

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

Magistrado: Jaime Alberto Saraza Naranjo  
Pereira, Febrero once de dos mil veintidós  
Expediente: 66001310300320120028501  
Proceso: Verbal - Responsabilidad médica  
Demandante: Nelly Patricia Pérez Osorio  
Demandados: ASMET SALUD EPS-S.  
Gobernación de Risaralda – Secretaría de  
Salud Departamental.  
Acta No. 54 del 10 de febrero de 2022  
Sentencia No.: SC-005-2022

Se procede a resolver el recurso de apelación presentado por la parte demandante contra la sentencia del 22 de enero de 2015, proferida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de la ciudad, en este proceso verbal de Responsabilidad civil médica que **Nelly Patricia Pérez Osorio** inició frente a la **Asociación Mutual La Esperanza “Asmet Salud E.S.S.-EPS-S”<sup>1</sup>** y la **Gobernación de Risaralda - Secretaría de Salud departamental**

## **1. ANTECEDENTES**

### **1.1. Hechos<sup>2</sup>**

Narra la demandante que su cónyuge, Jorge Enrique Higueta Grisales, afiliado a ASMET SALUD E.S.S. EPS-S en el sistema de salud, bajo el régimen subsidiado, para el mes de noviembre de 2008 presentó un infarto cerebral que lo dejó totalmente incapacitado y fue

---

<sup>1</sup> C. ppal., Tomo I, Pág. 259

<sup>2</sup> Pág. 2 a 8, ibidem.

necesario practicarle una gastrostomía y una traqueostomía, para que pudiera alimentarse y respirar.

Como consecuencia de la inmovilidad prolongada y de la traqueostomía, presentó una neumonía que llevó a que fuera internado en el hospital Santa Mónica de Dosquebradas, donde recibió tratamiento con antibióticos; sin embargo, no mejoró y fue remitido el 12 de enero de 2009 al hospital Universitario San Jorge.

La EPS empezó a negar una serie de insumos y medicamentos que se requerían para el tratamiento, así que se interpuso una acción de tutela, el 11 de febrero de 2009; con sentencia del 24 de febrero siguiente, se accedió a la protección de sus derechos y se ordenó el suministro de medicamentos e insumos, la prestación del tratamiento integral para la patología de accidente vascular encefálico y autorizó el recobro frente al Fosyga por los servicios no POS que se le prestaran.

A pesar de los tratamientos, presentó como complicación de la neumonía, un empiema tabicado -acumulación de pus entre la pared torácica y el pulmón que amenaza la vida de la persona afectada-tratada en el Hospital Universitario San Jorge con varios procedimientos; pero, ante la persistencia de la infección, fue valorado en dos oportunidades por un cirujano de tórax, el 24 y el 31 de marzo, quien luego de un TAC confirmó el diagnóstico de "*empiema torácico izquierdo con atrapamiento muscular*" y recomendó la realización de una decorticación por videotoracoscopia.

Afirma la accionante que, con carácter de urgencia, el 3 de abril de 2009 el Hospital tramitó ante la EPS la autorización del procedimiento, pero la respuesta fue negativa, pues correspondía hacerlo a la Secretaría de Salud, organismo que el día 6 siguiente advirtió que, por orden judicial, le incumbía a la EPS asumir lo requerido por el paciente.

El fallecimiento del señor Jorge Enrique se registró el 8 de abril de 2009, como consecuencia de una septicemia -infección generalizada en la sangre- producida por el empiema no drenado.

Alude la actora, que solicitó a la Secretaría de Salud de Risaralda que iniciara una investigación para determinar la responsabilidad por la omisión en la realización del procedimiento que requería el paciente; pasaron más de 6 meses sin que se iniciara y solo se logró pronunciamiento mediante una acción de tutela, en julio de 2010, en el sentido de que la omisión en la prestación del servicio requerido no fue imputable al Hospital Universitario San Jorge sino a la EPS-S Asmet Salud, motivo por el cual se remitió para investigación en lo pertinente a la Superintendencia de Salud.

Concluye que la muerte del señor Enrique Higuita, le causó un daño moral a ella, por causa de la aflicción, congoja y depresión sufridas al saber que la muerte de su esposo fue producida por la omisión de efectuarse el procedimiento médico requerido. Y también a él, como víctima directa, por la desatención y por haber tenido que soportar una agonía penosa, a pesar de que había tratamiento para su afección.

También se alteró su vida de relación, porque, al perder a su esposo, se truncó su proyecto de vida.

## **1.2. Pretensiones<sup>3</sup>.**

Con base en lo relatado, pidió que se declarara civilmente responsable a Asmet Salud E.S.S.-EPS-S, "*por la falla en la prestación del servicio médico que produjo la muerte del señor Jorge Enrique Higuita Grisales*" y que se condenara a pagarle por el daño moral que ella padeció y, a título de heredera, el que sufrió su consorte, cada uno

---

<sup>3</sup> Pág. 8, ib.

estimado en 100 smlmv; igualmente, el perjuicio derivado del daño a la vida de relación cuantificado en el mismo monto.

Como se verá, la demanda fue reformada para incluir como demandada a la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda y formular, como pretensión subsidiaria<sup>4</sup>, que se declarara que la Gobernación de Risaralda - Secretaría de Salud Departamental, es responsable de la falla en la prestación del servicio médico que produjo la muerte del señor Jorge Enrique Higueta Grisales y como consecuencia de la declaración, se le impusieran similares condenas.

### **1.3. Trámite.**

La demanda fue admitida por el Juzgado Cuarto Laboral del Circuito, con auto del 02 de agosto de 2011<sup>5</sup>.

Contestó Asmet Salud E.S.S.-EPS-S<sup>6</sup>; se refirió a los hechos, opugró las pretensiones y propuso las excepciones de mérito que denominó: (i) falta de legitimación en la causa por pasiva debido a que el servicio requerido en el hospital Universitario San Jorge fue un servicio no POS, servicios que no se encontraban dentro del objeto contractual; (ii) inexistencia de la responsabilidad civil de que trata el artículo 2341 del Código Civil en relación con el comportamiento observado por mi representada; (iii) inexistencia del nexo causal entre la presunta falla médica y el actuar de mi representada ASMET SALUD ESS EPS-S; (iv) excepción de prescripción; y la (v) innominada.

Con escrito del 11 de noviembre de 2011<sup>7</sup>, se reformó la demanda para incluir como nuevo demandado al Departamento de

---

<sup>4</sup> Pág. 352, ib.

<sup>5</sup> Pág. 219, ib.

<sup>6</sup> Pág. 233-257, ib.

<sup>7</sup> Pág. 352 ib.

Risaralda – Secretaría de Salud Departamental. Se admitió en el auto del 6 de diciembre siguiente<sup>8</sup> y, notificada la entidad, se pronunció<sup>9</sup> sobre la cuestión fáctica, rebatió las pretensiones y adujo estas excepciones de fondo: (i) falta de legitimación en la causa por pasiva; (ii) inexistencia de los elementos fundamentales que demuestren la responsabilidad de la Gobernación de Risaralda en los hechos ocurridos; (iii) inexistencia de elementos probatorios en los hechos ocurridos.

En acatamiento de la circular CSRSA 12- 0497 del 7 de junio de 2012, con auto de junio 22 de 2012 se remitió el proceso al Juzgado Primero Laboral Adjunto al Cuarto<sup>10</sup>. Este juzgado, mediante de auto del 8 de agosto de 2012, ordenó la remisión del proceso a los Juzgados Civiles del Circuito de la ciudad, en virtud de la primera fase de vigencia del Código General del Proceso<sup>11</sup>.

El 22 de agosto de 2012, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pereira asumió el conocimiento del proceso<sup>12</sup> y, luego de surtir las etapas procesales correspondientes, emitió sentencia el 22 de enero de 2015, en la que declaró la falta de legitimación por pasiva de la Gobernación de Risaralda – Secretaría Departamental de Salud, ya que la prestación del servicio recaía en la EPS-S; y negó las pretensiones en relación con Asmet Salud E.S.S. EPS<sup>13</sup>, por cuanto el no hubo prueba de que la falta de realización del procedimiento denominado decorticación por videotoracoscopia, fuera detonante de la muerte del señor Higuita.

Apelada la decisión, en esta sede se dispuso remitir la actuación por falta de jurisdicción a los juzgados administrativos<sup>14</sup>; como

---

<sup>8</sup> Pág. p.2, c. ppal., tomo II

<sup>9</sup> Pág. 22-37, ibidem.

<sup>10</sup> Pág. 38, ib.

<sup>11</sup> Pág. 43, ib.

<sup>12</sup> Pág. 50, ib.

<sup>13</sup> Págs. 238-254, ib.

<sup>14</sup> Pág. 280, ib.

allí se propuso conflicto<sup>15</sup>, la cuestión fue dirimida por la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura, en el sentido de que era esta colegiatura, en la especialidad civil, la que debía conocer del recurso<sup>16</sup>, que ahora se resuelve.

La apelación se hizo consistir en que: (i) el paciente falleció como consecuencia de una sepsis, una infección generalizada en la sangre, que se originó en el empiema que pretendía drenarse con la intervención señalada, y es obvio que si no se practicó, se comprometió su vida al expandirse la infección a todo el cuerpo; (ii) la sola condición del paciente no justificaba la falta de asistencia médica, que incluso tuvo que ser ordenada por vía de tutela y dio lugar a que la Secretaría de Salud de Risaralda sancionara a la demandada; esa omisión deterioró su estado de salud y determinó su muerte, de manera que no fue el accidente cerebro vascular el que desencadenó el deceso; (iii) se deduce, entonces, que la demandada, por lo menos, le quitó al paciente la pérdida de la oportunidad de recuperar su salud y vivir, incluso en el difícil estado neurológico en el que se hallaba. Así se mencionó en el escrito de apelación<sup>17</sup>, allegado en primera instancia.

## **2. CONSIDERACIONES**

2.1. Los presupuestos procesales concurren todo, en general, y no se advierte irregularidad alguna que pueda invalidar la actuación.

En general, se dice, porque en lo que atañe a la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda, vale decir que, más que su

---

<sup>15</sup> Pág. 350, c. ppal. Tomo II

<sup>16</sup> Pág. 6, c. sala jurisdiccional disciplinaria, archivo 6

<sup>17</sup> Arch. 7.RECURSO DE APELACIÓN, cuaderno primera instancia

absolución por falta de legitimación en la causa, es lo cierto que, cuando se reformó la demanda, ha debido el juzgado ejercer un control adecuado, porque en relación con esta entidad se incluyeron solo pretensiones subsidiarias; no hay en su contra pretensiones principales, lo que ya era un defecto de técnica que debía corregirse. Adicionalmente, en los hechos de la demanda inicial nada se mencionó sobre la responsabilidad de la Secretaría en la atención del paciente, apenas se dijo que se le hizo un requerimiento, luego del deceso del señor Higueta, para que iniciara una investigación, que se retardó y fue posteriormente finiquitada. Tampoco se adujo nada en la reforma. Ningún soporte fáctico había, entonces, para poder concluir su participación en la ausencia del tratamiento requerido por el paciente. Es decir, que tal reforma imponía su inadmisión para que se incluyera la causa sobre la que se edificarían las pretensiones, que no podía ser la misma narrada en el libelo, pues ella solo comprometía a la EPS-S accionada.

Eso compromete, seriamente, el presupuesto procesal de demanda en forma, cuya ausencia, cuando no es posible remediarla, y eso es lo que ahora ocurre ya en este estadio del proceso, tradicionalmente ha conducido a una sentencia inhibitoria, muy a pesar de que el Código General del Proceso no hace alusión en ninguna de sus normas a esa alternativa, como sí lo hacía el Código de procedimiento Civil, bajo cuya égida, como se verá, se debe resolver esta alzada.

Ese, en todo caso, tiene que ser un remedio extremo, como aquí acontece, porque, no cabe duda, ninguna respuesta puede ofrecer la judicatura a una demanda, o a una reforma, que no contengan hechos ni pretensiones frente a uno de los sujetos demandados.

De manera que, el fallo de primer grado se modificará en lo que concierne a esta entidad para, en lugar de la absolución por falta de legitimación, declarar la inhibición.

2.2. La Sala advierte que el recurso se interpuso en vigencia del Código de Procedimiento Civil, por lo que la impugnación se gobernará por esta normativa, debido a que, en aplicación de lo previsto en los artículos 624 y 625, numeral 5º, del Código General del Proceso.

Así que, para resolver la alzada, se tendrá en cuenta la redacción del artículo 357 del CPC, disposición vigente cuando el disenso fue presentado, según la cual *“La apelación se entiende interpuesta en lo desfavorable al apelante, y por lo tanto el superior no podrá enmendar la providencia en la parte que no fue objeto del recurso, salvo que en razón de la reforma fuere indispensable hacer modificaciones sobre puntos íntimamente relacionados con aquélla”*.

2.3. La legitimación en la causa por activa, es clara. La tiene Nelly Patricia Pérez Osorio, quien reclama en una doble condición: como víctima de rebote o indirecta, es decir, por derecho propio; y como continuadora de la voluntad de la víctima directa, Enrique Higueta Grisales, por los perjuicios morales que a este se le pudieron haber infligido, ambas cosas, en su calidad de cónyuge, según fue acreditado con los registros civiles de matrimonio y defunción respectivos<sup>18</sup>.

Por ello, a diferencia de lo dicho en primera instancia, la situación encaja en ambos tipos de responsabilidad: extracontractual por lo primero, y contractual por lo segundo, pues la última reclamación deviene del incumplimiento de la EPS-S frente a su afiliado.

Por pasiva, recae en Asmet Salud E.S.S. EPS-S, por ser la entidad a la que el señor Higueta Grisales se encontraba afiliado en salud,

---

<sup>18</sup> Pág. 17 y 19, c. ppal., Tomo I

según fue aceptado desde la contestación de la demanda<sup>19</sup>, y está documentado<sup>20</sup>.

En cuanto a la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda, ya se mencionó que la decisión será inhibitoria, lo que no obsta para que se diga que, en todo caso, como ninguna omisión se le imputa relacionada con el servicio de salud propiamente dicho, su falta de legitimación sería evidente.

2.4. Se contrae el asunto a definir si la demandada es civilmente responsable frente a la demandante y, en consecuencia, debe resarcirle los daños impetrados por causa de las deficiencias en la atención en salud al señor Higueta Grisales, que ocasionaron su muerte, como aduce la recurrente, o si la decisión del Juzgado debe confirmarse, ante la ausencia de los elementos propios de este tipo de responsabilidad.

2.5. Analizada la cuestión en primera instancia, se concluyó que *"...la muerte del paciente se produjo por falla del aparato respiratorio, digestivo, renal y cardiovascular que obedece a la sepsis, producida originalmente por la broncoaspiración que a su vez se debió al incidente vascular, de acuerdo al dictamen médico legal."* Y en relación con las pruebas dijo que *"no es posible decir que el señor JORGE ENRIQUE HIGUITA GRISALES fue abandonado a la suerte de la evolución de la etiología que padecía, sin haber tenido mínimo de cuidado, manejo y tratamiento que hubiera permitido lograr su mejoría, fue tratado, se le realizaron los procedimientos POS, se le suministraron antibióticos ciprofloxacina y ampicilina sulbactam, para contrarrestar la infección y enalapril, omeprazol, lavastatina, fenetoina y dipirona para el tratamiento de enfermedades base y evitar complicaciones a su estado, le realizaron drenaje pulmonar."*

---

<sup>19</sup> Pág. 235, ibidem.

<sup>20</sup> Pág. 55, ib.

Finalmente, frente al servicio médico que al decir de la actora se dejó de practicar por parte de la EPS y que fue el motivo por el cual se desencadenó la muerte de su cónyuge, la sentencia indica que *"La cirugía denominada DESCORTICACION POR VIDEOTORACOSCOPIA (Sic) era para el paciente JORGE ENRIQUE HIGUITA GRISALES de MUY ALTO RIESGO CON POSIBILIDAD DE MUERTE (ver folio 59) se daban garantías de medios no de resultados"* así las cosas, aseguró en su decisión que, *"la mala condición clínica, en que quedó el paciente debido al daño cerebro vascular, el cual es ajeno a la atención médica recibida, no existe ninguna prueba de que si se le hubiese realizado la DESCORTICACIÓN POR VIDEOTORACOSCOPIA (Sic) hubiese sobrevivido, es mas (sic) su condición de salud normal no era recuperable debido al daño físico y neurológico sufrido."*

Y fue así como el fallador continuando con su tesis insistió en el hecho de que *"No se ha demostrado por parte demandante que la no realización del procedimiento mencionado haya desencadenado con la muerte del paciente JORGE ENRIQUE HIGUITA y que su fallecimiento no se haya producido a la sepsis producida "originalmente por la broncoaspiración, que a su vez se debió al accidente vascular cerebral" como lo afirma el médico legista"*.

## 2.7. La impugnación se sustenta en tres cosas:

i) El falso supuesto del que partió la funcionaria para definir que no se demostró que la omisión en realizar el examen por parte de la demandada tuviera ascendencia alguna con el fallecimiento del señor Jorge Enrique Higueta Grisales. Explica: *"El paciente falleció como consecuencia de una sepsis, una infección generalizada en la sangre, la cual se originó en el empiema que pretendía drenarse con tal intervención; obvio que al no practicarse el procedimiento requerido la condición conocida como empiema avanzó a tal grado que*

*comprometió la vida del paciente al expandirse la infección por todo el cuerpo”*

ii) El argumento acerca de que, por la precaria condición del paciente no tenía derecho a recibir asistencia médica, significaría *“...crear una peligrosa discriminación en contra de las personas por su estado de salud, las instituciones prestadoras de servicios médicos podrán abstenerse de cumplir con la obligación de la asistencia sanitaria en pacientes en precario o deteriorado estado sin consecuencia alguna.”*

iii) Al paciente se le quitó, por lo menos, la oportunidad de recuperar su salud y vivir, incluso en el difícil estado neurológico en el que se hallaba

2.8. Para acometer el análisis de estas reclamaciones, brevemente se recuerda que esta Corporación ha sostenido<sup>21</sup> que la responsabilidad civil médica comporta la concurrencia de varios elementos: la acción o la omisión por parte del galeno en el ejercicio de su profesión; el daño padecido por el paciente o, en general, por las víctimas, la culpa o el dolo y la relación causal entre el hecho y el daño; y si ella es contractual, por supuesto, es menester acreditar su fuente.

Y que, por regla general, al médico se le atribuye un compromiso frente a la comunidad y a sus pacientes, en tanto se le confían derechos personalísimos como la salud y la vida, por lo que su quehacer debe cumplirlo con esmero y cuidado, ya que *“La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, no de orden económico-*

---

<sup>21</sup> Sentencias de 01-09-2015, radicado 2012-00278-01; 19-04-2016, radicado 2012-00298-02; 20-09-2017, radicado 2012-00320-01; 17-05-18, radicado 2012-00294-02; 18-09-18, radicado 2015-00689-01; 18-12-2020, radicado 2012-00241-04; TSP.SC-0029-2021, 11-08-2021, radicado 2013-00180-01, entre otras.

*social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes*". (art. 1º, Ley 23 de 1981). En virtud de ello, un compromiso esencial del galeno es poner al servicio del paciente todos sus conocimientos con el fin de preservar esos elementales derechos.

Como lo que se adquiere es un compromiso de actuar dentro de los postulados legales y de la ciencia propia, de antaño se admite que la actividad médica involucra obligaciones de medio y no de resultado, a pesar de que, excepcionalmente, el galeno se pueda comprometer con este. Más claro es esto desde la vigencia de la Ley 1438 de 2011 que expresamente así lo consagra en su artículo 104. Por tanto, lo normal es que quien demanda el resarcimiento de unos perjuicios derivados de una actividad de este tipo, deba probar su culpa, así lo tiene señalado el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria<sup>22</sup>.

En este punto es preciso memorar, como de tiempo atrás se hizo por esta misma Sala y lo ha seguido reiterando, que se han ensayado tesis como las de la carga dinámica de la prueba, o de la distribución de la prueba, cuestión analizada en varias ocasiones por la Corte Suprema; en alguna de sus decisiones se refirió más precisamente, a una regla de aportación o suministro de pruebas, a la luz del artículo 167 del CGP, y señaló que *"Aunque en algunas oportunidades esta Sala ha aludido tangencialmente a una supuesta "distribución judicial de la carga de la prueba", lo cierto es que tal conjetura jamás ha sido aplicada para la solución de un caso concreto; y, finalmente, las sentencias en las que se la ha mencionado se han resuelto –como todas las demás–, dependiendo de si en el proceso quedaron o no demostrados todos los supuestos de hecho que exigen las normas sustanciales en que se*

---

<sup>22</sup> Sentencia de 17 de noviembre de 2011, Referencia: 111001-3103-018-1999-00533-01, M.P. William Namén Vargas, reiterada en la sentencia SC003-2018, del 12 de enero de 2018, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona, y en la sentencia SC3367-2020, del 21 de septiembre de 2020, M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

*sustentaron los respectivos litigios... La distinción funcional de los institutos de 'la carga de la prueba' y del 'deber-obligación de aportar pruebas' permite comprender la razón de ser de cada uno de ellos en el proceso, evitando confusiones innecesarias; y, sobre todo, cumpliendo el objetivo deseado de imponer deberes probatorios a la parte que está en mejores posibilidades materiales de hacerlo, sin afectar en lo más mínimo el principio de legalidad al que sirve la regla inamovible de la carga de la prueba". (Sentencia SC9193-2017, de junio 28 de 2017, M.P. Ariel Salazar Ramírez).*

Flexibilización que, para el caso, se torna irrelevante, porque no ocurrió en el momento de decretar las pruebas, ni en otro estadio del proceso, como manda la norma en cita, sino que cada parte arrojó las pruebas sobre las que quiso edificar la teoría del caso que propuso, bien para el reconocimiento de las pretensiones, por activa, ya para su denegación, por pasiva, y es sobre ellas que la Sala construirá la argumentación para definir la alzada, en apoyo de las decretadas de oficio por el A quo, pues, como lo recordó también la alta Corporación en la última providencia anunciada, *"Para la aplicación de la regla de cierre de la carga de la prueba no importa que el interesado haya sido diligente en el suministro de las pruebas o que haya estado inactivo; o que el juez haya impuesto a una u otra parte el deber de aportar pruebas, dado que la única posibilidad que la ley ofrece al sentenciador al momento de proferir su decisión, se enmarca en una lógica bivalente según la cual una vez probados los supuestos de hecho tiene que declarar la consecuencia jurídica, y ante la ausencia de tal prueba tiene que negar dichos efectos de manera necesaria, sin que pueda darse una tercera opción o término medio entre los argumentos de esa alternativa: tertium non datur."*

2.9. También se relleva que en casos como el de ahora, en los que se debate una responsabilidad médica o institucional por la deficiente prestación de un servicio, la prueba técnica, sin ser única y

determinante, le permite al juez aproximarse al conocimiento que requiere para definir la litis, pues con ella se puede descubrir el comportamiento, tanto del galeno, como de las instituciones que contribuyen a la prestación de un servicio de salud y concluir si se cumplieron las reglas que aconseja la ciencia médica.

Así se ha dicho por esta Corporación, por ejemplo, en la sentencia del 30 de julio de 2018, radicado 2016-00149-01<sup>23</sup>, en la que se citó la sentencia SC-2506-16 de la Sala de Casación Civil de la Corte. Incluso desde antes, la propia Corte, en sentencia del 14 de diciembre de 2012, radicado 2002-00188-01, con ponencia del Magistrado Ariel Salazar Ramírez, en la que abordó otra providencia del 26 de septiembre de 2002, expediente 6878, señaló que:

“Sin embargo –ha sostenido esta Corte– “cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia –no conocidos por el común de las personas y de suyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquéllos que la practican– y que a fin de cuentas dan, con carácter general las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa. En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan pero no ocasionan...”.

---

<sup>23</sup> También se señaló así en la sentencia del 18 de diciembre de 2020, radicado 2012-00241-04 y en la TSP.SC-0029-2021, para citar las más recientes.

2.10. De igual manera, se ha sostenido<sup>24</sup> que ni siquiera por regla general, la historia clínica es suficiente para acreditar la mala praxis del médico; se necesita más que eso para establecer que lo que allí se consigna es contrario a lo que aconseja el devenir clínico para un caso concreto. Por ello, retomando la importancia de la prueba técnica, y haciendo alusión a la historia clínica, dijo también la máxima Corporación, en la sentencia SC003-2018, del 12 de enero de ese año, con ponencia del Magistrado Luis Armando Tolosa Villabona, que:

*“No obstante, denunciándose mal apreciada la prueba documental, únicamente, contentiva de las historias clínicas, de las fórmulas médicas y de la guía de manejo de eventos de cefalea, debe seguirse, a tono con lo señalado por el ad-quem, que en el proceso efectivamente no existía ningún medio distinto, dirigido a determinar si la atención médica brindada a la señora Blanca Margarita Rojas Carreño, durante su paso por las entidades demandadas, el 21 y 22 de mayo de 2003, estuvo conforme a la lex artis.”*

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

Así estaba sentado ya en otras ocasiones, como en las sentencias SC-2506-2016 y SC21828 de 2017.

2.11. Dicho lo anterior, al volver la vista sobre el fallo de primer grado, se deduce que el juzgado concluyó, luego de revisar la

---

<sup>24</sup> Tribunal Superior de Pereira, Sala Civil-Familia, sentencia del 13 de marzo de 2019, radicado 66001310300420170006301, M.P. Jaime Alberto Saraza Naranjo y en la citada TSP.SC-0029-2021,

prueba aportada, que el nexo causal que aduce la parte demandante, según se entiende de sus conclusiones, quedó sin acreditación.

Los reparos que se enfilan contra esa percepción, muy a pesar de la penosa situación del paciente Jorge Enrique Higueta Grisales, no pueden salir adelante.

2.12. Para comenzar con el tercero de ellos, es evidente que la planteada pérdida de una oportunidad, es un aspecto nuevo, que no se incluyó como pilar de la responsabilidad deprecada en la demanda, o como una pretensión, por lo que, según ha sostenido esta Sala<sup>25</sup>, pronunciarse ahora sobre ella desbordaría los límites que imponía el artículo 305 del CPC -reproducidos en el artículo 281 del CGP- que perentoriamente establecía que la sentencia debía estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que el estatuto contemplaba, así como con las excepciones que aparecieran probadas y hubieran sido alegadas si así lo exigía la ley (prescripción, compensación y nulidad relativa), a menos que fuera un tema de obligado pronunciamiento por el juez (como la legitimación, o las restituciones mutuas, o las situaciones derivadas de un asunto de familia, o en los procesos agrarios en los que se reconociera amparo de pobreza, o las costas, para citar unos casos).

Más notoria es la situación frente a un tema que no es pacífico; más bien sobre él se han planteado diversas teorías, unas que ven la pérdida de oportunidad como un daño autónomo; las que la analizan como un tipo de perjuicio material; o las que la califican como uno de tipo extrapatrimonial; o aquellas que la mantienen en el plano de la culpabilidad o de la causalidad, según explica la doctrina<sup>26-27</sup>, sobre las que la jurisprudencia no acaba de precisar su naturaleza, si bien le ha

---

<sup>25</sup> Sentencia TSP.SC-0063-2021

<sup>26</sup> Plata Prince, Luis Carlos, *La pérdida de oportunidad en el derecho de daños*. Ibáñez, Bogotá D.C., 2019, p. 166

<sup>27</sup> Tamayo Jaramillo, Javier, *Tratado de responsabilidad civil*, T. I, Legis, Bogotá, 2007, p. 287: y T. II, p. 357

dado tratamientos diferentes, como podría verse en las sentencias SC5686-2018 y en la SC562 de 2020.

2.13. Los otros dos, descansan sobre una misma situación. En efecto se afirma que está probado que el paciente falleció a causa de una sepsis, infección generalizada en la sangre, que se originó en el empiema que pretendía tratarse con la intervención denominada decorticación por videotoracosopia, pero como ella no fue autorizada, "*es obvio*" que la condición avanzó al punto de comprometer la vida del paciente, quien, a pesar de u precaria condición, tenía derecho a recibir asistencia médica.

La Sala se identifica con las apreciaciones del juzgado en el sentido de que la escasa prueba allegada impide tener por acreditado que el fallecimiento hubiera tenido origen en la falta del último procedimiento ordenado. Y aunque se aparte de aquella afirmación que, con razón, le causa desazón a la recurrente, en el sentido de que su condición de salud normal no era recuperable debido al daño físico y neurológico sufrido, pues no puede ser esa la causa para negar un servicio, menos cuando el juez carece de conocimientos científicos en el área de la salud que le permitan respaldar su tesis, lo cierto es que, aunque sin decirlo específicamente, la sentencia dio por sentada la ausencia de un nexo causal entre la demora en la autorización del procedimiento y el fallecimiento de Jorge Enrique Higueta Grisales.

En ocasiones anteriores, esta Sala<sup>28</sup> recordó lo dicho por la Sala de Casación Civil de la Corte<sup>29</sup>, acerca de que:

Como de un tiempo a esta parte lo viene predicando la Corte, el nexo causal, distinguido coma uno de las elementos estructurales de la responsabilidad civil, cualquiera sea su naturaleza, no puede reducirse al concepto de la "*causalidad natural*" sino, más bien, ubicarse en el de la "*causalidad adecuada*" o "*imputación jurídica*", entendiéndose por tal "*el*

---

<sup>28</sup> TSP.SC-0063-2021

<sup>29</sup> Sentencia SC2348-2021

*razonamiento por medio del cual se atribuye un resultado dañoso a un agente a partir de un marco de sentido jurídico" (CSJ, SC 13925 del 30 de septiembre de 2016, Rad. n.º 2005- 00174-01)*

*Es que como en ese mismo fallo se analizó, "el objeto de la imputación -el hecho que se atribuye a un agente generalmente no se prueba directamente[,] sino que requiere la elaboración de hipótesis inferenciales con base en probabilidades. De ahí que con cierta frecuencia se nieguen demandas de responsabilidad civil por no acreditarse en el proceso un 'nexo causal' que es difícil de demostrar porque no existe como hecho de la naturaleza, dado que la atribución de un hecho a un agente se determina a partir de la identificación de las funciones sociales y profesionales que el ordenamiento impone a las personas, sobre todo cuando se trata de probar omisiones o 'causación por medio de otro'; lo que a menudo se traduce en una exigencia de prueba diabólica que no logra solucionarse con la imposición a una de las partes de la obligación de aportación de pruebas, pues el problema no es solo de aducción de pruebas sino, principalmente, de falta de comprensión sobre cómo se debe probar la imputación y la culpabilidad" (ibidem, se subraya).*

No se trata, pues, de prescindir por completo de la causalidad física o natural, sino de no reducir a ella la atribución de un resultado a su autor, en tanto que la apreciación del elemento que se comenta es mucho más compleja. Como de forma muy reciente tuvo oportunidad de explicarlo la Sala:

*Al respecto, conviene precisar que el vínculo causal es una condición necesaria para la configuración de la responsabilidad, el cual solo puede ser develado a partir de las reglas de la vida, el sentido común y la lógica de lo razonable, pues estos criterios permiten particularizar, de los antecedentes y condiciones que confluyen en la producción de un resultado, cuál de ellos tiene la categoría de causa.*

*Para tal fin, 'debe realizarse una prognosis que dé cuenta de los varios antecedentes que hipotéticamente son causas, de modo que con la aplicación de las reglas de la experiencia y del sentido de razonabilidad a que se aludió, se excluyan aquellos antecedentes que solo coadyuvan al resultado porque no son idóneos per se para producirlo, y se detecte aquél o aquellos que tienen esa aptitud' (SC, 15 en. 2008, rad. 2000-673-00-01; en el mismo sentido SC, 6 de sep. 2011, rad. 2002-00445-01 ).*

*Así las cosas, en el establecimiento del nexo causal concurren elementos facticos y jurídicos, siendo indispensable la prueba -directa o inferencial- del primero de ellos, para lograr una condena indemnizatoria.*

*El aspecto material se conoce como el juicio sine qua non y su objetivo es determinar los hechos o actuaciones que probablemente tuvieron injerencia en la producción del daño, por cuanto de faltar no sería posible su materialización. Para estos fines, se revisa el contexto material del suceso, analizado de forma retrospectiva, para establecer las causas y excluir aquellos que no guardan conexión, en términos de razonabilidad. Con posterioridad se hace la evaluación jurídica, con el fin de atribuir sentido legal a cada gestión, a partir de un actuar propio o ajeno, donde se hará la ponderación del tipo de conexión y su cercanía (CSJ, SC 3348 del 14 de septiembre de 2020, Rad. 2008-00337-01).*

El análisis del acervo probatorio, en este caso concreto, permite concluir que desde lo fáctico, hubo un antecedente claro del daño, que fue el accidente vascular encefálico agudo. A partir de allí, lo que se dice es que fue la falta de la decorticación dispuesta el 31 de marzo para tratar el empiema lo que le causó la muerte. Sin embargo, ninguna de las pruebas apunta a demostrar que, jurídicamente, esa fue la causa del daño. Más bien lo que se demostró fue que a raíz de su accidente el deterioro en general fue progresivo y el conjunto de todo lo llevó al deceso final. Veamos:

Según la historia clínica de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira:

-Al ingreso a urgencias del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, el 26 de noviembre de 2008 se diagnosticó al señor Jorge Enrique Higueta Grisales con "*ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO*", en el objetivo de la consulta se describe: "*PACIENTE QUE SE LE ESCUCHA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES Y RONCUS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SE SOSPECHA LA POSIBILIDAD DE BRONCOASPIRACIÓN POR LO CUAL SE INICIA PENCILINA CRISTALINA*". En la enfermedad actual se indica: "*PACIENTE CON CUADRO DE 12 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CEFALEA OCCIPITAL INTENSA CONPOSTERIRO DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL, INCAPACIDAD PARA LA*

*MARCHA, REFIERE LA ACOMPAÑANTE QUE YA NO LE HABLA. PRESENTO 2 EPUISODIOS DE EMESIS*<sup>30</sup>.

- El 27 de noviembre de 2008 el paciente ingresa a sala de observación del HUSJ manteniendo iguales condiciones de salud y el mismo diagnóstico<sup>31</sup>.

- El 28 de noviembre de 2008<sup>32</sup>, se encuentra al paciente en muy malas condiciones, con focalización inicial izquierda, luego derecha y en esta ocasión se diagnostica "*TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO, EXCEPTO LÓBULOS Y VENTRÍCULOS*". En esa fecha también se dejó escrito que presenta un *ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO, COMA, NO ESPECIFICADO*"<sup>33</sup>. Se indicó que el paciente requiere intubación y soporte ventilatorio en UCI y se dispuso la realización de TAC cerebral de control para aclarar DX<sup>34</sup>. También en esa fecha se consignó que fue encontrado con "*COMPROMISO NEUROLÓGICO SEVERO, SIN FALLA RESPIRATORIA EN EL MOMENTO, EN TRAMITE DE TRASLADO A UCI PREVIA AUTORIZACIÓN DE ASMET SALUD. EL PRONÓSTICO ES RESERVADO, SE EXPLICA EL ESTADO CLÍNICO A LA ESPOSA, LA POSIBILIDAD DE RECUPERACIÓN, Y EL DEBER DE INFORMAR A LA DEMÁS FAMILIA*"<sup>35</sup>.

- El 05 de diciembre de 2008, la historia clínica describe el paso del paciente por el Hospital Santa Mónica y la Clínica Los Rosales, y el regreso al Hospital San Jorge; la anamnesis señala a un paciente que "*...HACE 8 DÍAS PRESENTÓ CEFALEA INTENSA, SEGUIDAMENTE NÁUSEAS, VÓMITO, DESVIACIÓN DE LA CARA Y POSTERIORMENTE*

---

<sup>30</sup> Págs. 389-391, c. ppal. c. ppal., información CD 2.

<sup>31</sup> Pág. 387 ib.

<sup>32</sup> Pág. 384, 385 ib.

<sup>33</sup> Pág. 382 ib.

<sup>34</sup> Pág. 379 ib.

<sup>35</sup> Pág. 376 ib.

*SINCOPE", SE HIZO DIAGNÓSTICO DE "...ACV ISQUEMIO INFARTO DEL TALLO Y DE HEMISFERIO CEREBELOSO IZQUIERDO INFARTO ATEROTROMBÓTICO EN TERRITORIO DE LA PICA IZQUIERDA..."*<sup>36</sup>; ese día también se hizo constar que el paciente se hallaba en *"...MALAS CONDICIONES GENERALES. ESTUPOROSO. REALIZA ÓRDENES VERBALES. MOVIMIENTOS OCULARES. SECRECIÓN PURULENTO OCULAR. CUELLO CON TRAQUEOSTOMÍA. ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE. BUEN PATRÓN RESPIRATORIO. CARDIO RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS. NO SOPLOS. CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS CON MURMULLO VESICULAR RUDO. Y RONCUS DE LAS BASES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NI MEGALIAS. PERISTALTISMO POSITIVO. NEUROLÓGICO CON SECUELAS. ESPASTICIDAD. DIURESIS CLARA. CH EN LÍMITES DE LA NORMALIDAD. RESTO DE PARACLÍNICOS SIN REPORTAR.* Y más concretamente, el análisis realizado por el médico tratante reporta a una *"...PTE CON ACV, COMPROMISO NEUROLÓGICO SEVERO DE MAL PRONÓSTICO P/TRASLADAR SALAS, CONTINUAR TTO PREVIO DE REMISIONVALORAR POR NEUROLOGIA. EVALUAR GASTROSTOMIA POR NUTRICION"*<sup>37</sup>.

- El 6 siguiente, se mantiene el paciente en iguales condiciones médicas críticas, continúa en observación y manejo<sup>38</sup>. Y el 7 se hace constar otra vez el mal estado general que presenta, *"SIN RESPUESTA CON SIGNOS DE DECORTICACIÓN (...) RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS NO REACTIVAS MUCOSAS HÚMEDAS (...) CAMPOS PULMONARES CON RONCOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES GENERALIZADOS MOVILIZA SECRECIONES (...) PERISTALTISMO POSITIVO"*<sup>39</sup>.

- El paciente continúa hospitalizado y permanece en estado crítico similar al que se viene describiendo. El 10 de diciembre de

---

<sup>36</sup> Pág. 373 ib.

<sup>37</sup> Pág. 368 ib.

<sup>38</sup> Pág. 365 ib.

<sup>39</sup> Pág. 361 ib.

2008 se le describe como "*PTE EN APARENTES MALAS CONDICIONES GENERALES, NO INTERACTUA CON EL MEDIO, CON 02 SUPLEMENTARIO, SE REALIZA TERAPIA VIBRATORIA MAS PERMEABILIZACION DE LA VIA AERA, OBTENIENDO TAPON DE SANGRE, SECRECIONES SANGUINOLENTAS EN MODERADA CANTIDAD, PTE TOLERA TTO Y PERMANECE ESTABLE*"<sup>40</sup>.

- Del 11 al 30 de diciembre de 2008, el paciente continuó en mal estado general, postrado en cama, se describe en la historia clínica el tratamiento brindado diariamente, las valoraciones por neurología, el inicio de plan nutricional, fisioterapia de tórax y aspiraciones de secreciones purulentas por cánula, gastrostomía, vibración y permeabilización de vía aérea, se le realizó examen de orina, antibióticos, estiramiento muscular, se educó a los familiares sobre el manejo de la traqueostomía, nutrición enteral y estimulación neuromuscular y propioceptiva desde casa.

- El 12 de enero de 2009, cuando el paciente ingresa nuevamente a urgencias del Hospital San Jorge, remitido del Hospital Santa Mónica, el médico tratante encuentra al señor Jorge Enrique en pésimas condiciones generales y nutricionales, con cuadro respiratorio complejo febril taquicárdico, y en el examen general emite como diagnósticos "*SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA, NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA* (señalada como principal), *INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO*"<sup>41</sup>, Desde esta fecha y hasta el 30 de enero, el paciente seguía presentando estabilidad dentro de su condición crítica, con leve mejoría, pero con pronóstico reservado, se realizó fisioterapia de tórax completa con permeabilización

---

<sup>40</sup> Pág. 353 ib.

<sup>41</sup> Pág. 279 ib.

de la vía aérea movilizando abundante secreciones purulentas espesas adherentes, se realizó limpieza de la estoma y se cambió el heladillo.

- El 13 de febrero, que el señor Jorge Enrique Higuita ingresa nuevamente a urgencias del Hospital San Jorge, remitido del Hospital Santa Mónica, de la anamnesis se desprende que presentó *"HACE 8 HORAS TEMBLOR, DIFICULTAD RESPIRATORIA, SUDORACION. EN LA UNIDAD LOCAL EKG CON TAQUICARDIA SINUSAL LO INTERPRETAN COMO TSV LE INFUNDEN AMIODARONA Y REMITEN"*, y el médico tratante emite estos diagnósticos: *"OTROS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO DE LOS ELECTROLITOS Y DE LOS LIQUIDOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE, INFECCION DE VIAS URINARIAS (como principal), SITIO NO ESPECIFICADO, Y TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA"*<sup>42</sup>.

- Desde esta hospitalización y hasta el 02 de marzo de 2009, la historia clínica detalla que el paciente se encuentra en estado regular de salud, con secuelas de accidente cerebro vascular, tiene traqueostomía con ventury al 40%, gastrostomía, infección urinaria, neumonía izquierda complicada, desnutrición proteico calórica, con polipnea y taquipnea, hipoventilación severa, parálisis de miembros superiores e inferiores con espasticidad y producto de una ecografía de tórax se muestra colección pleural masiva que compromete el hemitórax izquierdo con ecos intermedios en su interior, sin embargo no se observan septos o tabiques, roncus generalizados.

- Vale la pena destacar que, el 17 febrero de 2009, el señor Higuita Grisales presentó cuadro infeccioso activo con datos de sepsis por trastorno hematológico y respiratorio, y se diagnosticó *"TRASTORNO RESPIRATORIO NO ESPECIFICADO"*<sup>43</sup>; y el 18 siguiente, se le halló *"PUS EN TORACENTESIS INDICATIVO DE EMPIEMA, SE ESPERA*

---

<sup>42</sup> Pág. 217 y 218 ib.

<sup>43</sup> Pág. 196 Y 197 ib.

*CONCEPTO DE CIRUGÍA PARA DEFINIR POSIBILIDAD DE DRENAJE...*”<sup>44</sup>. En la misma fecha, al revisar el RX de tórax que fuera practicado el 13 de febrero de igual año, se encontró *“PERDIDA DE ESPACIOS INTERCOSTALES IZQUIERDOS CON OPACIDAD DE HEMITÓRAX IZQUIERDO CON OPACIDAD DE HEMITÓRAX IZQUIERDO LA SILUETA MEDIASTÍNICA NO ESTÁ DEVAIDA (SIC) A LA DERECHA LO QUE INDICA QUE POSIBLEMENTE HAY ATELECTASIA CON DERRAME”*, se indica que se debe realizar TAC contrastado de tórax previo a definir si se realiza solo toracotomía o requiere además decorticación pleural<sup>45</sup>. El mal pronóstico fue explicado a los familiares del paciente.

Dentro del plan de tratamiento, entre otros servicios, al paciente se le brindó, además de antibióticos, soporte nutricional enteral, permeabilización de la vía aérea, terapia física y respiratoria, cambios de posición y aspirado de abundantes secreciones mucopurulentas adherentes y fétidas, se realizó toracentesis diagnóstica y evacuante con venocath No. 14, se tomaron muestras para citoquímico, citológico, gran y cultivo, ostomía funcional, drenaje de empiema izquierdo con notable mejoría, aunque de su estado general era apenas leve<sup>46</sup>.

El 23 de febrero se consigna que el paciente se encuentra en iguales condiciones de salud, con cánula de traquostomía, ventury al 40, toracostomía en hemitórax izquierdo drenando material purulento y se realiza como tratamiento vibración y permeabilización de vía aérea, se obtuvieron secreciones en moderada cantidad mucoides y quedó estable<sup>47</sup>.

---

<sup>44</sup> Pág. 189 ib.

<sup>45</sup> Pág. 187 ib.

<sup>46</sup> Pág. 173 ib.

<sup>47</sup> Pág. 170 ib.

El 25 de febrero, en el análisis subjetivo se anotó que el empiema sin tabiques fue drenado por toracostomía con buena evolución<sup>48</sup>. El 26 de febrero, se mencionó que, dentro de su estado crítico, estaba en mejores condiciones de salud<sup>49</sup>.

Durante este lapso, el diagnóstico fue variando, por ejemplo, presentó el paciente derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte clasificado como principal y, secundario, trastorno respiratorio, no especificado<sup>50</sup>, diferente al emitido al iniciar la hospitalización.

Llegado el 02 de marzo de 2009, la historia clínica evidencia que al señor Higueta Grisales se le realiza toracotomía de limpieza izquierda<sup>51</sup> y su condición médica y tratamiento se mantiene durante los días subsiguientes. El 9 de marzo se llevaron a cabo los procedimientos *"TORACOTOMIA + PLEURECTOMIA + LIBERACION DE BRIDAS PULMONARES + TORACOSTOMIA"*, con hallazgos de: *NEUMONIA EN FASE DE HEPATIZACION ROJA. CON COMPROMISO SEVERO DE LOBULO PULMONAR INFEROR. ABUNDANTES ADHERENCIAS INTERPLEURALES. PLEURA PARIETAL ENGROSADA DE LA CUAL SE TOMA UNA MUESTRA PARA ESTUDIO ANATOMO PATOLOGICO. NO SE IDENTIFICAN COLECCIONES INTRATORACICAS- PESIMAS CONDICIONES GENERALES, ESTADO DE EMACIACION, AREAS DE ULCERACIONES POR DECUBITO. GASTROSTOMIA, SONDA VESICAL A PERMANENCIA, RIGIDEZ GENERALIZADA"*, con diagnósticos adicionales de *"OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES, ESPECIFICADAS y PAQUIPLEURITIS SIN ASBESTOSIS"*, siendo el principal, *"AFECCION PLEURAL, NO ESPECIFICADA"*.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> Pág. 160 ib,

<sup>49</sup> Pág. 156 ib.

<sup>50</sup> Pág. 187, 205, 209 ib.

<sup>51</sup> Pág. 140, ib.

<sup>52</sup> Pág. 114 ib.

El paciente continua en iguales condiciones médicas y tratamiento hasta que el 13 de marzo, presenta *DETERIORO CLÍNICO Y PARACLÍNICO, PROGRESIÓN DE LEUCOCITOS CON DESCENSO DE HEMOGLOBINA Y RX DE TÓRAX PERSISTE VELAMIENTO DEL HT IZQUIERDO*<sup>53</sup> y como plan de tratamiento se indica: *PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA, ANEMIA EN PROGRESO SE TRANSFUNDIRA SE AJUSTARA PAUTA ANTIBIOTICA, SE ANEXA ANTIMICOTICO EN PLAN DE CUBRIMIENTO POR POSIBLE SOBREINFECCION Y SE HARA CONTROL POR CIRUGIA CON RX SOLICITADA*<sup>54</sup> y se solicitó de manera urgente ecografía de tórax para definir conducta a seguir.

El 20 de marzo, se drenan líquidos del lado izquierdo del paciente<sup>54</sup>, al día siguiente se inicia antibiótico de acuerdo con el cultivo<sup>55</sup>, se sigue con el manejo intrahospitalario, durante su estancia da respuesta a estímulos verbales, hemodinámicamente estable, el 26 siguiente presenta disminución generalizada de ruidos respiratorios pero con taquicardia marcada, el 27 recibe terapia respiratoria, el día siguiente se encuentra del examen parcial de orina, sepsis de origen urinario, se adiciona a los antibióticos el medicamento dipirona, porque el paciente presenta disuria y pico febril, el día siguiente se adiciona Ceftriaxone, por temperatura de 40 grados e infección urinaria, se siguen prestando las terapias físicas, respiratorias, aspiración de secreciones.

El 31 de marzo es valorado por cirujano de tórax quien ordena la práctica de decorticación por videotoracosopia, cirugía que fue catalogada de muy alto riesgo, quedando por definir conducta a seguir con la familia, procedimiento que fue programado el día siguiente, se continuó con mismo tratamiento y sintomatología, con evolución parcial, a pesar de continuar pendiente la decorticación por videotoracosopia hasta que el 8 de abril fallece el señor Higueta Grisales

---

<sup>53</sup> Pág. 99 ib.

<sup>54</sup> Pág. 65 ib.

<sup>55</sup> Pág. 61, ib.

cuyo análisis indica: "*PACIENTE CON EMPIEMA TABICADO QUIEN FALLECE A LAS 7+50 AM, SE EXPIDE CERTIFICADO DE DEFUNCION*", el diagnóstico en ese momento figuraba como "*DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE*"<sup>56</sup>.

Con lo antes relatado, claramente se encuentra establecido que el señor Jorge Enrique Higueta Grisales fue atendido permanentemente por los facultativos que lo trataron desde el momento en que sufrió el accidente cerebro vascular.

Es cierto que para la autorización del último servicio ordenado esto es, la decorticación por videotoracoscopia pasaron varios días, según se evidencia con la misma historia y con las reclamaciones que por vía constitucional se elevaron y que concluyeron en la orden de atenderlo. Pero, más allá de eso, y de que tampoco se trajo una prueba fehaciente de que ese procedimiento debía realizarse en el caso de este paciente con un grave deterioro físico, o que tuviera que realizarse en un determinado tiempo, lo cual ya es de relevancia, recuérdese que la decisión del juzgado está fundada en la ausencia del nexo causal entre esa tardanza y el deceso del paciente que, como bien se dijo y pasa a verse, no fue en realidad acreditado.

No pretende la Sala restarle importancia a los padecimientos del señor Higueta Grisales; pero, su estado vegetativo, que lo llevó a la postración en cama producto del accidente cerebro vascular, la infección urinaria, la neumonía izquierda complicada, su desnutrición proteico calórica, la polipnea y taquipnea, roncus generalizados, empiema y demás padecimientos fueron determinantes para el deterioro progresivo del paciente que, a pesar de su riguroso tratamiento, como el aspirado permanente, según revela la historia, de abundantes secreciones mucopurulentas adherentes y fétidas, hicieron imposible controlar la infección.

---

<sup>56</sup> Pág. 1 ib.

Como se viene diciendo, la historia clínica es insuficiente, por sí misma, para acreditar los errores médicos o de las instituciones de salud en la atención de sus afiliados y el nexo causal. Y a falta de una prueba técnica que demuestre cuál fue la verdadera causa del deceso, es manifiesta la orfandad probatoria en este caso.

Si se mira el concepto del Profesional Especializado Forense, Dr. Campo Elías Ochoa Cucaleano, del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses<sup>57</sup>, en nada ayuda a aclarar el nexo causal que echó de menos el juzgado. Su versión, en realidad, tuvo como soporte la misma historia clínica que, por sí misma, y en este caso concreto, más allá de la demora en la autorización del último procedimiento ordenado (decorticación por videotoracoscopia), nada dice del compromiso que ello pudo tener sobre la evolución del paciente, que de tiempo atrás acusaba un deterioro manifiesto.

Sobre la causa de la muerte, indicó que:

“13. Si bien en la historia no está específicamente anotada la causa de la muerte, se colige de acuerdo a la exégesis de la misma, que hubo falla multisistémica, entre otros, sistema respiratorio, digestivo, renal y cardiovascular, el origen de todos obedece a la sepsis, la cual fue producida originalmente por la broncoaspiración que a su vez se debió al accidente vascular cerebral.”

Y concluyó que:

“15. Todos los eventos inician con el accidente cerebral vascular. En las historias aportadas no hay manera de revisar con claridad qué pudo llevar a esta catástrofe.”

---

<sup>57</sup> Pág. 24, CUADERNO No. 3 PRUEBAS PARTE ACTORA

Otro tanto ocurre con el testimonio técnico del galeno Mauricio González Urrea<sup>58</sup>. Respecto del deceso paciente, inicialmente indica en su relato que:

“Del 31 de marzo al 8 de abril yo no valoré el paciente, teniendo en cuenta que es un paciente que tenía una severa alteración neurológica por lo antes mencionado que tenía algunos soportes especiales, es un paciente que tiene alto riesgo de presentar morbimortalidad por otras causas diferentes al empiema, por lo cual me queda difícil determinar si la causa de la mortalidad del paciente fue secundaria al empiema o que se haya presentado algún tipo de complicación que es bastante frecuente en estos pacientes en estado crítico que lo haya llevado a la muerte.”

Y aunque más adelante dice que el manejo para el *“empiema”* que padecía el paciente *era “... el drenaje por lo cual este tipo de terapias (física y respiratorias que según historia clínica le realizaron) no constituyen el manejo principal de este paciente, estas terapias son un coadyuvante pero el manejo definitivo del empiema es sacar la pus del tórax”*, en lo que tiene que ver con la evolución positiva del paciente si se hubiera realizado el protocolo médico que recomendó, insistió en que *“Es una respuesta un poco difícil de determinar pero posiblemente sí, y digo que es difícil de determinar ya que el paciente estaba en un estado crítico no solamente por su empiema sino por su estado neurológico.”*

Finalmente, cuando se le vuelve a preguntar por la causa del fallecimiento, concluye que:

“Los datos objetivos en la evolución de acuerdo a ese folio son, malas condiciones, apneas, no respuesta al llamado, reflejo corneano ausente, Glasgow 3 sobre 15 sin respuesta; de acuerdo a estos datos yo no puedo determinar la causa de la muerte de ese paciente, este tipo de examen que se observa en el folio 114 se podría observar en muerte por sepsis, en nuevos infartos cerebrales, trombolismo pulmonar por lo cual no puedo especificar de acuerdo al folio 114 cuál fue la causa de su muerte”.

---

<sup>58</sup> Pág. 3 a 10, ibidem

Por su parte la declaración de la médica Olga Patricia Sánchez Galvez<sup>59</sup>, solicitada por la parte demandada, luego de poner de presente la crítica situación por la que atravesaba el paciente y en el mismo sentido del experto anterior, en cuanto a la pregunta de si “... *en caso de que la entidad de salud le hubiese practicado del 1º de abril al 7 de abril, se hubiera podido evitar su deceso*”, indicó que es:

“Muy difícil decirlo porque si ya se le había hecho decorticación, pleurectomía y se le volvió a complicar, volvió a presentar lo mismo y se le complicó, además, inclusive con el mismo procedimiento pudo haber fallecido el paciente por su estado nutricional, inmunológico y todo, inclusive el mismo cirujano colocó que era un procedimiento de alto riesgo.”

Finalmente, los testimonios de las señoras Dora Luz Ramírez de Martínez<sup>60</sup> y Blanca Nidia Martínez<sup>61</sup>, nada informan sobre la causa del fallecimiento del paciente; sus declaraciones se enfocan, exclusivamente, en los perjuicios materiales y morales sufridos por la esposa superviviente.

Así que, de ninguno de los testimonios se deduce, con certeza, que la causa de muerte hubiese sido la omisión en el tratamiento que se indicó el 31 de marzo para manejar el “*empiema*” que padecía; eran tantas sus patologías, que cualquiera de ellas pudo desencadenar el fatal suceso.

2.14. Se colige, entonces, que la desidia en la aportación de la prueba técnica, necesaria para descubrir la causa del daño que alegó la parte demandante, fue manifiesta, con lo cual, la conclusión de la funcionaria de primer grado no podía ser otra, dado que, se insiste en

---

<sup>59</sup> 1. CUADERNO PRIMERA INSTANCIA, 5. CUADERNO No. 4 PRUEBAS PARTE DEMANDADA, págs. 8 a 13.

<sup>60</sup> 1. CUADERNO PRIMERA INSTANCIA, 4. CUADERNO No. 3 PRUEBAS PARTE ACTORA, págs. 12 a 14

<sup>61</sup> 1. CUADERNO PRIMERA INSTANCIA, 4. CUADERNO No. 3 PRUEBAS PARTE ACTORA, págs. 14 a 16

ello, ni de la historia clínica traída, ni del concepto del médico legista o de los testimonios técnicos escuchados, podría concluirse que en las condiciones que acusaba el paciente, ya bastante complejas, el procedimiento fuera indicado, por un lado; y por el otro, que en caso de haberse practicado la decorticación por videotoracosopia, el paciente hubiera sobrevivido más allá del 9 de abril, o se habría alcanzado su recuperación.

2.15. Viene de lo dicho que la apelación presentada no tiene la virtud para quebrar el fallo de primer grado, con lo que será prohiado. Las costas en esta instancia serán a cargo de la recurrente y a favor de la parte demandada. Se liquidarán de manera concentrada ante el juez de primera instancia, según lo prevé el artículo 366 del CGP. En auto separado, se fijarán las agencias en derecho, para que sean liquidadas de manera concentrada ante el Juez de primer grado, dado que este asunto ya hizo tránsito a la nueva normativa.

## **DECISIÓN**

En armonía con lo dicho, esta Sala de Decisión Civil-Familia del Tribunal Superior de Pereira, **CONFIRMA** la sentencia del 22 de enero de 2015, proferida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pereira, en este proceso ordinario de responsabilidad civil que inició **Nelly Patricia Pérez Osorio** frente a **ASMET SALUD EPS-S** y **la Gobernación de Risaralda - Secretaría de Salud departamental**, salvo en cuanto absolvió a esta última entidad por falta de legitimación en la causa.

En su lugar, se modifica el fallo para declarar la inhibición respecto de esta codemandada.

Costas en esta sede a cargo de la parte demandante y a favor de las entidades demandadas.

Notifíquese.

Los Magistrados

**JAIME ALBERTO SARAZA NARANJO**

**CARLOS MAURICIO GARCÍA BARAJAS**

**DUBERNEY GRISALES HERRERA**

**Firmado Por:**

**Jaime Alberto Zaraza Naranjo**  
**Magistrado**  
**Sala 004 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Pereira - Risaralda**

**Duberney Grisales Herrera**  
**Magistrado**  
**Sala 001 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Pereira - Risaralda**

**Carlos Mauricio Garcia Barajas**  
**Magistrado**  
**Sala 002 Civil Familia**

## **Tribunal Superior De Pereira - Risaralda**

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:

**c6f6374aee49a5f3295a55bc6fb14416390fd587232cdcf8604502e7f  
a42bfef**

Documento generado en 11/02/2022 11:18:44 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento  
electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**