.- La primera instancia fue fulminada mediante sentencia dictada en esta última diligencia y resultó desestimatoria de las súplicas. En efecto, tomando como fundamento principal la denominada Guía Práctica Clínica de Recomendaciones para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Neumonía adquirida en la comunidad en adultos, elaborada por la Asociación Colombiana de Infectología, y sumado a los registros que aparecen en la historia clínica aportada como prueba, concluyó la *a quo* que la asistencia médica prestada al señor Sánchez Ibáñez en la Clínica La Salle estuvo acorde a las recomendaciones y protocolos establecidos para el tratamiento de tal enfermedad.

Acto seguido se adentró en el estudio del dictamen realizado por el Dr. Juan Camilo Díaz Coronado, presentado como prueba junto al libelo. De allí destacó que el perito no fue concluyente al manifestar que la presunta negligencia médica fue la causante del fallecimiento del ser querido de los demandantes. En realidad lo que dijo fue que con una atención oportuna o adecuada, probablemente hubiese recuperado la salud.

Agregó que una de las críticas del experto fue la impericia médica por no hacer seguimiento y aplicación adecuada y oportuna de guías de neumonía de la comunidad con sepsis. Sin embargo, se contradijo al responder algunas preguntas del

---

<sup>1</sup> Archivo 01 - Expediente Digitalizado - Folios 334 al 353 pdf

<sup>2</sup> Archivo 01 - Expediente Digitalizado - Folios 355 al 393 pdf

cuestionario que le entregaron los actores, pues reconoció que la ventilación mecánica que se intentó con el paciente era el tratamiento médico a seguir para restablecer a corto o largo plazo su salud.

Destacó que don Iván se hizo presente al servicio de urgencias luego de llevar 3 días con cuadros febriles no cuantificados, asociado a deposiciones líquidas, astenia, adinamia, escalofríos, tos con algunos puntos hemoptoicos y nauseas. Situaciones estas que para nada fueron tomadas en cuenta en la experticia allegada, por modo de saber si también todas ellas pudieron tener incidencia causal en el deceso lamentado. Consecuente con ello, sostuvo que no militaba en el expediente prueba alguna que demostrara la existencia del nexo causal entre la presunta falla médica o indebida atención atribuida al equipo que trató al enfermo.

Finalmente, apoyada en lo que dice la jurisprudencia, y citando una sentencia proferida por esta Colegiatura en 2019 -radicado 2015.00356.02-, dejó consignado que la pérdida de oportunidad no puede servir como fundamento para los casos en que exista duda sobre el vínculo causal entre el hecho y el daño final padecido. Y el caso bajo escrutinio se encontraba huérfano de una prueba científica que demostrara que el servicio médico fue la causa de la muerte, o que de habersele dado una atención diferente no hubiese fallecido el paciente.

**2.-** Inconformes, los demandantes interpusieron la apelación que hizo llegar el caso hasta esta instancia, acompañada de los reparos concretos formulados oportunamente. A dicho recurso se le dio admisión en auto del pasado 22 de Octubre, tras cuya notificación se cumplió con efectuar la sustentación por escrito de que trata el artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020. Los embates dirigidos contra el raciocinio de la falladora son los siguientes:

A) El desatino denunciado recae en no ponderarse que en el caso estudiado se está de cara a una obligación de medio, la cual incumplió el equipo galénico al no haber ejercido todas las diligencias y procedimientos necesarios para lograr un resultado positivo en el restablecimiento de la salud del finado Iván Antonio.

B) A través del dictamen pericial y la historia clínica se prueba que existió culpa del médico general que asistió a este último, por no poner en práctica las directrices trazadas por la *lex artis*. Se complementó esto afirmando que el diagnóstico fue retardado y por ende el tratamiento, lo que se hace evidente por el hecho de que al ingreso no se le suministraron antibióticos, ni ayuda ventilatoria, como lo mandan los protocolos científicos.

C) Aunque el galeno realizó unos procedimientos para tratar los síntomas observados, lo cierto es que no fueron los correctos según lo que enseña la guía de manejo de pacientes con neumonía de la comunidad grave o severa; ni tampoco lo

que manda el protocolo para tratar una sepsis severa. Pese al diagnóstico de la enfermedad actual y presentar dos patologías crónicas de riesgo totalmente alteradas al momento de su ingreso, no fue enviado a una unidad de cuidados intensivos desde el comienzo.

D) Con la experticia aportada se comprueba que existió una pérdida de oportunidad en un 100% del señor Iván Antonio de sobrevivir. En primer lugar, por la falla en el diagnóstico de la enfermedad. Y segundo porque de haber recibido el tratamiento apropiado muy probablemente hubiera podido recuperar su salud, toda vez que actualmente existen procedimientos para superar satisfactoriamente la neumonía adquirida en la comunidad.

3.- Cumplidos los ritos incumbentes con la publicidad y contradicción de la apelación presentada, se pasa ahora a definir la segunda instancia, previas estas:

### **CONSIDERACIONES**

1.- Sea lo primero advertir que la decisión censurada ciertamente es pasible de apelación, con arreglo a lo previsto en el artículo 321 del Código General del Proceso. Los recurrentes, además, están revestidos de legitimación por cuanto el no acogimiento de las súplicas les implica agravio. Su interposición y sustentación fueron oportunas, amén que los reparos concretos adecuadamente formulados. Por lo demás, los denominados presupuestos procesales se encuentran colmados, en el entendido de que quienes acudieron a la litis por activa y pasiva ostentan capacidad procesal, la demanda fue debidamente presentada y tramitada por el juez competente, aunado a la inobservancia de desperfectos con idoneidad anulatoria. Todo ello le abre paso a que los suscritos puedan definir de fondo la instancia.

2.- Y para ello es preciso iniciar diciendo que la responsabilidad médica describe un escenario en donde campean los mismos elementos de toda acción resarcitoria y, por supuesto, cuando se ha infligido daño a una persona, surge el deber de indemnizar. Lo dicho porque quien ejerce la profesión galénica, *"asume el compromiso principal de buscar la preservación o la recuperación del estado de salud del paciente, mediante el desarrollo de las diversas conductas que conforman el llamado acto médico (auscultación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, entre otros)"*<sup>3</sup>.

Actividad que le puede generar obligaciones de contenido resarcitorio cuando incurre en fallas ostensibles en la prestación del servicio, por acción u omisión, ya sean producto de un equivocado diagnóstico, tratamiento,

---

<sup>3</sup> CSJ-CSC Sentencia fecha 05-11- 2013, Expediente. 2005-00025-01.

procedimiento, control y en general de cualquier otro error en esa ejecución profesional<sup>4</sup>. Sobre el tema dijo la Corte:

*«Justamente, la civil médica, es una especie de la responsabilidad profesional sujeta a las reglas del ejercicio de la profesión de la medicina, y cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los restantes elementos de la responsabilidad civil, hay lugar a su reparación a cargo del autor o, in solidum si fueren varios los autores, pues 'el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico - patológicas"»<sup>5</sup>.*

Y acerca de la responsabilidad de los establecimientos hospitalarios lo que se tiene previsto es esto:

*«Esa responsabilidad no solo se predica de los galenos, en sus diferentes especialidades, pues, los centros hospitalarios están obligados directamente a indemnizar por las faltas culposas del personal a su servicio, toda vez que es a través de ellos que se materializan los comportamientos censurables de ese tipo de personas jurídicas. «Esto aunado a que la relación entre el centro asistencial y el enfermo es compleja, bajo el entendido de que comprende tanto la evaluación, valoración, dictamen e intervenciones necesarias, como todo lo relacionado con su cuidado y soporte en pos de una mejoría en la salud, para lo que aquel debe contar con personal calificado y expertos en diferentes áreas. «Por ese motivo, en este tipo de acciones se debe examinar si existe entre las partes una vinculación integral o se prescindió de alguno de los servicios ofrecidos, como puede ocurrir cuando el enfermo se interna en una clínica, pero escoge un profesional.*

**2.1.-** Como se desprende de las sentencias de 5 de Marzo de 1940 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia -que empezó a esculpir la doctrina de la culpa probada-, y de la del 17 de Noviembre de 2011, entre otras,

<sup>4</sup> El acto médico consiste en "la actividad desplegada en orden a obtener el alivio o la curación del enfermo mediante la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de su enfermedad y, de ser el caso la cirugía que se recomienda". CSJ, Cas. Civ., sentencia de 22 de julio de 2010, reiterada en fallo de 26 de noviembre de 2010, Expediente1999-08667-01

<sup>5</sup> CSJ-CSC Sentencia fecha 13-09-2002, Expediente. 6199, reiterada en sentencia de 5-11-2013 Expediente 2005-00025-01.

los asuntos relativos a la responsabilidad médica se rigen por cuatro reglas fundamentales:

**La primera** es que cuando una persona acude al servicio médico, ya presenta complicaciones preexistentes o riesgos anteriores para su salud que, desde luego, no son atribuibles al galeno que la atiende.

**La segunda** consiste en que las obligaciones del médico son de medio, es decir, que en línea de principio su compromiso no es lograr un resultado determinado, sino poner todo su conocimiento y experiencia en la tarea de mejorar la salud del paciente, por lo que basta para tal efecto la diligencia y cuidado que se requieran, sin que, como es lógico, pueda garantizar la curación en razón de que ésta no siempre depende de su accionar, pues, pueden sobrevenir circunstancias negativas imposibles de prever o factores externos que, como tales, escapan a su dominio, *verbi gratia*, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros<sup>6</sup>. Ahora mucho más cuando en el ordenamiento patrio el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011 ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios, sobre la base de una competencia profesional, salvo cuando en virtud de las "...*estipulaciones especiales de las partes*" (artículo 1604, *in fine*, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado (sistema objetivo).

En materia de responsabilidad médica, los sistemas de imputación que se aplican por excelencia son el sistema subjetivo o con culpa, cuando se está frente al incumplimiento del deber general de cuidado o de obligaciones de medio, como sistema general y tradicional. Y el sistema objetivo o sin culpa, si se está ante un riesgo que permita calificar la actividad como peligrosa o ante el incumplimiento de una obligación de resultado, como caso excepcional.

En punto de las obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia, impericia o falta de cuidado de los facultativos, mientras en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

**La tercera**, apunta a que existen tratamientos e intervenciones que tienen *per se* riesgos inherentes, de los cuales tampoco es responsable el médico puesto que, al aceptar la intervención, luego de un consentimiento que debe ser debidamente informado, el paciente los asume en virtud de un ejercicio de ponderación propio, en el cual, ante su estado de salud, generalmente prevalece el deseo de ser curado sobre las posibles secuelas.

En atención a que la práctica de la profesión de la medicina comporta la existencia de riesgos inherentes a la planeación

---

<sup>6</sup> CSJ-CSC Sentencia fecha 26-11-1996 - Sentencia SC7110-2017, 24-05-2017, Magistrado ponente Luís Armando Tolosa Villavona.

y ejecución de ciertos procedimientos, "los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa", la Corte Suprema de Justicia definió tales riesgos como "las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, las técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*"<sup>7</sup>.

**Y la cuarta** -derivada de la anterior- con arreglo a la cual se trata de una responsabilidad con culpa probada, lo que supone que ha de ser el demandante quien lleva la carga de demostrar el obrar desaconsejable del galeno. Sumado a que solo se puede considerar que existe culpa cuando quiera que la conducta del profesional no se acompasa con las reglas técnicas de ejercicio de la actividad, denominadas *lex artis ad hoc*. Estas son definidas por la Corte Suprema de Justicia como los mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8° Decreto 2280 de 1981), incluso éticos componentes de su *lex artis*<sup>8</sup>, respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio.

**2.2.-** Precisamente se viene sosteniendo por la misma Corte de tiempo atrás<sup>9</sup> que "Tratando de la responsabilidad civil de los médicos por la prestación del servicio profesional, desde hace algún tiempo, la Corte ha venido predicando que ésta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa<sup>10</sup>, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual".

En la providencia referenciada se resalta que "Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No.2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que el medico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación".

<sup>7</sup> CSJ-CSC Sentencia de 26-11-2010 Expediente 1999-08667-01, reiterada en fallo de 8-08-2011 Expediente 00778.

<sup>8</sup> CSJ-CSC Sentencia de 31-03-2003 Expediente 6430)

<sup>9</sup> CJS.CSC Sentencia 5507 Fecha 30-02-2001 MP José Fernando Ramírez G

<sup>10</sup> Sentencias donde la tesis de la culpa probada se consolida del 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 26 de Noviembre de 1986, 8 de Mayo de 1990, 12 de Julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998.

Ampliando sus explicaciones, también tiene definido la jurisprudencia<sup>11</sup> que la responsabilidad médica surge cuando no se ha observado la diligencia debida en la prestación de los servicios médicos requeridos por la *lex artis*, por cuanto *"... no puede estar sujeta a modelos prefigurados de responsabilidad, ni a estándares predeterminados de culpa; pues aquí no se trata de una culpa ordinaria sino de una profesional que debe ser estimada a la luz de la complejidad de la ciencia, y a su estado para el momento en que se aplicó"*, teniendo presente que las obligaciones que asume el médico son de medio y no de resultado. Sobre el tema en el año 2011 se pronunció así:

*"...para el juzgamiento de los profesionales de la ciencia médica en el ámbito de la "responsabilidad civil", por regla general, ha de tomarse en cuenta la "responsabilidad subjetiva" basada en la culpa o negligencia, constituyendo la "lex artis" parámetro preponderante para su determinación, en armonía con los "deberes médicos", criterio este observado en la mayoría de países, aunque con la aceptación de teorías que en cada caso en concreto conducen a la flexibilización de la carga probatoria"<sup>12</sup>.*

**2.3.-** De otra parte, se ha dicho por la Corte que, en este tipo de responsabilidad, como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión. Advirtiendo con relación a la responsabilidad extracontractual por el acto del médico defectuoso o inapropiado, no puede asimilarse a las que la doctrina ha clasificado como peligrosas, descartando así la aplicabilidad de presunciones de culpa, como las colegidas del artículo 2356 del Código Civil.

Por lo que en su concepto habrá casos donde el *onus probandi* permanezca inmodificable. Otros casos donde obrarán presunciones judiciales y otros más donde podrá aplicarse el sistema de la carga dinámica de la prueba, para exigir de cada una de las partes dentro de un marco de lealtad y colaboración, y dadas las circunstancias de hecho, la prueba de los supuestos configurantes del tema de decisión. Añadiendo que todo ello *"...teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad, estado de la técnica, complejidad de la intervención, medios disponibles, estado del paciente y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y el lugar del ejercicio, puesto no de otra manera, con justicia y equidad, se pudiera determinar la corrección del acto médico (lex artix)"*.

Respecto a este tipo especial de responsabilidad expuso que:

<sup>11</sup> CSJ-Sala Cas. Lab. Sent. 22/enero/08, MP Eduardo López Villegas, exp. 30621

<sup>12</sup> CSJ-CSC Sentencia fecha 01-12-2011 Expediente No. 05001-3103-008- 1999-00797-01 M.P: Ruth Marina Díaz Rueda

«'(...) los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al profesional, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado), y que en torno a este panorama axiológico debe operar el principio de la carga de la prueba (artículo 177 del Código de Procedimiento Civil), visto con un sentido dinámico, socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito de la norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende probarlas, resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 afirmo la Corte en la sentencia del 5 de marzo, que es ciertamente importante, "el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado"<sup>13</sup>.

De este modo se ha acrisolado por la Corte que el debate procesal ordinariamente se centrará en la demostración del actuar culposo del galeno demandado, entendido como la inobservancia de la *lex artis ad hoc*, y su vínculo de causalidad con el menoscabo anunciado en la demanda, donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa<sup>14</sup>. Aunque correlativamente el demandado podrá exonerarse de responsabilidad demostrando diligencia y cuidado (como conducta contraria a una culposa), causa extraña (que rompe el nexo causal o el de imputación), hecho justificativo (que rompe el nexo de imputación), o la inexistencia del daño y el perjuicio.

Sin admitirse como lo tiene sentado la misma jurisprudencia "...un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras),"; ni se oponga a "que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre)

<sup>13</sup> CSJ-CC Sentencia del 30-01-2001 Radicado No. 5507. MP Dr. José Fernando Ramírez G.

<sup>14</sup> CSJ-CSC- Sentencias SC4425-2001 fecha 05-10-21 Expediente 080013103010201700267-01 MP Luis Alfonso Rico Puerta y 5507 Fecha 30-02-2001 MP José Fernando Ramírez G

*relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 Ibídem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur (las cosas hablan por sí mismas) "15.*

**3.-** En lo que concierne a la Responsabilidad Civil Médica respecto de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, se debe recordar que con la Ley 100 de 1993 se crea el sistema de seguridad social integral conformado con los regímenes de pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios definidos por la ley para la efectiva realización de los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia enunciados en el artículo 48 de la Constitución Política. En este sentido, la prestación de los servicios médicos dejó de ser una labor individual para convertirse en una actividad empresarial, colectiva e institucional, que abrió paso a lo que hoy se denomina "macro medicina", en la que el enfermo ya no es considerado un paciente sino un cliente más dentro del engranaje económico que mueven grandes organizaciones, y en la que el usuario no acude ante su médico de confianza sino ante una estructura corporativa que relegó el factor *intuitio personae* a su más mínima expresión.

**3.1.-** Para la Corte el vínculo jurídico que surge entre los usuarios y el sistema de salud entraña una relación **especial de origen legal y reglamentario**. Sin embargo, respecto del incumplimiento a las obligaciones contenidas en un contrato de prestación de servicios de salud, se ha concretado que:

"La responsabilidad de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), es contractual o extracontractual. Con relación al afiliado o usuario, la afiliación, para estos efectos, materializa un contrato, y por tanto, en línea de principio, la responsabilidad es contractual, naturaleza expresamente prevista en los artículos 183 de la Ley 100 de 1983 que prohíbe a las EPS "en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados", y los artículos 16 y 17 del Decreto 1485 de 1994, relativos a los "contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados" y los planes complementarios. Contrario sensu, la responsabilidad en que pueden incurrir las Entidades Promotoras de Salud (EPS) respecto de terceros perjudicados por los daños al afiliado o usuario con ocasión de la prestación de los servicios médicos del plan obligatorio de salud, es extracontractual. (Resalta el Despacho)16.

Pertinente advertir que en las voces del artículo 177 de la Ley 100 de 1993 (D.O. 41148, 23 de diciembre de 1993) la función básica de las Entidades Promotoras de Salud de

<sup>15</sup> CSJ-CC Sentencia de 22 de julio de 2010, Expediente 41001-3103 004-2000-00042-01.

<sup>16</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de noviembre de 2011. Exp. 1999- 533 M.P. William Namén Vargas.

"organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados", y la de "establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud" (artículo 177, núm. 6°, *ibídem*, subraya la Sala). Lo que les impone el deber legal de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, por cuya inobservancia comprometen su responsabilidad, sea que lo presten directamente o mediante contratos con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y profesionales respectivos (artículo 179, *ejusdem*, como lo reconoce la jurisprudencia de la CSJ)<sup>17,18-19</sup>.

**3.2.-** En cuanto a la función de las IPS dice la jurisprudencia que la ley las convierte en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo, toda vez que las normas del sistema de seguridad social les imponen ese deber de prestación del servicio. Sobre el tema la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia dejó claro que:

*"...la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas<sup>20</sup>.*

Sin embargo, para la misma jurisprudencia el juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud, quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito.

<sup>17</sup> CSJ SCA Sentencias fecha 30-01-2001, exp. 5507, fecha 11-09-2002, exp. 6430; fecha 18-05-2005, SC-084-2005, exp. 14415)

<sup>18</sup> CSJ, Civil. Sentencia del 17-11-2011, ob. cit.

<sup>19</sup> CSJ. SC8219-2016 y SC9193-2017.

<sup>20</sup> CSJ SCC Sentencia Fecha 17-11-2011- Expediente 11001-3103-018-1999-00533-01-Magistrado ponente William Namén Vargas.

**3.3.-** Respecto de la atención médica que requieren habitualmente los pacientes, que se da por varios médicos y especialistas en distintas áreas, que según la jurisprudencia puedan tener un influjo decisivo en el desenvolvimiento causal del resultado lesivo, por aquellas acciones, omisiones o procesos individuales que hubiese incidido de manera preponderante en el daño sufrido por el usuario y de este modo se atribuya el hecho dañoso a un agente determinado, responderá en forma solidaria con la EPS y la IPS, siempre que confluyan en ellos todos los elementos de la responsabilidad civil. En palabras de la Corte:

*"...el agente médico singular se exonerará del juicio de imputación del hecho como suyo siempre que se demuestre en el proceso que no tenía un deber de cuidado en la atención que brindó al paciente, lo que ocurre, por ejemplo, cuando su intervención no fue jurídicamente relevante o estuvo amparada en una causal de justificación de su conducta; cuando el daño se debió al quebrantamiento de una obligación de acción de la EPS o de la IPS y no a la desatención del deber personal de actuar; o cuando no intervino de ninguna manera ni tenía el deber jurídico de hacerlo".<sup>21</sup>*

**4.-** Sobre la teoría de la pérdida de oportunidad memórese que ha sido abordada por la Sala de Casación Civil muy tangencialmente, al no contar con fallos relevantes que atiendan a una verdadera línea jurisprudencial y planteen una posición clara al respecto. Sin embargo, tiene perfilados los siguientes comentarios:

*"En tiempos recientes, la pérdida de una oportunidad comporta a la reparación proporcional, parcial, fraccionada o probabilística con distribución equilibrada, armónica y coherente de la incertidumbre causal de un resultado dañoso probable, evitando, por un lado, la injusticia de no repararlo, y, por otro lado, la reparación plena cuando no hay certeza absoluta sino la probabilidad razonable respecto a que un determinado evento, hecho o comportamiento pudo o no existir"<sup>22</sup>.*

También se ha dicho que la pérdida de una oportunidad es fuente de responsabilidad civil pero solo a condición que sea:

*"(...) cierta, real, concreta y existente al instante de la conducta dañosa para obtener una ventaja esperada o evitar una desventaja, constituye daño reparable en el ámbito de la responsabilidad contractual o en la extracontractual, los daños patrimoniales, extrapatrimoniales o a la persona en su integridad psicofísica o en los bienes de la personalidad por concernir a la destrucción de un interés*

<sup>21</sup>Sentencia SC13925-2016 de fecha 30-09-2016 - Expediente Radicación N° 05001-31-03-003-2005-00174-01 Ariel Salazar Ramírez.

<sup>22</sup> CSJ SCC. Sentencia 9 de septiembre de 2010. Expediente No. 17042-3103-001-2005- 00103-01. M.P: William Namén Vargas.

tutelado por el ordenamiento jurídico, consistente en la oportunidad seria, verídica, legítima y de razonable probabilidad de concreción ulterior de no presentarse la conducta dañina, causa de su extinción<sup>23</sup>.

En otra de sus sentencias señaló que:

*"la pérdida de una oportunidad atañe a la supresión de ciertas prerrogativas de indiscutible valía para el interesado, porque en un plano objetivo, de contar con ellas, su concreción le habría significado la posibilidad de percibir, ahí sí, una ganancia, ventaja o beneficio, o de que no le sobrevenga un perjuicio. Expresado con otras palabras, existen ocasiones en las que la víctima se encuentra en la situación idónea para obtener un beneficio o evitar un detrimento, y el hecho ilícito de otra persona le impide aprovechar tal situación favorable<sup>24</sup>.*

La doctrina ha hecho su aporte, así:

*"El daño lo constituye, por consiguiente, esa oportunidad de curación o supervivencia perdida por la actuación del facultativo, conforme a las máximas de experiencia, y no el total perjuicio que afecta a ese paciente". El nexo causal se ha de establecer respecto de un hecho cierto (la pérdida de la oportunidad), en vez de uno probable e incierto (la oportunidad perdida). En esta teoría no hay incertidumbre sobre lo que ocurrió, sino sobre lo que habría ocurrido, esto es, no hay incertidumbre sobre el pasado, sino sobre el futuro. Hay incertidumbre en el perjuicio, pero certidumbre de probabilidad, resultando oportuno y necesario evaluar la mera probabilidad en sí, lo que siempre representa un valor. Se trata, por tanto, de un daño abstracto basado en un cálculo de probabilidades (causalidad probabilística)<sup>25</sup>.*

Para determinar la configuración de la pérdida de una oportunidad que conlleve a una eventual indemnización, la misma Corte Suprema ha fijado unos presupuestos axiológicos, los cuales detalla de la siguiente manera:

*"(i) Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, y aunque la misma envuelva un componente aleatorio, la "chance" diluida debe ser seria, verídica, real y actual; (ii) Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en inconveniente; y (iii) La víctima debe encontrarse en una*

<sup>23</sup> CSJ SCC. Sentencia 9 de septiembre de 2010. Expediente No. 17042-3103-001-2005- 00103-01. M.P: William Namén Vargas.

<sup>24</sup> Sentencia 1° de noviembre de 2013. Expediente: 08001-103-008 1994-26630-01.

<sup>25</sup> J. C. GALÁN CORTES: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA, página 535.

*situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de las cosas, su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos. Dicho de otro modo, el afectado tendría que hallarse, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en un escenario tanto fáctico como jurídicamente idóneo para alcanzar el provecho por el cual propugnaba”<sup>26</sup>.*

Debe decirse que si bien la doctrina en general y la jurisprudencia nacional han señalado una posición predominante que gira en torno a la pérdida de la oportunidad como un criterio autónomo de daño, apartándose así de una posición minoritaria que la cataloga como un mecanismo de facilitación probatoria, dada la dificultad que genera la incertidumbre causal presentada en este tipo de eventos. Tomada entonces como un daño independiente, el perjuicio a valorar no es aquél que se hubiese podido evitar, sino aquella oportunidad perdida, que no se habría desperdiciado si el profesional de la salud no hubiese actuado de manera negligente.

**5.-** Tras esta introducción, necesaria para entender los alcances de las figuras jurídicas invocadas en el libelo, se desciende ahora a los detalles del caso bajo escrutinio. Recuérdese que el litigio fue iniciado por Amparo Correal Quevedo, Ivonne Rocío, Emeli Zulay, Andrea Katherine, Edwin Ricardo y Jhon Carlos Sánchez Correal, Steven y Yulia Salomé Mora Sánchez, Andrés Felipe Sánchez Angarita, Juan Sebastián Sánchez Guarín y Sarah Isabela Sánchez Castellano, en sus respectivas condiciones de compañera permanente, hijos y nietos de Iván Antonio Sánchez Ibáñez. Demandaron a Cafésalud EPS por considerarla responsable del deceso de este último, y por eso le exigen la reparación de los perjuicios extrapatrimoniales que para ellos se derivaron de ese hecho. En concreto estiman que el fatal desenlace se debió a (i) un indebido diagnóstico inicial de la enfermedad que aquejaba al paciente; lo que condujo (ii) al suministro de un tratamiento inidóneo y un manejo inadecuado, que incluyó la falta de traslado a la unidad de cuidados intensivos o prestarle un soporte ventilatorio rápido con intubación orotraqueal; y (iii) la falta de aplicación de la Guía de Manejo del Paciente con Neumonía de la comunidad grave o severa. Y a fin de acreditar sus afirmaciones, se fincaron en un dictamen pericial rendido por el experto que escogieron para ese menester, quien ciertamente atribuye descuidos y desatenciones al equipo galénico que asumió las atenciones.

---

<sup>26</sup> CSJ- Sala de Casación Civil - SC10261-2014 -Fecha 04-08-2014- Ref: Expediente No 11001 31 03 003 1998 07770 01- MP. Margarita Cabello Blanco.

En primera instancia, con todo, la fortuna no estuvo de su lado, dado que la *a quo* dictó el fallo en su contra. En efecto, mediante sentencia pronunciada en audiencia llevada a cabo el 27 de Enero del año anterior, consideró que no estaba debidamente acreditado el nexo causal, por modo que no había como asociar la supuesta negligencia médica al fallecimiento de don Iván. Y también descartó la súplica subsidiaria, consistente en considerar una pérdida de oportunidad, asida igualmente de falencias demostrativas.

Los promotores del litigio apelaron ese veredicto achacando a su autora desatinos en la contemplación de las probanzas. Opinan que la evidencia obtenida demuestra de manera fehaciente que la atención médica brindada no fue adecuada, diligente y pertinente a la sintomatología mostrada. Y que no se siguieron los protocolos establecidos para el manejo de la neumonía de la comunidad que afectaba al enfermo. Insistieron, además, en que hubo pérdida de la oportunidad de recuperación de las condiciones de salud del finado, ya que una atención a tiempo le hubiese dado la posibilidad de sobrevivir. Así que estiman que al menos la pretensión subsidiaria debió ser acogida.

Ante ese escenario, tiene la sala el desafío de determinar si efectivamente la alzada interpuesta está dotada de la solidez suficiente para quebrar el fallo revisado, o si en su lugar este amerita ser confirmado. Para ello es menester hacer un cuidadoso estudio del acervo probatorio que milita en el expediente, lo que permitirá concluir si la prestación médica brindada al fallecido no fue compatible con la *lex artis* y los protocolos para el manejo de las patologías descubiertas. Así como el grado de incidencia que pudo haber ese supuesto error en la triste pérdida del ser querido de los promotores del juicio.

**6.-** Adentrados en ello, se observa que, entre las pruebas allegadas por la parte actora para respaldar el *petitum*, se encuentra la historia clínica que se levantó el 26 de Abril de 2016 en la clínica Esimed de La Salle, entidad que atendía los pacientes de Cafésalud.

En este punto cabe hacer un paréntesis para memorar que las historias clínicas son documentos que, ante todo, sirven de herramienta para informar al personal médico sobre las condiciones de salud, el tratamiento y la evolución del paciente (Artículo 34 Ley 23 de 1981). Sin descartar la importancia de otras pruebas, también son útiles para reconstruir los hechos frente a la necesidad de establecer una eventual responsabilidad galénica, dado que allí se recogen las memorias de atenciones brindadas al paciente y de paso los actos médicos realizados. También auxilia en grado sumo la tarea de averiguar por la relación de causalidad entre el equívoco profesional y el daño irrogado al enfermo. De ella ha dicho la Corte:

*"Por mandato normativo, la historia clínica consigna de manera cronológica, clara, precisa, fidedigna, completa, expresa y legible todo el cuadro clínico en las distintas fases del acto médico desde su iniciación hasta su culminación, a partir del ingreso del paciente a una institución de salud a su salida, incluso en la rehabilitación, seguimiento y control; contiene el registro de los antecedentes, y el estado de salud del paciente, la anamnesis, el diagnóstico, tratamiento, medicamentos aplicados, la evolución, el seguimiento, control, protocolo quirúrgico, indicación del equipo médico, registro de la anestesia, los estudios complementarios, la ubicación en el centro hospitalario, el personal, las pruebas diagnósticas, etc. (...) ostenta una particular relevancia probatoria para valorar los deberes de conducta del médico, la atención médica al paciente, su elaboración en forma es una obligación imperativa del profesional e instituciones prestadoras del servicio, y su omisión u observancia defectuosa, irregular e incompleta, entraña importantes consecuencias, no sólo en el ámbito disciplinario sino en los procesos judiciales, en especial, de responsabilidad civil, por constituir incumplimiento de una obligación legal integrante de la respectiva relación jurídica".<sup>27</sup>*

**6.1.-** De vuelta al análisis del documento en alusión, debe precisarse que allí se registra que el paciente ingresó al centro clínico exactamente a las 7:56:02 del 26 de Abril de 2016. Fue atendido en urgencias por el médico general José Luis García Villa, quien al diligenciar el motivo de la consulta consignó "*Fiebre y Malestar General*". Anotó también que el cuadro de afectación llevaba tres días de evolución con picos febriles no cuantificados, algunas deposiciones líquidas, escalofrío, náuseas, astenia, adinamia y tos con pintas de sangre -veinticuatro horas antes-. Al ingreso, el usuario tenía signos vitales estables -FC 140, sístole 145, diástole 68, T.A.M. 93,67, FR 17, temperatura 39°, saturación 98- y antecedentes de Diabetes Mellitus -glucometría de ingreso de 57 MG/DL-. Examen Físico Tórax Normal, no agregado pulmonar y sin signos bronco obstructivos. Sin dolor abdominal. Resolvió dejarlo en observación para manejo médico, administrar una dosis de jugo azucarado, tomar nueva glucometría en una hora, canalizarlo con líquidos por vía intravenosa, iniciar dipirona, metoclopramida y ranitidina y toma de sangre para exámenes de laboratorios (SS CH, PCR, uroanálisis, coprológico, Bun, creatinina, ionograma).

Ulteriormente el mismo doctor García Villa hizo constar que la glucometría de control ordenada reportó 418 MG/DL. Ordenó iniciar dosis de insulina -6 unidades-, con resultado de descenso de la glucosa sanguínea a 320 a la hora y 260 a las dos horas.

---

<sup>27</sup> CSJ-SC de 17 nov 2011, rad. No. 11001-3103-018-1999-00533-01). CSJ SC5641-2018, 14 dic.

Hay una nota de las 10:40, según la cual tras la valoración de los exámenes paraclínicos solicitados se apreció una severa leucopenia sin predominio de línea celular específica, plaquetas de 176K, hemoglobina de 12 G/DL, leve hiponatremia, leve hipocalcemia, aumento de PCR. Y en una revaloración se descubrió un hallazgo respiratorio crépito en ambos pulmones, con dos episodios de hemoptisis franca, con malestar general y niega disnea. De allí se generó una solicitud de valoración por medicina interna.

A renglón seguido, el galeno documenta que a las 10:50 a.m. informó al médico de reanimación -Dr. Saboya- y a la jefe de servicio para pasar al paciente a sala de reanimación y monitorearlo. Solicitó tomar RX de tórax portátil urgente, tiempos de coagulación, prueba de función hepática y suministro de oxígeno (3LT X MIN). Ello a causa de la leucopenia severa, asociado al proceso febril y hallazgos respiratorios de enfermedad en vías respiratorias rápidamente progresivas. Realiza como impresión diagnóstica "*Sepsis de origen pulmonar*", con sospecha también de un "*TEP<sup>28</sup> masivo por la instauración rápida del cuadro clínico*". Conceptuó que con el cuadro febril y prodrómico del paciente previo a su ingreso al servicio de urgencias se reforzaba la impresión diagnóstica de etiología infecciosa. Decide iniciar tratamiento de antibiótico con "*Cefepime 2GR cada 12 horas*".

El examen por medicina interna se realizó a las 12:15 M., concretamente por el Dr. Guarín, quien sugirió diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) masivo vs neumonía adquirida en la comunidad (NAC) grave. Solicitó exámenes de hemocultivo, gram de esputo, urocultivo, gases arteriales, Dimero D, oxígeno por Venturi (50% 10LT x MINUTO) y colocación de sonda a bolsa de drenaje urinario. A las 12:55 M. el mismo profesional revisó la radiografía de tórax portátil, observando múltiples infiltrados nodulares bilaterales en alas de mariposa, sin derrame pleural. Especificó que el paciente quedaba en sala de reanimación monitoreado, con dispositivo Venturi, estable hemodinámicamente, orientado y en regulares condiciones generales. Se comentó con el médico receptor de turno -Dr. Milton Torres- quien lo recibió. Sobre su cuadro clínico y la severidad de su estado se le informó a familiar -esposa- en lenguaje claro y amable, quien refirió entender y aceptar.

En esa misma fecha, el médico César Alfonso Alquiche Jerez, en nota tardía de evolución del paciente en sala de reanimación, hace un recuento de los antecedentes y anamnesis de su enfermedad actual. Destaca que lo encontró en muy malas condiciones generales; con signos de falla ventilatoria inminente por trabajo respiratorio-desaturación, a pesar de tener soporte de oxígeno por Venturi; hipotenso y con estigmas de sangrado en cavidad oral. Decidió activar código mega e iniciar intubación bronquial. Durante este proceso el paciente presentó paro de actividad eléctrica cardiaca,

---

<sup>28</sup> Tromboembolismo Pulmonar)

iniciándosele masaje cardiaco continuo durante dos minutos y aplicación de protocolo de reanimación sin obtener respuesta. Se acudió a protocolo de línea isoelectrica (verificación de los electrodos, aumento voltaje) y a pesar de esta maniobra el paciente persistió en línea isoelectrica. Detalló en la parte final "... que a pesar del manejo médico previamente instaurado al paciente presenta signos francos de paro cardiorespiratorio irreversible por lo cual decido suspender después de 20 minutos de maniobras de reanimación. Hora de muerte: 2:30 p.m.". Puntualizó como diagnósticos finales: (i) Otras septicemias especificadas, (ii) Neumonía bacteriana -no especificada-, (iii) Choque -no especificado- y (iv) Diabetes Mellitus no insulino dependiente con complicaciones

6.2.- En la siguiente imagen podrán observarse las denominadas notas de enfermería, que en términos generales coinciden con todo lo que viene de explicarse:

NOTAS DE ENFERMERIA	
<b>Fecha Nota :</b> 2016/04/26	<b>Hora Nota :</b> 11:06
<b>Nota de Enfermería :</b> 8:40AM INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE EXPANSION ALGIDO X SUS PROPIOS MEDIOS EN CMPANIA DE SU FAMILIAR CON ORDENES DEL DR JOSE GARCIA ACANALIZAR SECANALIZA CON YELCO 20 SETOMAN MUESTRAS DE LABORATORIOS SE DEJA LEV PASAANDO SSNA 100CCXHORA SE ADMINISTRA RANITIDINA 50MGIVDIPIRONA 2GR IV METOCLOPRAMIDA 10MGIV PENDIENTE REPORTE LABORATORIOS CON GLUCOMETRIA DE418MGDL..... 10:52AMSE4 TOMA GLUCOMETRIACONTROL 332MGDL.....	
<b>Especialista :</b> Delsy Cecilia Berman Guerrero	<b>Especialidad:</b> Auxiliar de enfermería
<b>Fecha Nota :</b> 2016/04/26	<b>Hora Nota :</b> 11:07
<b>Nota de Enfermería :</b> SE TRASLADA PACIENTE AL AREA DE OBSERVACION CUBICULO 2 ALGIDO CON LEV PASANDO SSNA 100CCXHORA PEDNIENTE REPORTE DE LABORATORIOS.....	
<b>Especialista :</b> Delsy Cecilia Berman Guerrero	<b>Especialidad:</b> Auxiliar de enfermería
<b>Fecha Nota :</b> 2016/04/26	<b>Hora Nota :</b> 19:11
<b>Nota de Enfermería :</b> 12 pm se regresa paciente a sala de reanimacion se continua con oxigeno por ventury al 50% enj compañía de familiar paciente presenta vomito con coagulos de sangre 1 pm paciente es valorado por el doctor alquichire quien habla y le explica al familiar en las condiciones q se encuentra el paciente se monitoriza se le toma ekg se le toman muestras de laboratorios 1, 15 pm el doctor alquichire inicia con reanimacion se le administra tratamiento xilocaina 9cc liquida mas midazolam 3mg iv vercuronio media ampolla iv fentanilo 1ampolla iv le coloca tubo 7 y la terapistia fija tubo 1. 30 PM paciente entra en paro el doctor inicia con reanimacion se le administra adrenalina 1 ampolla iv y se continua con reanimacion	
<b>Especialista :</b> Carmen Raquel Rincon Ramirez	<b>Especialidad:</b> Jefe de enfermería
<b>Fecha Nota :</b> 2016/04/26	<b>Hora Nota :</b> 19:13
<b>Nota de Enfermería :</b> 1. 40 pm se le administra adrenalina 1 ampolla iv continua con reanimacion 2 pm el doctor determina que el paciente ha fallecido y le informa a los familiares y realizan acta de defusion	
<b>Especialista :</b> Carmen Raquel Rincon Ramirez	<b>Especialidad:</b> Jefe de enfermería

6.3.- Otra prueba susceptible de ser valorada, y sin duda la que a juicio de la censura bien puede ser llamada la "prueba reina", es el dictamen realizado por el Dr. Juan Camilo Díaz Coronado, médico especialista en Medicina Interna, docente universitario y perito. Sus conclusiones, según aparece expresamente anunciado, tuvieron antecedente en la revisión

de la memoria de atenciones prestadas al señor Sánchez Ibáñez, detallada en precedencia.

Lo que sostuvo el experto es que, tras escrutar la historia, el cuadro clínico del paciente apuntaba a una neumonía adquirida en la comunidad, con una sepsis grave secundaria, que presentó tres días antes de su deceso. Consideró que al ingreso el diagnóstico no fue oportuno y que pasaron más de cuatro horas para su confirmación. En aras de soportarlo refirió que el médico que desplegó la atención inicial no realizó la aplicación de protocolos previstos para neumonía adquirida en la comunidad y sepsis, lo que retrasó el manejo adecuado. Criticó el tratamiento por no ser el correcto conforme a los protocolos y guías de estas enfermedades, sobre todo porque desde la primera hora se debieron manejar con antibióticos para cubrir gérmenes gram positivos tipo *stafilococo aureus* metilino resistente, dado los factores de riesgo como la diabetes y la rápida evolución de las complicaciones. Además, por la infección pulmonar y la presencia de neumonía severa, debió ingresarse a cuidados intensivos desde su inicio y/o a soporte ventilatorio rápido con una intubación orotraqueal. Consideró que de habersele brindado *"... una atención adecuada y oportuna, el paciente, probablemente, hubiese recuperado su salud"*.

También conceptúo que la neumonía no se deriva de la diabetes, pero esta última sí puede empeorar su curso clínico. Y que para el caso no se podía afirmar que dicha enfermedad influyó en mayor o menor medida a la complicación y defunción del paciente, por cuanto no se le realizó el examen que permitiera confirmar o descartar la presencia de cetoacidosis diabética.

Finalmente señalo que el paciente desarrolló un paro cardiorespiratorio, con un ritmo denominado actividad eléctrica sin pulso. Sin embargo, por los hallazgos de la historia clínica concluyó *"... como principal causa la falla respiratoria, que se intentó controlar con la intubación, sin lograrse"*.

7.- Antes de entrar al punto específico de la valoración material de las pruebas, debe decirse que conforme a la regla general que impera en el sistema jurídico de derecho privado colombiano, la responsabilidad civil del médico no puede ser declarada si no media culpa de su parte. Por consiguiente, en reciente sentencia se dijo por la Sala de Casación Civil que:

*"... la imputación subjetiva de los galenos debe construirse comparando su proceder con el que habría desplegado un colega de su especialidad, con un nivel promedio de diligencia, conocimientos, habilidades, experiencia, etc., en caso de haberse enfrentado, hipotéticamente, al cuadro clínico del paciente afectado. Esto explica la referencia a una lex artis **ad hoc**, que no es otra cosa que evaluar la adecuación de las actividades del personal de salud de cara a la problemática específica de cada persona sometida*

a tratamiento, observando variables como su edad, comorbilidades, diagnóstico, entre otras que puedan identificarse para cada evento concreto.

*En los juicios de responsabilidad médica, entonces, se torna necesario determinar la conducta (abstracta) que habría adoptado el consabido profesional medio de la especialidad, enfrentado al cuadro del paciente, y atendiendo las normas de la ciencia médica, para luego compararlo con el proceder del galeno enjuiciado, parangón que ha de permitir establecer si este último actuó, o no, de acuerdo con el estándar de conducta que le era exigible<sup>29</sup>. Si lo primero, no podrá concretarse la responsabilidad civil; si lo segundo, será necesario entroncar su "culpa", en el sentido explicado, con el resultado dañoso alegado en la demanda<sup>30</sup>"*

Se tiene también que ciertamente el error de diagnóstico es una de las múltiples causas generatrices de la responsabilidad galénica, pues sin duda una apreciación equivocada desencadenará una atención o servicio inidóneo para la recuperación de la salud del paciente.

Pero no todo error de diagnóstico es reprochable ni conlleva a responsabilidad patrimonial de quien incurre en él, pues para que así suceda, a tono con lo que anteladamente se ha explicado, es imprescindible que la equivocación haya sido producida por un actuar negligente, imperito, imprudente, doloso o culposo del profesional al que se le atribuye. Y no se olvide que un mismo síntoma puede ser atribuido a diversos orígenes, razón por la cual la detección del correcto requiere no solo la auscultación directa del médico, sino el empleo de ayudas que se obtienen ya de otros profesionales o hasta de equipos o aparatos que coadyuvan y facilitan la labor de aquél.

De allí que, a la hora de juzgar las acusaciones montadas sobre el denominado error de diagnóstico, hay que indagar si medió culpa o si cualquier otro profesional situado en exactamente las mismas circunstancias de quien supuestamente erró, de acuerdo con la ley del arte y los auxilios de que en el instante disponía, hubiera atinado con la causa genuina del padecimiento.

En sentencia del 26 de Noviembre de 2010, la Sala de Casación Civil abordó la temática de la siguiente manera:

*"El **diagnóstico** está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya*

<sup>29</sup> En cualquier caso, no pueden obviarse algunos criterios de flexibilización de la prueba de la culpa, como las presunciones judiciales que surgen de la aplicación de la doctrina de la culpa virtual, o *res ipsa loquitur*, operante en supuestos como el oblitio quirúrgico (Cfr. CSJ SC7110-2017, 24 may.).

<sup>30</sup> CSJ-CSC- Sentencia SC4425-2021 Fecha 05-10-2021. Radicado 08001310301020170026701 MP Luis Alfonso Rico Puerta-

ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la "anamnesia", vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.

"Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él."

La misma lo Corte reconoce que el diagnóstico es:

"Tratase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así, por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias imprecisiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.

En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con una equivocada diagnosis ocasionen (...)<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> CSJ, Cas. Civ., sentencia de 26 de noviembre de 2010, Expediente 1999-08667-01, reiterada en fallo de la misma Corporación de 8 de agosto de 2011, Expediente 00778.

Con relación a la posible responsabilidad derivada de un error de diagnóstico se ha dicho por la doctrina que:

*"la calificación de una praxis asistencial como ajustada o desviada de la lex artis no debe realizarse por un juicio expost, sino ex ante, es decir, con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento, a fin de poder considerarla como adecuada o no a la clínica que presenta el paciente. (...) Esta circunstancia que acabamos de analizar resulta esencial a la hora de enjuiciar la conducta del médico, debiendo efectuarse tal valoración en las mismas condiciones en que se encontraba el facultativo en cuestión, con los mismos datos, posibilidades y medios de que disponía en ese momento, esto es, mediante una valoración ex ante, sin infringir, por tanto, la prohibición de regreso."*<sup>32</sup>.

**8.-** Para lo que a este asunto atañe, debe decirse que desde el enfoque de la responsabilidad médica el dictamen pericial es un medio probatorio que reviste vital importancia, a causa de que en reciente sentencia se dejó sentado que la historia clínica en sí misma, carece de aptitud para revelar las faltas imputadas a los convocados al juicio. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad médica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son especializados, se requieren esencialmente pruebas de igual modalidad, demostrativas de una mala praxis<sup>33</sup>.

Como el juez es ajeno al conocimiento de la disciplina médica, la Corte, tiene sentado que «(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)»<sup>34</sup>.

Sin embargo, se ha precisado por la misma Corte que "... tanto las afirmaciones de los testigos técnicos, como las conclusiones contenidas en una experticia, resultan valiosas para el proceso en tanto vengan precedidas de explicaciones suficientes, que brinden al juez herramientas para su valoración racional. Conforme con ello, al valorar una prueba de este tipo, el fallador debe contar con elementos de juicio que le permitan determinar, a partir de bases objetivas, el grado de credibilidad que ameritan las afirmaciones del testigo técnico o el perito, diferenciando así sus apreciaciones técnicas de las simples opiniones subjetivas, carentes de bases fundadas"<sup>35</sup>.

<sup>32</sup> J. C. GALÁN CORTES: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA, página 265

<sup>33</sup> (CSJ-SCC Sentencia SC917-2020 de fecha 14-09-2020, Expediente 76001310301020120050901, MP LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA).

<sup>34</sup> CSJ. Civil. Sentencia 183 de 26 de septiembre de 2002, expediente 6878.

<sup>35</sup> CSJ-SCC SC4425-2021 Radicación 080013103010-2017-00267-01

**8.1.-** Recuérdese también que al perito le corresponde explicar los datos analíticos y técnicos por medio de conclusiones, mientras que al juez le atañe ponderarlos con el acervo probatorio adicional. Esto es, el perito no juzga las consecuencias del hecho sobre el cual emite su opinión, porque no es su obligación resolver la controversia fáctica ni jurídica, ya que tal labor le está reservada al juez<sup>36</sup>.

Corolario de lo anterior, se ha indicado por la Corte Suprema que, sin desconocer la función judicial de la prueba pericial dentro de un proceso, en cualquier momento el juez puede apartarse de las conclusiones de este. Es que el juez no homologa el dictamen pericial, sino que lo analiza, lo examina, lo valora con sujeción a las reglas de este medio probatorio y al resto de elementos de convicción de que se dispone en el proceso. De ahí que el legislador haya dispuesto en el artículo 232 del CGP la regla o pauta de valoración consistente en que el dictamen debe apreciarse conforme a las reglas de la sana crítica, teniendo en cuenta la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos, la idoneidad del perito y su comportamiento en la audiencia, así como por su convergencia con las demás pruebas.

En consecuencia, las deducciones por parte de un experto son susceptibles de crítica e incluso de desestimación del funcionario judicial. En la medida que para los Altos Tribunales el objeto de valoración por parte del juez en una prueba pericial no es la conclusión del perito sino el procedimiento en el que sustenta sus afirmaciones<sup>37</sup>.

**9.-** Tras estas precisiones en torno al error de diagnóstico y a la prueba pericial, así como al amparo de la valoración de los elementos de convicción, bien puede afirmarse lo siguiente: cierto es que la experticia realizada no es suficiente para definir la responsabilidad atribuida a la entidad demandada. Es que, al auscultar su contenido y deducciones, para someterlas al tamiz de la sana crítica, como lo manda el artículo 232 del Código General del Proceso, se llega a la conclusión de que la opinión de su autor no es sólida, exhaustiva y precisa, amén que sus fundamentos no son convincentes.

En efecto, existen dos falencias, errores o desperfectos de técnica, consistentes en esto: (i) lo que en el dictamen se dice no acompaña con el contenido de la historia clínica, ni con las recomendaciones establecidas para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos, que ha de ser un documento elaborado en equipo por la Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, Asociación Colombiana de Infectología, Asociación

<sup>36</sup> FONT SERRA, Eduardo. (2000), El dictamen de peritos y el reconocimiento judicial en el proceso civil, Madrid. Citado por Chaves, Manuel Matos de Araujo (2012). Op. Cit. pág. 100.

<sup>37</sup> (CSJ-SCC Sentencia fecha 29-04-2005 M.P. Carlos Ignacio Jaramillo; CSJ, S. Penal, Sentencia 39559, 06-03-2013, M. P. Julio Enrique Socha Salamanca y Corte Constitucional Sentencia C-124-2011 M.P. Nelson Pinilla Pinilla).

Colombiana de Medicina Interna y Comité Nacional Conjunto de NAC<sup>38</sup>; Y (ii) se obvió allí por entero hacer referencia, análisis o estudio de los antecedentes del paciente y de los síntomas que ya tenían 3 días de evolución y lo llevaron a requerir el servicio de urgencias.

**9.1.-** Lo del desajuste o desacuerdo entre historia y dictamen se hace asaz evidente desde el momento mismo en que el perito se dio a la tarea de responder la primera pregunta en su trabajo. Allí se lo indagó acerca del diagnóstico del paciente y la enfermedad que condujo a su deceso, frente a lo cual contestó: *"De acuerdo a la historia clínica revisada el cuadro clínico apuntaba a una neumonía adquirida en la comunidad."*

O sea que de entrada ya el experto daba pistas o anunciaba lo endeble que sería su análisis, pues no concretó, afirmó o señaló con exactitud cuál era el padecimiento de don Iván. Simplemente dijo que se sospechaba de una neumonía adquirida en la comunidad, sin atreverse a confirmarlo. Y para ello, a decir verdad, no se necesitaba un dictamen pericial, pues en la propia historia clínica se asocia el origen del shock séptico que condujo al fallecimiento a *"TBC Vs Neumonía Grave hemorrágica"*.

Nótese, en consecuencia, que el primer gran problema con que se tropieza este caso y por ende la tarea de descubrir qué causó la muerte del señor Sánchez, es que no se sabe con exactitud cuál era la patología que lo afectaba. La neumonía pudo ser una de ellas, pero también pudo serlo la tuberculosis, e incluso la diabetes mellitus que ya venía sufriendo. No lo determinaron los tratantes, y tampoco lo hizo el experto contratado por los demandantes.

Sin embargo, y aunque en esa respuesta no fue contundente, el perito afirmó luego que *"El diagnóstico de la enfermedad más probable fue neumonía adquirida en la comunidad, con una sepsis grave secundaria, el cual se presentó 3 días antes de la consulta..."* Y sin caer en cuenta de que él mismo no estaba entregando unos datos, información u opinión concluyentes - sino probables-, se atrevió a criticar a sus colegas encargados de la atención inicial de urgencias, diciendo que no habían acertado en el diagnóstico, diciendo que *"A su ingreso, considero que el diagnóstico fue inoportuno, dado que entre al diagnóstico, su confirmación radiológica y el tratamiento pasaron más de 4 horas."*

Lo que resulta incomprensible es que se haga un reproche por error de diagnóstico, cuando quien lo lanza no está del todo convencido que efectivamente fuese una neumonía lo que aquejaba al enfermo.

**9.2.-** Ahora bien, dándole una mirada a la antes nombrada Guía de tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la

---

<sup>38</sup> Revista Colombiana de Neumología - Página web

comunidad en adultos, se tiene que tal enfermedad es definida allí como *"...la infección aguda del parénquima pulmonar que se desarrolla fuera del ambiente hospitalario, o se manifiesta en las primeras 48 horas del ingreso al hospital o después de siete días de haber egresado de un centro hospitalario"*.

Con referencia a la mortalidad en Colombia se indica que esta causa ocupa el sexto lugar, a pesar de la gran variedad y el desarrollo de nuevos antibióticos, de los avances en el cuidado general del enfermo y el soporte respiratorio y cardiovascular. Otro factor importante que destaca es el relacionado con la mortalidad es el germen causante de la NAC, señalando que solo se logra identificar en 40% a 60% de los casos, aun en las mejores condiciones de recolección de muestras y óptima utilización de pruebas diagnósticas.

Sobre el diagnóstico clínico de la enfermedad, indica esta guía literalmente lo siguiente:

### **3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

El diagnóstico de NAC debe sospecharse en cualquier paciente con síntomas respiratorios recientes (tos, expectoración y/o disnea), especialmente si están acompañados de fiebre y hallazgos auscultatorios de ruidos respiratorios anormales y estertores (2, 37). En los pacientes de edad avanzada o con inadecuada respuesta inmune, la neumonía puede presentarse con síntomas no respiratorios, tales como confusión o empeoramiento de la enfermedad crónica subyacente (37). En estos pacientes puede haber ausencia de fiebre, pero usualmente hay taquipnea y hallazgos anormales al examen físico del tórax (37). Distinguir la NAC de otras causas de síntomas y signos respiratorios puede ser difícil, especialmente en presencia de falla cardíaca izquierda o EPOC (29).

La historia clínica debe incluir un interrogatorio sobre el sitio de residencia, viajes recientes, estilo de vida (alcohol, drogas ilícitas, tabaquismo, etc.), contactos con sintomáticos respiratorios, así como enfermedades de base, medicamentos, y alergias (53).

Así mismo establece como parámetro que:

El primer paso en la evaluación de la NAC es establecer su severidad para definir si el tratamiento debe ser ambulatorio u hospitalario. El segundo paso es determinar la existencia de factores de riesgo para gérmenes específicos. Con base en ello se define el esquema terapéutico de primera intención.

Para clasificar la severidad de la enfermedad se deben tener en cuenta una serie de elementos clínicos, radiográficos y paraclínicos, que permitirá establecer los siguientes grupos:

- De tratamiento ambulatorio (Tabla 2.6.)
- De tratamiento hospitalario en salas generales (Tabla 2.7.)
- De tratamiento hospitalario en cuidados intensivos (Tabla 2.8.)

En ciertos casos, otros factores como las condiciones familiares y sociales, el estado emocional y mental y el riesgo alto de resistencia o complicaciones pueden determinar el lugar donde debe manejarse un paciente, independientemente de su severidad clínica. Las Tablas 2.6, 2.7 y 2.8 presentan estos criterios:

Sugiere la guía también realizar estudios paraclínicos dirigidos a la búsqueda del germen causal. Advirtiéndole que su práctica no debe retardar el inicio del tratamiento, al haberse comprobado que la demora en el suministro de la primera dosis de antibiótico aumenta la mortalidad por neumonía a 30 días. Sobre este tópico explica que los cuadros clínicos y radiológicos y el laboratorio de rutina pueden ofrecer algunas claves para la causa microbiana de la infección, pero se requiere de una comprobación bacteriológica para un diagnóstico etiológico específico. Por eso también contempla como utilidad realizar los estudios microbiológicos para establecer el diagnóstico etiológico. Los que clasifica en cuatro grupos, según se observa en la siguiente imagen:

TABLA 3.4		
Métodos diagnósticos		
Grupo	Examen	Recomendación
Grupo Ia	Rx. Tórax	C
Grupo Ib	Cuadro hemático	B
	Rx. Tórax	B
	Gases arteriales: de acuerdo con el criterio médico	C
Grupo II y III	Cuadro hemático	A
	Rx de Tórax	A
	Nitrógeno uréico (BUN), creatina	B
	Electrolitos (sodio, potasio, cloro)	B
	Química sanguínea (AST, ALT, glicemia)	B
	Gram de esputo	A
	Cultivo de esputo	B
	Hemocultivos # 2	C
	Gases arteriales	B

Sobre el tratamiento específico para el germen causante de la infección, se puntualiza literalmente:

#### 4.1 PRINCIPIOS GENERALES

Todo paciente con NAC debe recibir terapia antimicrobiana, pues hay evidencia científica de una mejor evolución clínica, menor frecuencia de complicaciones y menor mortalidad. El tratamiento antibiótico debe comenzarse, en condiciones ideales, dentro de las primeras ocho horas del primer contacto con el paciente (75,76).

**Todos los pacientes con alta sospecha de neumonía o con neumonía comprobada deben recibir terapia antimicrobiana de manera inmediata (Recomendación C).**

**En todo paciente con neumonía la terapia de primera intención debe incluir un antimicrobiano con actividad demostrada contra el neumococo y considerar la posibilidad de resistencia del neumococo en pacientes y sitios geográficos seleccionados (Recomendación C).**

**9.3.-** De la mano con estas explicaciones se van entendiendo cuáles han de ser las señales, síntomas o indicios que sugieren la neumonía como enfermedad de una persona. Pero resulta ser que, según los datos de la historia clínica, el familiar de los demandantes ingresó a la Clínica La Salle "con signos vitales estables, hemodinámicamente compensado, sin signos de dificultad respiratoria y cianosis y estado mental normal". Su motivo de consulta fue "Fiebre y Malestar General", sin referir dificultades respiratorias. Y como tenía antecedentes de diabetes, el galeno que lo recibió optó por dejarlo en observación para manejo hospitalario mientras se le hacía seguimiento a su evolución.

Volviendo a lo reproche por el diagnóstico, erigido en causa principal de los reclamos, se aprecia que no se observa un error garrafal, grosero o protuberante en el accionar del profesional que recibió al paciente. Es que los síntomas que este último refirió no sugerían de entrada un posible problema pulmonar o respiratorio, dado que en su explicación no hizo referencia a ellos. Sumado a que como tenía antecedentes de diabetes, lo que se hizo fue medirle inmediatamente la glucosa con los siguientes resultados:

PACIENTE A SU INGRESO CONCIENTE ORIENTADO EN REGULAR ESTADO GENERAL, FEBRIL, TOLERANDO O2 AMBIENTE. PACIENTE QUIEN SE TOMA MUESTRA DE GLUCOMETRIA A SU INGRESO CON 57MG/DL, SE DA DOSIS DE JUGO AZUCARADO, PACIENTE QUIEN POSTERIORMENTE SE TOMA NUEVA GLUCOMETRIA 40 MIN DESPUES CON 418MG/DL, SE ORDENA BOLO DE 500 CC DE LIQUIDO SSN 0.9% E INSULINA REGULAR 6 UI IV, CON LO CUAL SE OBTIENE DESCENSO DE GLUCOSA A 320 A LA HORA Y 260 A LAS 2 HORAS.

Es decir, que sí tenía alterados los niveles de azúcar en la sangre y ello lo que razonablemente sugería a modo de primera impresión, es que sus afectaciones se debían a esa enfermedad de base.

**9.4.-** Ahora bien, repárese en que el perito lanzó la acusación del indebido diagnóstico, pero de modo meramente enunciativo e hipotético. No cumplió, como era su deber y de él se esperaba, con apoyarse y poner en evidencia algún argumento técnico que lo respaldara. Es decir, jamás explicó por qué él, puesto en las circunstancias del médico que atendió la emergencia, sí habría sido capaz de descubrir de entrada que lo que tenía el paciente era neumonía. Se ahorró precisar y poner de manifiesto cuál o cuáles de los síntomas percatados eran los indicativos de tal afección respiratoria.

Y ello sí que resultaba de crucial importancia en el caso concreto, pues ya se vio que, según las anotaciones de la historia clínica, don Iván no refirió algún antecedente o problema que hiciera sospechar al menos lo de la neumonía. Es que como lo recordó recién la Corte:

*"... tanto las afirmaciones de los testigos técnicos, como las conclusiones contenidas en una experticia, resultan valiosas para el proceso en tanto vengan precedidas de explicaciones suficientes, que brinden al juez herramientas para su valoración racional. Conforme con ello, al valorar una prueba de este*

*tipo, el fallador debe contar con elementos de juicio que le permitan determinar, a partir de bases objetivas, el grado de credibilidad que ameritan las afirmaciones del testigo técnico o el perito, diferenciando así sus apreciaciones técnicas de las simples opiniones subjetivas, carentes de bases fundadas*<sup>39</sup>.

Por el contrario, debe otorgársele credibilidad a la historia clínica, por cuanto conforme a la descripción de la enfermedad que hace el médico general que recibió al paciente a su ingreso por urgencias, la auscultación, y el examen físico general que realizó, no se avizoran esos hallazgos indicadores auténticos de una neumonía. Es que fuera de la fiebre con escalofrío, se relata que es un paciente con tórax normal (no agregados pulmonares - no signos bronco obstructivos), signos vitales estables, sin reseña de dificultad respiratoria, sin dolor pleurítico o tos con expectoración purulenta. Criterios que en la guía son los que se distinguen como relevantes para sospechar la probabilidad de la NAC. Lo que demuestra que el actuar del médico en esa atención primaria no fue descuidada o negligente o de falta de pericia por desatención de la guía establecida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos.

No está de más comentar que el error por acción u omisión imputado al galeno en el diagnóstico, debe tener la connotación de ser grave e inexcusable, por no haber recurrido a procedimientos de control y de investigación exigidos por la ciencia, atendiendo el estado o dolencia del enfermo. Incluso, el simple error de diagnóstico *per se* no es suficiente para forjar responsabilidad si no existe culpa o negligencia de galeno y/o institución de salud.

**9.5.-** Otro aspecto que deprecia el valor suasorio del dictamen concierne con la inclusión de varios detalles que nada tienen que ver con los luctuosos hechos de aquel 26 de Abril de 2016. En efecto, inexplicablemente la experticia arranca valorando una anotación del 24 de Septiembre de 2012, cuando el finado consultó por urgencias debido a *"...un golpe en la nariz. Cuadro de 3 días de trauma en fosa nasal secundario a caída de su propia altura, acompañado de dolor y edema, sangrado escaso."* Más adelante se analizan varias notas sin guardar sentido cronológico de su ocurrencia, pues de lo actuado a las 7:56 -esto sí del 26 de Abril de 2016- se pasa a lo que corresponde a las 15:46; se continúa con la correspondiente a las 18:32; se hace un regreso a las 10:40; culminando con la de las 12:55.

Y de ahí en más no se volvió a referir a la historia, cual si esa hubiera sido la última atención brindada al paciente. Pasó por alto lo del traslado a la unidad de cuidados intensivos y lo de las labores de reanimación.

---

<sup>39</sup> CSJ-CSC- Sentencia SC4425-2021 Fecha 05-10-2021. Radicado 08001310301020170026701 MP Luis Alfonso Rico Puerta-

No se nota orden y metodología en el análisis, y ello necesariamente incide en la credibilidad de tal probanza.

**9.6.-** Punto harto débil, endeble y frágil del dictamen ha de ser también la omisión a toda referencia sobre los antecedentes inmediatos que motivaron la presencia del compañero, padre y abuelo de los actores en la IPS respectiva. En el dictamen no hay la más mínima alusión a un detalle que técnicamente resulta imposible pasar por alto: cuando el finado llegó al servicio de urgencias presentaba un *"...CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS ASOCIADOS A TOS OCASIONAL ALGUNAS DEPOSICIONES DIARREICAS, MALESTAR GENERAL, ESCALOFRIOS, HIPOREXIA, ASTENIA ADINAMIA, REFIERE A SU VEZ QUE HACE 24 HORAS TUVO EXPECTORACION HEMOPTOICA "CON ALGUNAS PINTAS DE SANGRE" SEGUN REFIRE."*

Para el experto, al parecer, esos antecedentes inmediatos fueron irrelevantes, pues no se ocupó siquiera de consignarlos en su informe. Cosa que debió hacer al menos para descartar que esos síntomas fueran indicadores o no de alguna patología grave. O para decir que no tuvieron incidencia en el resultado lamentado.

Únicamente habló de la diabetes padecida por el señor Sánchez, pero solo para decir esto: *"La diabetes es un factor de riesgo para gérmenes como el stafilococo aureus, sin embargo, en este caso no se realizó unos anticuerpos cetónicos para confirmar o descartar la presencia de cetoacidosis diabética, ya que este paciente tenía una acidosis metabólica con anion gap elevado, por lo que no se podría afirmar si la diabetes influyó en mayor o menor medida a la complicación y defunción. La neumonía no se deriva de la diabetes, pero la diabetes si puede empeorar su curso clínico."*

A juicio de los suscritos servidores, haber llevado a cabo la experticia tan solo contemplando la situación presentada una vez se hizo el ingreso a la clínica, implica un análisis selectivo, sesgado y fragmentado. Es que una valoración integral y seria no podía soslayar que el paciente no llegó en condiciones óptimas y normales, sino que venía arrastrando desde hacía 3 días un cuadro de afectación en su salud. El dictamen olvida esa parte de los acontecimientos, hace ver que no existió y no repara para nada en la importancia que ella pudo haber tenido.

Ese sesgo o estudio parcial de los hechos conspira contra la credibilidad de esta probanza, pues refleja que no se hizo un estudio completo y amplio de todos los detalles de interés al caso.

**9.7.-** En otras de sus respuestas enunció el perito que *"El tratamiento no fue el correcto, ya que no se hizo seguimiento adecuado de la guía de manejo del paciente con neumonía de la*

*comunidad grave o severa, ni los protocolos para sepsis severa". Que "No se realizaron algunos de los procedimientos médicos adecuados para el tratamiento de la infección pulmonar, sin embargo, de acuerdo a las guías de atención en neumonía de la comunidad severa, se debió iniciar manejo antibiótico para cubrir gérmenes gram positivos, tipo stafilococo aureus meticilino resistente, dado los factores de riesgo como la diabetes y la rápida evolución del cuadro clínico. Además, por la presencia de neumonía severa, debía ir a cuidados intensivos desde su inicio"*

Sobre esta premisa cabe insistir en que a partir de lo que muestra la historia clínica, quedó visto que a su ingreso el paciente no presentaba signos relevantes de la existencia de una neumonía. A pesar de ello, con la lectura de las piezas clínicas resumidas se visualiza que cuando el mismo galeno que lo atendió originariamente le hace una segunda valoración es que advierte ese hallazgo clínico de crépitos respiratorios -sin dificultad respiratoria- y que los resultados de los exámenes de laboratorio estaban alterados. Siendo del caso anotar que a partir de allí le fueron brindados todos los exámenes, procedimientos y tratamientos requeridos para revertir esas dos patologías que apuntó en la historia como impresión diagnóstica por cumplir los criterios de padecer las mismas.

Consecuente con lo anterior, el profesional de la medicina procedió a ordenar su traslado inmediato a una sala de reanimación para ser monitorizado continuamente, tomar urgentemente RX de tórax portátil, realizar exámenes complementarios de laboratorio de tiempos de coagulación y de INR, prueba de inflamación hepática, tratamiento con Cefepime, omeprazol y ondansetrón. Y proveer oxígeno por cánula nasal - 3 litros por minuto- y valoración por medicina interna.

Adicionalmente consta que el médico general tratante escribió que ese mismo 26 de Abril de 2016 a las 12:15 el paciente fue atendido por medicina interna e infectología, que en idéntica línea sugirió como diagnósticos "*TEP MASIVO VS NAC GRAVE*". Para determinar el diagnóstico definitivo y definir el tratamiento exacto a seguir, ordenó realizar estudios microbiológicos, como fueron gases arteriales, gran cultivo de esputo, hemocultivos, dinero D, nueva RX de Tórax portátil-urgente-. Dispensar oxígeno por Venturi (50% 10LT x MINUTO) y colocación de sonda a bolsa de drenaje urinario.

Como puede verse los ordenamientos médicos dispuestos para el paciente se ajustan a los protocolos que recoge la tantas veces mencionada guía que rige la patología de la NAC. Y contrario a lo determinado en el dictamen, es claro y certero que entre las conductas del médico estuvo iniciar tratamiento empírico de antibiótico intravenoso con Cefepima<sup>40</sup> -2 GR IV

---

<sup>40</sup> La inyección de cefepima se utiliza **para** tratar ciertas infecciones ocasionadas por bacterias, incluso la neumonía, e infecciones de la piel, tracto urinario, y renales

C/12 horas-, al enjuiciar impresión diagnóstica<sup>41</sup> de sepsis origen pulmonar y tromboembolismo pulmonar masivo. Reposando en la historia clínica nota de la jefe de enfermería que comprueba haberse proporcionado la primera dosis de terapia antimicrobiana dentro del margen de tiempo ideal que la guía contempla para iniciar el tratamiento. Téngase muy en cuenta que, como se dejó visto en antecedencia, el tratamiento para contrarrestar el germen que origina la neumonía deberá comenzarse dentro de las primeras ocho horas del primer contacto con el paciente y/o de manera inmediata en los pacientes con alta sospecha de neumonía o con neumonía comprobada. Por lo que no se encuentra asidero a la conclusión a la que arribó el perito.

Por ese mismo sendero, es necesario decir que este último pasó por alto que en la guía hay unas tablas con unos indicadores que revelan cuando el paciente debe ser tratado de forma ambulatoria, hospitalaria o en cuidados intensivos. En este caso particular de los registros inscritos en la historia no ilustran que, a la hora de su ingreso, así como cuando empezó a presentar crépitos respiratorios -sin dificultad respiratoria- su salud era de la gravedad que sugería considerar que cumplía esos criterios predichos en la guía para ser ingresado a la unidad de cuidados intensivos.

Inclusive cuando el Dr. García Villa hizo la última valoración a las 12:55 en la sala de reanimación, conceptúo lo siguiente:

12:55 PACIENTE SE REvisa RX DE TORAX PORTATIL EN LA CUAL SE OBSERVAN MULTIPLES INFILTRADOS NODULARES BILATERALES EN DISPOSICION DE ALAS DE MARIPOSA NO DERRAME PLEURAL, PACIENTE SE DEJA EN SALA DE REANIMACION ((VER ORDENES MEDICAS)) MONITORIZADO, CON DISPOSITIVO VENTURY, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADO, TOLERANDO VIA ORAL EN REGULARES CONDICIONES GENERALES. SE COMENTA MEDICO RECTOR DE TURNO DR. MILTON TORRES QUIEN RECIBE PACIENTE EN SALA DE REANIMACION. SE COMENTA A FAMILIAR DEL PACIENTE (ESPOSA) EL ESTADO ACTUAL DE ESTE Y LA SEVERIDAD DE SU CUADRO CLINICO EN LENGUAJE CLARO Y AMABLE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Según la memoria de atenciones, el paciente entró en estado de descompensación hemodinámica luego de que presentará un cuadro súbito hemorrágico (vómito de sangre). Siendo atendido a la 1:00 p.m., por el Dr. César Alfonso Alquichire Jerez, quien al percatarse del estado de shock en que se encontraba el paciente y signos de falla respiratoria, hacia la 1:15 p.m. activó el código mega, inició maniobras de reanimación hemodinámica (con líquidos intravenosos), secuencia de intubación rápida y masaje cardíaco continuo. Ya a la 1:30 p.m. presentó signos francos de paro cardiorrespiratorio irreversible, suspendiendo la reanimación después de veinte minutos de maniobras infructuosas. Declarando posteriormente su fallecimiento.

**9.8.-** Y como si todo lo anterior no fuera suficiente, aún puede hacerse una crítica adicional al trabajo del internista

<sup>41</sup> Elemento de la Historia Clínica, que no tiene por objetivo determinar el diagnóstico concreto y definitivo, sino que es un medio para encauzar las pruebas diagnósticas posteriores, a realizar ya por el correspondiente especialista, con el objetivo de llegar a un diagnóstico definitivo, que puede confirmar o ser distinto.

encargado de la experticia, y es esta: al consultar nuevamente la antes socorrida Guía de tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad, se dice que la duración del tratamiento para controlar dicha enfermedad es de mínimo 7 días. Las palabras que allí se emplean son estas:

#### **4.4.2 Duración del antimicrobiano**

Lo mismo en las ocasiones en que el tratamiento se considera y se mantiene de primera intención, como cuando hay detección confiable de la etiología de la NAC, hay insuficiente información para decidir con base en evidencia precisa la duración del tratamiento antimicrobiano. Como regla general se debe decidir con base en la evolución clínica y la respuesta al tratamiento. Los pacientes con evolución sin complicaciones y probabilidad clínica alta de gérmenes usuales y sin resistencia, deben recibir entre siete y 10 días de tratamiento.

Y en un estudio denominado "Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)", se ratifica y complementa ese concepto, de este modo:

*"Cuando está indicado, la duración mínima del ATM empírico parenteral debe ser de 2 a 4 días, tiempo requerido para alcanzar la estabilización de la NAC en la mayoría de los casos<sup>112-114</sup>. Los criterios de terapia secuencial son: capacidad para la ingesta oral, ausencia de fiebre (< 37,8 °C), mejoría o resolución de los síntomas y signos de neumonía, estabilidad hemodinámica, y ausencia de confusión mental o de comorbilidades inestables, metástasis sépticas u otras infecciones activas<sup>112,113,115</sup> (nivel II). El alta hospitalaria se podría dar a las 24 h de alcanzar la estabilidad clínica. La duración del tratamiento antibiótico es difícil de establecer. Habitualmente, las NAC se tratan durante 10 a 14 días, aunque se está intentando aplicar unas pautas más cortas (5 a 7 días) con los nuevos antibióticos, de vida media más larga, para intentar conseguir unos resultados clínicos y bacteriológicos similares con menor consumo de fármacos, favoreciendo una mejor cumplimentación y posibilitando la disminución de resistencias<sup>116,117</sup> (nivel III). Ante la falta de más estudios que aconsejen un tratamiento más corto, los pacientes deberán recibir ATB de 7 a 10 días en las NAC que no requieren ingreso y de 10 a 14 días en las NAC que sí que lo necesitan..."*

O sea que, si en gracia de discusión se aceptase que ciertamente el padecimiento que condujo a la muerte a don Iván fue la neumonía adquirida en la comunidad, nótese que debido a su deteriorado estado no alcanzó a sobrevivir siquiera el periodo mínimo de tratamiento de tal enfermedad. No se olvide que su ingreso a la clínica fue a las 7:56 y su

deceso se produjo a las 14:30, lo que representa un lapso de menos de 7 horas entre uno y otro hecho.

Y según los documentos científicos que vienen de citarse, el período de tratamiento menos prolongado para la neumonía, es mínimo de 5 días. Lo que de ello se infiere razonablemente es que la gravedad del paciente habría impedido en todo caso lograr su satisfactoria recuperación.

**10.-** Enmarcada así la situación, para esta Colegiatura sin dubitación alguna bien puede anunciarse que de la historia clínica se deriva que la diligencia y la prudencia del equipo médico que atendió al señor Iván Antonio Sánchez Ibáñez, fue cumplida en todo momento de acuerdo con su sintomatología y compatible con la *lex artis*.

Y de la mano con las pruebas examinadas y a la luz de los estándares de la medicina, en el caso bajo escrutinio no se encuentra configurado ese yerro que los demandantes atribuyen al acto médico, que se hace consistir en el hecho de no haberse diagnosticado oportunamente y manejado debidamente la neumonía adquirida en la comunidad que aquejaba a la víctima de acuerdo al protocolo médico previsible en la guía que gobierna la patología.

Cabe recordar que conforme lo ha sostenido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia que:

*"el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico - patológicas"* (cas. civ. sentencia de 13 de septiembre de 2002, exp. 6199),

Conviene además anotar que desde la sentencia dictada el 5 de Marzo de 1940, que ha sido la piedra angular del tema, se efectuó la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado atribuida a René Demogue, diciendo textualmente:

*"La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente de la no curación de éste."*

Por ello, debe tenerse muy presente que conforme lo tiene dispuesto la jurisprudencia patria<sup>42</sup>, cuando se asume una obligación de medio:

*"... el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros". Concluyendo que "en las obligaciones de medio el médico cumplirá su deber desplegando la actividad impuesta por la lex artis, independientemente del fin perseguido; y si son de resultado, por así haberse pactado expresamente, habrá cumplimiento cuando el acreedor obtiene las expectativas creadas. En las primeras, por tanto, el objeto de la obligación es una conducta idónea, al margen del éxito esperado, como sí acaece en las últimas". (Subraya la Sala).*

11.- Por último, el cuestionamiento sobre la reclamación de la responsabilidad civil en el entendido de la pérdida de la oportunidad de sobrevivir del paciente, de cara a lo probado tampoco puede salir airosa.

Resulta pertinente indicar, tal como se dejó visto en anteladas premisas jurídicas, que esta teoría ha permitido que en materia de responsabilidad médica se pueda dictar sentencia condenatoria, a partir de que el daño acaece solo frente a aquellas opciones revestidas de entidad suficiente que, consideradas en sí mismas, permitan colegir, por una parte, que son reales, verídicas, serias y actuales, y, por otra, idóneas para conseguir en verdad la utilidad esperada o para impedir la configuración de un detrimento para su titular, esto es, lo suficientemente fundadas como para que de su supresión pueda otearse la lesión que indefectiblemente ha de sufrir el afectado.

Entre los requisitos que debe mediar para la aplicación de la teoría de la pérdida de oportunidad, es la certeza de la existencia de una oportunidad que se pierde, esto es, que de no haber ocurrido el evento dañoso endilgado a la demandada (demora en el diagnóstico y no aplicación correcta de los protocolos adecuados para el manejo de la NAC), a la víctima no se le hubiere privado de una expectativa de sobrevida. Por lo que se torna necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica.

---

<sup>42</sup> CS-SCS sentencia SC7110 del 24 de mayo de 2017, M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona,

Y lo discurrido anteriormente no permite llegar a esa conclusión, al no obrar en el dossier prueba que permita afirmar que la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica. Y con ello queda el hecho genitor invocado como causa de la pérdida de oportunidad, en el campo de lo meramente especulativo e hipotético. No siendo suficientes las simples conjeturas, sino que era preciso la existencia de una prueba terminante relativa al nexo entre la conducta del agente y la producción del daño, de tal forma que se haga patente la culpabilidad que obliga a reparar la pérdida de la oportunidad de sobrevivir.

En fin, era fundamental y necesario demostrar que el paciente a su ingreso a urgencias de la clínica presentaba los síntomas para sospechar la existencia de un posible proceso de neumonía y que el galeno que lo atendió no apreció la gravedad de estos en el cuadro clínico apreciado. Situación que no ha tenido verificación en el caso estudiado, debido a que la sintomatología mostrada no encaja dentro de esta patología. Tampoco se demostró que la invocada tardanza del diagnóstico y del tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte, hayan ocasionado una muerte temprana del señor Iván Antonio, que es el sustrato factual de la pretensión de la responsabilidad subsidiaria reclamada en el libelo por pérdida de oportunidad de sobrevivir.

De lo discurrido, emerge que no es posible atribuirle a Cafesalud EPS la responsabilidad alegada a través de este proceso, resultando acertado el desenlace que la juzgadora de instancia dio a la pretensión subsidiaria.

### **CONCLUSIÓN**

De los planteamientos precedentes resulta que no tienen asidero los argumentos esgrimidos por los apelantes para derrumbar la sentencia, por lo que la Sala conforme a las consideraciones hechas procederá a confirmarla en su integridad. Y esta solución implica condenar en costas de esta instancia a los opugnantes (Art.365-3, CGP).

### **DECISIÓN**

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

### **RESUELVE**

**PRIMERO: CONFIRMAR** en su integridad la sentencia que la Juez Cuarta Civil del Circuito de Cúcuta profirió en audiencia llevada a cabo el 27 de Enero de 2021, en el marco del proceso declarativo de responsabilidad médica promovido por Correal Quevedo, Ivonne Rocío, Emeli Zulay, Andrea Katherine, Edwin Ricardo y Jhon Carlos Sánchez Correal, Steven y Yulia Salomé Mora Sánchez, Andrés Felipe Sánchez Angarita, Juan Sebastián Sánchez Guarín y Sarah Isabela Sánchez Castellano en contra de Cafésalud EPS, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

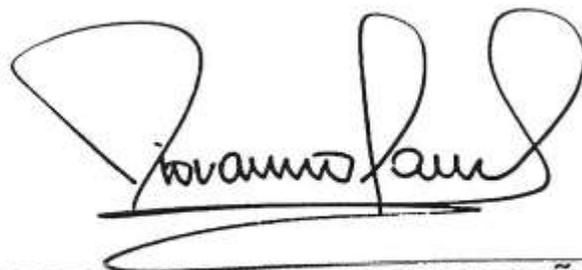
**SEGUNDO: CONDENAR** en costas en esta instancia a la parte demandante. Las agencias en derecho causadas aquí se fijarán posteriormente por el magistrado sustanciador como lo dispone el numeral 3 del artículo 366 del Código General del Proceso y serán liquidadas en el Juzgado de primera instancia.

**TERCERO: REMITIR** el expediente digitalizado al Juzgado de origen, en firme esta sentencia.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**ROBERTO CARLOS OROZCO NUÑEZ**  
Magistrado



**ÁNGELA GIOVANNA CARREÑO NAVAS**  
Magistrada



**MANUEL ANTONIO FLECHAS RODRÍGUEZ**  
Magistrado

(El presente documento se suscribe de conformidad con lo previsto en el artículo 11 del Decreto Legislativo 491 de 28 de marzo de 2020, por cuya virtud se autoriza la “*firma autógrafa mecánica, digitalizada o escaneada*”, en virtud de la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional).



**DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA  
TRIBUNAL SUPERIOR  
SALA CIVIL – FAMILIA  
(Área Familia)**

**ÁNGELA GIOVANNA CARREÑO NAVAS  
Magistrada Sustanciadora**

Sucesión Intestada. **Declara Inadmisible**  
C.I.T. 54498-3184-001-2021-00156-01  
C.I.T. **2022-0077**

San José de Cúcuta, veintidós (22) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Revisado el proceso remitido por el Juzgado Primero Promiscuo de Familia de Ocaña a objeto de verificar, en primer término, la procedencia del **Recurso de Apelación** subsidiariamente interpuesto por la señora apoderada de la interesada Yaneth Guerrero Durán, demandante dentro del Proceso de Sucesión Intestada del causante José Antonio Guerrero Palacio, en contra del **auto del dieciocho (18) de enero de dos mil veintidós (2022)**, arribado a este despacho el día 8 del mes y anualidad que avanza, aflora evidente la inviabilidad de la alzada concedida, como pasa a explicarse.

La reseñada demandante, por conducto de apoderada judicial debidamente constituida, promovió la apertura del proceso de sucesión del causante José Antonio Guerrero Palacio. En tal virtud, el Juzgado 1° Promiscuo de Familia de Ocaña, tras considerar satisfechos los requisitos legales prescritos para dicho asunto, con auto del 8 de septiembre de 2021<sup>1</sup>, entre otros, declara abierto el trámite liquidatorio, y requiere a *“Daniela Guerrero Sandoval, José Guerrero Sandoval y Claudia Milena Guerrero Sandoval, para que (...) manifiesten si aceptan o repudian la herencia”*, así como a la señora *“Nelly Sandoval en su calidad de cónyuge sobreviviente, para que (...) manifiesten (sic) [si] opta por gananciales o por porción conyugal”*.

---

1 Expediente digital, cuaderno primera instancia, actuación No. [“005 AUTO ADMISION.pdf”](#)

Uteriormente, la promotora del asunto, advirtiendo que se encontraban *“notificados los demandados (sic)”*, procedió a *“aclarar y reformar la demanda”* con el objeto de adicionar *“nuevos hechos y pruebas”*<sup>2</sup>.

El juzgado cognoscente mediante auto adiado 18 de enero de 2022, advierte que el anterior escrito se ha *“encontrado como reforma de la demanda”*, pero que en realidad *“lo que se pretende es la corrección de los apellidos de la señora Yaneth Guerrero Durán”*, estimando tal petición *“procedente según el artículo 93 del C.G. del P.”*, y, consecuentemente, dispuso *“corregir”*.

Inconforme con la decisión, la mandataria judicial del accionante interpuso recurso de reposición y en subsidio el de apelación<sup>3</sup>, poniendo de presente que, en esencia, *“con total nitidez”* presentó *“escrito de (...) reforma de la demanda”*, la que, en su sentir, cumple *“con cada uno de los requisitos establecidos en la ley”*, luego la solicitud no es *“una especie de encuadramiento de la norma”*. Por ende, tras relievár *“los presupuestos de la ley concernientes a la reforma de la demanda”*, insta que se deje *“sin efecto el auto”* objeto de acometida *“y actuar de conformidad a las normas aplicables”*.

El medio impugnatorio horizontal fue desfavorablemente despachado con auto del 14 de febrero de 2022<sup>4</sup>. Al respecto, el a quo tuvo en consideración que *“el proceso de sucesión es de carácter liquidatorio y por regla general no tiene el carácter de contencioso”*, lo que es suficiente *“para deducir la manifiesta improcedencia de la reforma de la demanda en el proceso de sucesión”*. Por lo tanto, no repuso la decisión (ordinal 1°), y *“en consecuencia”*, rechaza *“la reforma de la demanda presentada por la apoderada de la parte actora”* (ordinal 2°), pero como estimó que *“sí es procedente el [recurso] subsidiario”*, lo concedió (ordinal 3°), lo que explica la presencia de las diligencias en esta Corporación.

Entonces, atendiendo la intelección de los dos proveídos acabados de reseñar, en estrictez puede decirse, sin dubitación alguna, que el auto por medio del cual se rechaza la pretendida reforma de la demanda, es el último de los citados autos, esto es, el fechado 14 de febrero de 2022. Si ello es así, como en efecto lo

---

2 *Ibíd*em, actuación No. [“013. MEMORIAL DE REFORMA DE LA DEMANDA DEL 25 DE NOVIEMBRE DE 2021.pdf”](#)

3 *Ib.*, actuación No. [“017 MEMORIAL RECURSO.pdf”](#)

4 *Ib.*, actuación No. [“021. AUTO DEL 14 DE FEBRERO DE 2022.pdf”](#)

es, resulta que esa determinación, la de rechazar la reforma de la demanda, a decir verdad no fue objeto de impugnación, ni mediante reposición ni menos de apelación, como quiera que se trata de un punto nuevo, no decidido en el pronunciamiento del 18 de enero anterior, que fue el impugnado. Y al tenor de lo preceptuado en el inciso 4° del artículo 318 del C.G. del P., cuando el auto que decide la reposición *“contenga puntos no decididos en el anterior”*, *“podrán interponerse los recursos pertinentes respecto de los puntos nuevos”*.

Se insiste. La decisión de rechazar la reforma de la demanda, no está contenida en el auto del 18 de enero del corriente año contra el cual se impetraron los medios impugnatorios. Se trata de un nuevo pronunciamiento que se hizo en el proveído del 14 de febrero siguiente, a través del cual se resolvió el recurso principal -de reposición- incoado en contra de aquél. Y el recurso vertical subsidiario, no procede contra lo resuelto en el aludido pronunciamiento del 18 de enero.

Ahora bien, como la parte actora ningún recurso interpuso en contra de ese nuevo punto a través del cual se rechazó la reforma de la demanda contenido en la decisión emitida el 14 de febrero, erró la funcionaria de conocimiento al conceder la alzada que subsidiariamente se había interpuesto en contra de lo resuelto el 18 de enero, y la ausencia de apelación contra el proveído mediante el cual en realidad se rechaza la reforma de la demanda –auto del 14 de febrero de 2022–, pone en evidencia la inadmisibilidad de la alzada.

En ese orden de ideas, sin más miramientos, en aplicación del inciso 4 del artículo 325 *ejusdem*, como ya se acotó, se declarará inadmisibile el recurso de apelación concedido por cuanto fue incoado en contra del auto proferido el 18 de enero de 2022, que no contiene decisiones susceptibles del mismo.

En mérito de lo expuesto, el **Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta - Sala Civil – Familia**,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: DECLARAR INADMISIBLE el recurso de apelación** interpuesto por la señora apoderada de la interesada Yaneth Guerrero Duran frente al auto del dieciocho (18) de enero de dos mil veintidós (2022) proferido por el Juzgado Primero

Promiscuo de Familia de Ocaña dentro del presente proceso, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO:** En firme la presente providencia, devuélvase al juzgado de origen, previa constancia de su salida.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE<sup>5</sup>**

**ÁNGELA GIOVANNA CARREÑO NAVAS**

Magistrada

**Firmado Por:**

**Angela Giovanna Carreño Navas  
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional  
Sala 2 Civil Familia  
Tribunal Superior De Cucuta - N. De Santander**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

**c787f338c0cfd8e3f202a95ed39a98e165bccc8c06fc5c43fd60160fe92a6434**

Documento generado en 22/03/2022 05:14:30 PM

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

---

<sup>5</sup> Documento con firma electrónica en acatamiento a lo dispuesto en la Circular No. 35 del 22 de febrero de 2021 emanada del Consejo Superior de la Judicatura.