



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
PEREIRA
SALA CIVIL-FAMILIA**

Magistrado: Jaime Alberto Saraza Naranjo
Pereira, Noviembre dos de dos mil veintidós
Expediente: 66001310300120200011901
Proceso: Verbal - Responsabilidad Médica.
Demandante: Marta Felicidad Monsalve Lopera y otros
Demandado: Socimédicos S.A.S y otro
Asunto: Obligación de seguridad (caída)
Sentencia No: SC-0059-2022
Acta No.: 550 del 2 de noviembre de 2022

Resuelve la Sala el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia del 17 de junio del 2021, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pereira - Risaralda, en este proceso verbal de responsabilidad médica promovido por **Marta Felicidad, Paula Andrea, María Magaly y Blanca Disney Monsalve Lopera, Diana Marcela Franco Monsalve, Juan Pablo Hurtado Monsalve, Jennifer y Sebastián Restrepo Monsalve** frente a **Asmet Salud EPS SAS** y la sociedad **Comercializadora de Insumos y Servicios Médicos S.A.S -SOCIMÉDICOS S.A.S.**, en el que fueron llamadas en garantía la aseguradora **La Previsora SA** y **SOCIMÉDICOS SAS**.

1. ANTECEDENTES

1.1. Hechos¹

Manifiestan los demandantes que conformaban el núcleo familiar más cercano de la señora Blanca Nelly Lopera Tobón (qepd) y en muchas oportunidades vivieron juntos. Para la época de los hechos la señora Nelly Lopera se encontraba afiliada en salud con **AsmetSalud EPS S.A.**,

¹ Pág. 2 - 7, c. ppal., 12. Demanda

y su prestador era la IPS Clínica San Rafael Megacentro de Alta Complejidad.

El 22 de noviembre de 2018, Blanca Nelly ingresó a esta clínica para someterse a un procedimiento quirúrgico de “*descompresión neurovascular de nervio trigeminal, corrección fístula en LCR en base cráneo posterior y oclusión de vasos meníngeos*” como tratamiento para su diagnóstico de “*neuralgia del trigémino*”.

Terminado el procedimiento, fue internada en la UCI hasta el 28 de noviembre de ese año, cuando fue remitida a la sala general de hospitalización. Sin embargo, el 2 de diciembre, presentó picos febriles persistentes, taquipnea con deterioro en la mecánica ventilatoria, presencia de E Colli y absceso hepático, entre otros diagnósticos, razón por la cual, fue remitida nuevamente a la UCI.

El 5 de diciembre siguiente, estando allí, sufrió una caída desde la camilla, lo que le ocasionó una “*hemorragia subdural traumática*”, acontecimiento por el que fue sometida al procedimiento quirúrgico denominado “*drenaje de hematoma subdural hemisferio izquierdo*”.

Como resultado de la caída, el estado de salud de Blanca Nelly comenzó a deteriorarse significativa y progresivamente, por lo que, a pesar del tratamiento con sedación, soporte ventilatorio, alimentación por sonda, tomografía craneal, entre otros, devino su deceso el 21 de diciembre de 2018.

Aseguran que el fallecimiento de la señora Nelly Lopera sucedió por negligencia, precariedad, descuido, falta de observación de los

protocolos de seguridad, atención del paciente y por la falla médica relacionada con el evento de caída de la paciente desde la camilla.

Además, que desde el 5 de diciembre de 2018, fecha de la caída, hasta cuando falleció, Blanca Nelly sufrió aflicción, zozobra, congoja y tristeza, que afectaron directamente su dignidad humana y sus derechos fundamentales a la vida y salud.

Los familiares demandantes, ante su fallecimiento, enfrentaron daños morales y a la vida de relación por el dolor interno, la tristeza, la congoja, la depresión y angustia que afectaron sus vidas en lo personal, familiar y social, al haber perdido a ese ser querido cercano y haberse privado de su compañía.

1.2. Pretensiones.²

Pidieron que se declarara a las demandadas responsables de la muerte de Blanca Nelly y, en consecuencia, que se les condenara a pagar los perjuicios derivados del daño moral y a la vida de relación.

1.3. Trámite.

Luego de subsanadas unas falencias, la demanda fue admitida por auto del 08 de septiembre de 2020³.

Notificados los demandados, se pronunciaron sobre los hechos, se opusieron a las pretensiones y propusieron como excepciones las siguientes:

² Pág. 7-10, c. ppal.; 12Demanda

³ C. Primera Instancia, T-1, P-1, archivo 29.

Asmet Salud EPS SAS⁴: (i) inexistencia de la responsabilidad civil; (ii) inexistencia de responsabilidad respecto de la calidad de los servicios prestados en la IPS Clínica San Rafael, por cuanto actuó conforme los lineamientos legales al momento de la contratación con dicha institución; (iii) inexistencia de solidaridad entre Asmet Salud EPS S.A.S. y Socimédicos S.A.S., propietaria de la IPS Clínica San Rafael Megacentro de Alta Complejidad sobre el presunto daño causado por la muerte de la señora Blanca Nelly Lopera Tobón; y, (iv) ausencia de interés sustancial por la parte actora, respecto de que Asmet Salud EPS S.A.S. no es la entidad que prestó los servicios que presuntamente han generado el perjuicio alegado.

La sociedad Comercializadora de Insumos y Servicios Médicos S.A.S. - Socimédicos S.A.S., propietaria del establecimiento de comercio IPS Clínica San Rafael⁵: (i) inexistencia de nexo causal en la producción del hecho dañoso; (ii) inexistencia de falla en el servicio y; (iii) la excepción genérica.

Asmet Salud EPS llamó en garantía a Socimédicos S.A.S.⁶, mientras que, esta IPS lo hizo en La Previsora S.A. Compañía de Seguros; solicitudes que fueron admitidas por auto del 15 de octubre de 2020, misma providencia en la que se tuvo por contestada la demanda oportunamente.⁷

El 01 de diciembre de 2020, los demandantes reformaron la demanda para incluir un dictamen pericial y concretar algunos hechos.

⁴ Archivo 43, 01 Primera Instancia, C-1, P-1.

⁵ Archivo 48, ídem.

⁶ Archivo 01, 01 Primera Instancia, C-2.

⁷ Archivo 02, 01 Primera Instancia, C-2 y archivo 10, 01 Primera Instancia, C-3, respectivamente.

Admitida la reforma con auto del 11 de diciembre de 2020⁸, las contestaciones de los demandados se produjeron oportunamente, en términos similares⁹⁻¹⁰.

Surtido el trámite de la instancia, con la audiencia inicial¹¹⁻¹² y de trámite y juzgamiento¹³, terminó con fallo en el que se negaron las pretensiones.¹⁴

1.4. La sentencia de primera instancia.

Desestimó las súplicas, por cuanto la parte actora no cumplió con la carga de demostrar la negligencia o impericia imputadas a la IPS Clínica San Rafael y a Asmet Salud EPS, en la caída de la paciente desde la camilla.

1.5. Apelación, reparos¹⁵ y sustentación¹⁶

Con idénticos escritos, los abogados que representan los intereses de los demandantes insisten con sus reparos concretos en la responsabilidad.

Las censuras las centraron en tres aspectos generales: (i) la obligación de seguridad que tenían las demandadas frente a la señora Blanca Nelly Lopera Tobón; (ii) la indebida valoración probatoria de la falladora; y (iii) la ausencia de declaratoria de la responsabilidad civil.

⁸ Archivo 53, 01 Primera Instancia, C-1, P-1.

⁹ Archivo 57, 01 Primera Instancia, C-1, P-1, contestación reforma Socimédicos.

¹⁰ Archivo 58, ídem, contestación reforma Asmet Salud.

¹¹ Archivo 72, Vídeo MP4, 01 Primera Instancia, C-1, P-1.

¹² Archivo 73, Vídeo MP4, ibidem.

¹³ Archivos 9 y 10, Vídeo MP4, 01 Primera Instancia, C-1, P-2.

¹⁴ Archivo 11, 01 Primera Instancia, C-1, P-2.

¹⁵ Archivos 12 y 13, 01PrimeraInstancia, C-1, P-2.

¹⁶ Archivos 9 y 10, 02SegundaInstancia.

En el escrito de sustentación, insistieron en esos aspectos.

2. CONSIDERACIONES

2.1. Concurren los presupuestos procesales y no hay causales de nulidad que hagan decaer lo actuado.

2.2. Como señaló la jueza de primer grado, el asunto comporta la concurrencia de sendas formas de responsabilidad: contractual y extracontractual.

La primera de estas, por la afiliación en salud de la señora Blanca Nelly Lopera Tobón con Asmet Salud EPS S.A., vínculo que se puede establecer con la lectura de los encabezados de las historias clínicas adosadas al expediente¹⁷ y la manifestación misma de los demandados, reclamo que pretenden los demandantes como herederos de la causante.

La segunda, porque Marta Felicidad, Paula Andrea, Magaly y Blanca Disney Monsalve Lopera, hijas¹⁸; y Diana Marcela Franco Monsalve, Juan Pablo Hurtado Monsalve, Jennifer y Sebastián Restrepo Monsalve, nietos¹⁹, acuden como víctimas de rebote. Calidades estas que los legitiman por activa.

Y por pasiva, concurren las sociedades ASMET SALUD EPS S.A., como afiliadora, y SOCIMÉDICOS SAS, propietaria del Establecimiento de Comercio IPS CLÍNICA SAN RAFAEL MEGACENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD, donde fue atendida, internada y falleció la paciente.

¹⁷ Archivos 09 y 20, 01PrimeraInstancia, C-1, P-1.

¹⁸ Archivo 04, 01PrimeraInstancia, C-1, P-1, págs. 1 a 8.

¹⁹ Págs. 9 a 16 ibidem.

En cuanto a La Previsora S.A. Compañía de Seguros, fue vinculada como llamada en garantía por parte de Socimédicos S.A.S., con fundamento en las pólizas 1007756 y 1007757 vigentes para la época del suceso²⁰.

2.3. Corresponde a la Sala definir si confirma la sentencia de primer grado que negó las pretensiones, porque no halló probada la culpa que se le imputa a los demandados; o si se revoca, como piden los demandantes, por cuanto se acreditaron todos los elementos que estructuran la responsabilidad médica.

2.4. Para abordar lo que es motivo de disenso, se recuerda que, producto de la redacción del artículo 328 del CGP, el sendero que traza la competencia del superior está dado por aquellos aspectos que fueron objeto de impugnación, sin perjuicio de algunas situaciones que permiten decidir de oficio (legitimación en la causa, prestaciones mutuas, asuntos relacionados con la familia, las costas procesales, por ejemplo). Es lo que se ha dado en denominar pretensión impugnativa, como ha sido reconocido por esta Sala de tiempo atrás²¹ y lo han reiterado otras²², con soporte en decisiones de la Corte, unas de tutela²³, que se acogen como criterio auxiliar, y otras de casación²⁴.

2.5. Esta Corporación ha sostenido²⁵ 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

²⁰ Archivo 04, 01PrimeraInstancia, C-3.

²¹ Sentencia del 19 de junio de 2018, radicado 2011-00193-01

²² Sentencia del 19 de junio de 2020, radicado 2019-00046-01, M.P. Duberney Grisales Herrera

²³ STC9587-2017, STC15273-2019, STC11328-2019 Y STC100-2019

²⁴ SC2351-2019; SC-3918-2021; SC1303-2022

²⁵ Sentencias de 01-09-2015, radica dp 2012-00278-01; 19-04-2016, radicado 2012-00298-02; 20-09-2017, radicado 2012-00320-01; 17-05-18, radicado 2012-00294-02; 18-09-2018, radicado 2015-00689-01; 18-12-2020, radicado 00241-04; TSP-SC-0029-2021, entre otras..

causal entre el hecho y el daño; y si ella es contractual, por supuesto, es menester acreditar su fuente.

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 (art. 1º, Ley 23 de 1981).

En virtud de ello, un débito 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 de tiempo atrás el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria (sentencia de 17 de noviembre de 2011, Referencia: 11001-3103-018-1999-00533-01, M.P. William Namén Vargas), y lo ha reiterado recientemente (sentencia SC917-2020, del 14 de septiembre de 2020, radicado 76001-31-03-010-2012-00509-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona).

2.6. Sin embargo, en la esfera hospitalaria también existe una obligación de seguridad, que se traduce en que *“el deudor de ellos ‘está obligado a*

cuidar de la integridad corporal del acreedor o de las cosas que este le ha confiado’, según recuerda nuestro órgano de cierre, en providencia que también citan los recurrentes²⁶. En esa ocasión, agregó que:

En el ámbito hospitalario, además de la prestación de los servicios médicos, paramédicos y asistenciales, y además del suministro de medicamentos y tratamientos pertinentes, de hospedaje especial, etc., que debe prestar la entidad nosocomial, tiene ésta a su cargo la obligación de seguridad *“de tomar todas las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume”* (GJ. T.CLXXX, pág. 421, citada en SC-003 de 1º de febrero de 1993, rad. nº. 3532).

Luego se ocupó de la naturaleza de esta obligación, es decir, si es de medio o de resultado. Pasó por esa sentencia de 1993 en la que se subclasificaron en obligaciones de seguridad de resultado o de medio, según que el paciente hubiese desempeñado o no una función activa en la producción del daño; recordó que en sentencia del 5 de noviembre de 2013, radicado 2005-00025-01, se enfatizó en la dificultad de esa categorización y memoró la sentencia SC259-2005; con vista en ella y en la citada de 1993, concluyó que:

Es pues, doctrina probable de esta Corporación, entender que la obligación de seguridad a cargo de centros de salud y hospitales, es dable subclasificarla en atención a la aleatoriedad e imposibilidad de controlar factores y riesgos que inciden en los resultados. En principio y de acuerdo con los estándares técnicos y científicos exigibles a la entidad, es de medio la obligación de seguridad a cargo de estos establecimientos de hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiriera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse...

²⁶ Sentencia SC2202-2019, en la que trae al recuerdo otras, como la SC259-2005, e incluso aquella emblemática del 25 de noviembre de 1938.

Y al abordar el tema de la carga de la prueba, finalmente señaló que:

Dicho esto en los términos de una jurisprudencia de vieja data: como el centro hospitalario debe desplegar su comportamiento esperado acompasado, entre otros deberes y obligaciones profesionales, a la buena praxis y el cumplimiento de protocolos y normas técnicas según lo anotado, para atribuirle un incumplimiento generador de daños deberá el acreedor insatisfecho, no sólo acreditar la existencia del contrato sino

“cuáles fueron los actos de inejecución, porque el demandado no podría de otra manera contrarrestar los ataques que le dirige el actor, debido precisamente a la naturaleza de su prestación que es de lineamientos esfumados. Afirmado el acto de inejecución, incumbe al demandado la prueba de su diligencia y cuidado, conforme al inciso 3° del art. 1604, prueba suficiente para liberarlo, porque en esta clase de obligaciones basta para exonerar al deudor de su responsabilidad acreditando cualquiera de esos dos elementos (...)”. (S.C. del 31 de mayo de 1938, G.J. XLVI n°. 567, reiterada recientemente en S.C. del 5 nov. 2013, rad. n°. 20001-3103-005-2005-00025-01).

2.7. Llegados a este punto, se memora lo dicho de tiempo atrás por esta misma Sala²⁷⁻²⁸, 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 (Sentencia SC9193-2017, de junio 28 de 2017, M.P. Ariel Salazar Ramírez)²⁹.

Flexibilización que, para el caso, se torna irrelevante, porque no ocurrió

²⁷ Sentencia del 18 de septiembre de 2018, radicado 2015-00689-01, M.P. Jaime Alberto Saraza Naranjo

²⁸ TSP.SC-0029-2021

²⁹ Cuestión a la que alude también la reciente sentencia SC3367-2020 citada

en el momento de decretar las pruebas, ni en otro estadio del proceso, como manda la norma en cita, sino que cada parte arrimó las pruebas sobre las que quiso edificar la teoría del caso que propuso y es sobre ellas que la Sala construirá la argumentación para definir la alzada, 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*.

2.8. También se observa que, cuando se involucra 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 2016-00149-01³⁰, 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,

³⁰ 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.

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.

2.9. De igual manera, se ha reiterado³¹ que, por regla general, la historia clínica no 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 la máxima Corporación, en la sentencia SC003-2018, que:

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

Existiendo en la materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que “(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)” (CSJ. Civil. Sentencia 183 de 26 de septiembre de 2002, expediente 6878).

Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente citado,

³¹ 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,

“(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)”.

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

2.10. Descendiendo al asunto que nos atañe, se recuerda brevemente que el Juzgado señaló cómo la historia clínica daba cuenta de la edad de la paciente, la fecha de ingreso a los servicios sanitarios, las patologías que presentaba, el tratamiento que recibió, el evento adverso, la forma en que fueron halladas las barandas de la camilla y los procedimientos realizados después de la caída.

Así mismo, trajo a colación la exposición del perito médico en relación con la causa de muerte de la paciente, relacionado con un hematoma subdural agudo, producido por la caída que aquella tuvo desde la camilla. Anotó sobre la identificación de las manillas, y descartó que la paciente debiese tener enfermera permanente, estar amarrada a la camilla o con camisa especial, como pretendían los demandantes, porque no estaba ordenado por el médico tratante y no era una exigencia dentro de las guías médicas.

Y adujo, como eje central de su decisión, que la parte demandada cumplió los protocolos de seguridad y atención a la paciente; probó con la historia clínica y los testimonios que la caída de la camilla acaeció por una situación propia de ella, que fue la agitación psicomotora; contaba con los procedimientos y guías para la atención, cuidado y seguridad de sus usuarios; la interna contaba con todas las medidas de seguridad, atención y cuidado, especialmente acostada en camilla con las barandas elevadas y manillas de identificación de riesgos propios; y una vez generado el hecho se realizaron los procedimientos propios del

imprevisto. Es decir, que no actuó con imprudencia, negligencia o descuido.

2.11. Los reparos a la resolución y la sustentación³² son idénticos. Allí se relacionaron tres aspectos:

(i) Indebida interpretación y aplicación del precedente judicial sobre la obligación de seguridad. Señalan que, la equivocación de la jueza se da, porque delimitó dicha obligación como de medios, entregando a los demandados la posibilidad de exonerarse de responsabilidad si acreditaban diligencia y cuidado derivado de un deber genérico de seguridad, cuando las circunstancias fácticas especiales y las características propias de la paciente exigían enmarcar la diligencia y cuidado de forma calificada y concreta en ciertos actos positivos y no genéricos que se incumplieron.

(ii) Indebida apreciación del material probatorio. Sostienen que hubo una errada interpretación por parte de la funcionaria respecto de los factores que enmarcan la diligencia y cuidado, los cuales fundamentaron bajo estos cinco aspectos: (1) no se tuvo en cuenta que por las circunstancias específicas de la paciente, la parte pasiva estaba obligada a tomar medidas razonables para evitar la caída de la paciente -suministro de sedantes o relajantes, uso de camisas especiales, inmovilizarla, sujetarla o amarrarla a la camilla, o vigilancia y custodia permanente-; (2) el tardío diagnóstico de que la paciente requería de acompañamiento permanente; (3) la ausencia de acompañamiento se le imputa a la familia de la paciente, cuando no tiene qué ver con su seguridad; (4) la historia clínica denota la necesidad de deberes positivos en cabeza de los demandados en la prevención del evento

³² Arch. 42, cuaderno primera instancia Arch. 08, segunda instancia sustentación de recurso

adverso; y (5) la paciente al momento del accidente se encontraba sola, a pesar de estar en la UCI.

(iii) Ausencia de declaratoria de la responsabilidad civil imputable a la parte pasiva. Analizan que, los elementos que la configuran fueron probados, esto es, la culpa, porque la parte pasiva incumplió la obligación de seguridad, ya que no implementó medidas suficientes para prevenir el evento adverso; el nexo causal, en cuanto la paciente falleció producto del hematoma subdural agudo causado por la caída desde la camilla; y el daño, por cuanto, en palabras de la recurrente, quedaron demostrados los perjuicios inmateriales que padecieron los demandantes y la paciente.

2.12. Tales embates, como puede verse, están exclusivamente relacionados con la obligación de seguridad que tenían los demandados con la demandante, en virtud del contrato hospitalario existente, por lo tanto, pueden solucionarse conjuntamente.

De entrada, se advierte que se despacharán desfavorablemente, ya que se concluirá que, en efecto, la obligación de seguridad de la entidad hospitalaria fue cumplida dentro de los estándares adecuados y, más allá del suceso adverso acaecido, la prueba del nexo causal se ve resquebrajada; y aunque se admitiera que se acreditó a plenitud, de los restantes elementos de la responsabilidad deprecada, la culpa endilgada quedó sin acreditación.

2.13. En efecto, el hecho de la muerte de Blanca Nelly Lopera Tobón, está acreditado³³; y es regla conocida que el deceso de un familiar cercano, tanto más si es la madre, genera un daño en su núcleo familiar

³³ 01PrimerInstancia, 01Cdno1, 01Cdno1Parte1, arch. 03

más cercano, ya que, nadie lo duda, tienen que afrontar esa lamentable pérdida.

En realidad, lo que importa descubrir aquí, es la concurrencia de los otros dos elementos, comenzando en orden metodológico por el nexo causal y siguiendo con el subjetivo.

Para ello, bueno es recordar que son dos presupuestos de la responsabilidad que difieren. Sobre ello, reiteró esta Sala en la sentencia SC-0053-2022, en la que se aludió a la SC-0039-2022, que:

Como se advierte, se vuelven a mezclar allí la culpa y el nexo causal, elementos que son diferentes. En la citada sentencia SC-0039-2022, se dijo por esta Sala, y se reitera ahora, que:

A propósito de ello, como el disenso de los demandantes tiene que ver con ambos elementos de la responsabilidad, vale recordar que esta Colegiatura los ha diferenciado, al señalar³⁴ con asiento en jurisprudencia patria, en doctrina y en sus propias decisiones, que:

...en torno al examen de los elementos axiales, importa señalar que la culpa³⁵ es la valoración subjetiva de una conducta³⁶⁻³⁷, mientras que la causalidad no solo es la constatación objetiva de una relación natural o fenoménica de causa-efecto, en palabras del maestro Adriano De Cupis³⁸: “(...) es el nexo etiológico material (es decir, objetivo o externo) que liga un fenómeno a otro, que en cuanto concierne al daño, constituye el factor de su imputación material al sujeto humano (...)”, sino también un juicio jurídico o normativo.

³⁴ TSP-SC-0022-2022

³⁵ PRÉVOT, Juan M. La obligación de seguridad, 2ª edición, Bogotá DC, Temis, 2012, p.84.

³⁶ SANTOSB., Jorge. Ob. cit. p.423.

³⁷ PATIÑO, Héctor. Las causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual, Revista de la Universidad Externado de Colombia, No.20, Colombia [En línea]. 2011 [Visitado el 2019-05-28]. Disponible en internet: www.revistas.uexternado.edu.co > Inicio > Núm. 20 (2011) > Patiño

³⁸ E CUPIS, Adriano. El daño, teoría general de la responsabilidad civil, casa editorial Bosh, Barcelona, España, 2ª traducción del italiano, 1970, p.247.

...

Y en relación con el nexo causal, también memoró la Sala en reciente decisión³⁹ que:

En ocasiones anteriores, esta Sala⁴⁰ recordó lo dicho por la Sala de Casación Civil de la Corte⁴¹, acerca de que:

...Como de un tiempo a esta parte lo viene predicando la Corte, el nexo causal, distinguido como uno de los 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 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

³⁹ Así se dijo en la sentencia TPS-SC-0005-2022 ya citada

⁴⁰ TSP-SC-0063-2021

⁴¹ Sentencia SC2348-2021

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).⁴²

⁴² Cuestión explicada más a espacio en la sentencia SC4425-2021

2.14. En el ejercicio de establecer ese aspecto material o fáctico, es reveladora la historia clínica de la paciente⁴³ que da cuenta de que María Nelly fue atendida el 22 de noviembre de 2018 en la Clínica San Rafael, con diagnósticos de “pop descompresión neurovascular de nervio trigeminal, corrección de fístula lcr, oclusión de vasos meníngeos”, “choque hemorrágico clase ii en manejo” y “ruptura venosa tentorial resuelta”. En el análisis y plan, se hizo constar que se trata de una paciente de 78 años, con antecedentes de HTA, dislipidemia, neuralgia trigeminal en estudio y manejo ambulatorio desde hace 4 años, seguimiento por neuroCX. Comenzó, entonces, su manejo médico indicado en UCI⁴⁴.

El 24 de noviembre, a las 9:26 se consideró su traslado a piso, dada su buena evolución⁴⁵, no obstante lo cual, siguió en esa unidad para su monitorización; el 28 de ese mes, a las 8:14, se le halló con mejoría del estado de consciencia, adecuado control de cifras tensionales, con trastorno hidroelectrolítico, pero sin indicación de continuar en la UCIN, se ordenó su traslado a salas generales de hospitalización⁴⁶. Sin embargo, en la evolución del 2 de diciembre de 2018 a las 13:03⁴⁷, se le halló con persistencia de fiebre y compromiso de su estado general, adinámica y asténica; desorientada en tiempo, con movilidad de extremidades. Ese mismo día, en el reporte de las 13:12, el análisis señala que la evolución era desfavorable y clínicamente estaba deteriorada; se decidió comentar con la unidad de cuidado crítico para su manejo allí por presencia de sepsis y vigilancia continua⁴⁸.

⁴³ 01PrimeralInstancia, 01Cdno1, 01Cdno1Parte1, arch. 09

⁴⁴ Pág. 2 ibidem

⁴⁵ Pág. 5 ibidem

⁴⁶ Pág. 19 ibidem

⁴⁷ Pág. 29 ibidem

⁴⁸ Pág. 33 ibidem

Ingresó a la UCI ese día a las 22:30⁴⁹, con alto riesgo de choque séptico⁵⁰, y el 3 de diciembre, a las 19:45 se reiteró ese riesgo. Ya el 4, a las 15:05, se reportó mejoría⁵¹.

En la nota del 5 de diciembre a las 00:18, se consignó en el análisis que, respecto de la paciente *“se presenta episodio de agitación psicomotora con caída de cama, la encuentran en posición mahometana sin invasiones vasculares ni elementos de monitorización externa, se realiza examen físico sin encontrarse lesiones que ameriten imágenes de extensión, se da indicación de inmovilización y reporte evento adverso...”*⁵².

A las 2:38 de ese día, se indicó tomar TAC de cráneo simple para identificar hematoma subdural o hemorragia subsaracnoidea. Y a las 3:33, revisadas las imágenes se *“evidencia hematoma subdural izquierdo, desplazamiento de línea media, colapso ventrículo lateral, con indicación de ventilación mecánica protectora...”*⁵³.

En evolución de las 6:16 del mismo día, el neurocirujano deja nota de que le refieren que fue encontrada en el suelo al lado de la cama, su posterior deterioro neurológico y la necesidad de protección de vía aérea. Ratificó el hallazgo del TAC, esto es, *“hematoma subdural agudo hemisferio izquierdo, deterioro de conciencia, requiere manejo QX, drenaje de subdural agudo, pronóstico reservado”*⁵⁴.

Luego, a las 8:45, el médico intensivista, en nota de *“refereidad de las*

⁴⁹ Pág. 34 ibidem

⁵⁰ Pág. 37 ibidem

⁵¹ Pág. 43 ibidem

⁵² Pág. 49 ibidem

⁵³ Pág. 49 ibidem

⁵⁴ Pág. 50 ibidem

01:00 a.m.” expone que acudió al llamado de enfermería, pues se activó la alerta y seguimiento de guía de reacción inmediata, *“quienes me informan sobre evento de caída del paciente de la cama (cubículo 12), según hallo en el cubículo las barandas elevadas y aseguradas, además con recomendación por personal médico de acompañamiento las 24 horas con familiar en el momento no se encontraba familiar en la unidad ni en sala de espera. Se continúa seguimiento de guía de reacción inmediata dado las condiciones clínicas de la paciente despierta, respondía a interrogatorio de lo que afirma la paciente ‘no recuerdo lo que pasó’ al examen físico no se identifican lesiones en su rostro, ni en cuero cabelludo, se evidencia autoretiro de acceso venoso central subclavado izquierdo...”*⁵⁵.

El mismo especialista, a las 9:06, con referencia al llamado que se le hizo a las tres de la mañana, expuso que la enfermera le informó del deterioro progresivo de la paciente, *“escala de Glasgow 3/15 por condición clínica se procede a asegurar vía aérea y a realizar tomografía cerebral de manera urgente para descartar patología neurológica aguda... se allega reporte de tomografía que ‘hematoma subdural agudo hemisferio izquierdo, con efecto de masa, desviación de la línea media, hipodensidad de tallo. De inmediato se contacta neurocirujano de turno Dr. Pérez quien indica traslado a la sala de cirugía”*⁵⁶.

El intensivista de turno, el mismo 5 de diciembre a las 12:36, consideró que *“la paciente cursa con una evolución clínica muy tórpida por el compromiso infeccioso que requirió de drenaje guiado mediante radiología intervencionista y ahora con un evento neurológico agudo -ya- intervenido”*⁵⁷.

⁵⁵ Pág. 50 ibidem

⁵⁶ Pág. 51 ibidem

⁵⁷ Pág. 52 ibidem

Las anotaciones posteriores no fueron más favorables, su deterioro fue constante; el 8 de diciembre, a las 9:19, se leyó un nuevo TAC de cráneo, que reveló escaso residuo hemático parietal izquierdo, escaso neumoencéfalo, línea media aún desviada a la izquierda en menor proporción, sangre a nivel de tallo línea media y posibles hemorragias de Duret.

Y así transcurrió su situación hasta el 17 de diciembre, cuando, según nota de las 13:45, se le planteó a la familia la “*realización de traquea y gastrostomía*”⁵⁸; para el 18 se hizo constar que los familiares autorizaron los procedimientos⁵⁹ y se solicitaron prequirúrgicos; sin embargo, el 20 de diciembre, los mismos familiares decidieron firmar un desistimiento de maniobras o procedimientos invasivos que incluye la realización de traqueostomía, gastrostomía, maniobras avanzadas de reanimación incluyendo compresiones torácicas, escalonamiento de soportes o maniobras de reanimación cardiopulmonar⁶⁰.

El 21 de diciembre, presentó paro cardiorespiratorio sin respuesta a terapia de reanimación y falleció a las 13:30⁶¹.

2.15. De este conjunto de cosas, desde el elemento fáctico, salta a la vista que la paciente, aunque en un estado de salud desfavorable, venía siendo tratada por los galenos en piso y en UCI, y que, a pesar de su leve mejoría, sufrió un evento adverso, que aquí nadie discute, al caer de su cama el día 5 de diciembre; le fue detectado un hematoma subdural agudo y, a partir de allí, la evolución fue más desfavorable y sobrevino la muerte.

Lo que sigue es la causalidad jurídica, para, como dice la Corte, fijar el

⁵⁸ Pág. 97 ibidem

⁵⁹ Pág. 101 ibidem

⁶⁰ Pág. 11 ibidem

⁶¹ Pág. 114 ibidem

sentido de cada gestión y establecer la conexidad con el daño. Dicho de otra manera, hay que verificar si la caída propició el hematoma subdural y este fue el que produjo la muerte de la paciente. Solo así, se podría analizar si la gestión fue imperita y contribuyó a ese resultado.

El Juzgado dedujo que, ciertamente, ese fue el hilo causal. Y ello puede inferirse, no solo de los testimonios técnicos escuchados, sino del interrogatorio absuelto por el representante legal de una de las demandadas y del dictamen pericial que se aportó que, dicho sea de una vez, puede ser valorado, pues se ajusta a las exigencias del artículo 226 del CGP.

Comenzando por este último, el perito Ignacio Alberto González Borrero, especialista en neurocirugía, explicó la correlación clínica y médico legal⁶² y dijo que se trataba de una paciente frágil, de 78 años, hipertensa, en posoperatorio de cirugía cerebral y sangrado intraoperatorio, complicado, pues hizo neumonía que evolucionó a septicemia y, como resultado de esta, tuvo absceso de hígado; condiciones que iban mejorando, hasta el 5 de diciembre de 2018 cuando registró un episodio de agitación y delirio que causó su caída desde la cama, presentó hematoma subdural agudo de todo el hemisferio izquierdo y, a pesar de ser operada en tiempo, no se recuperó y falleció.

Dijo que el hematoma subdural es el más grave de todos los que afectan el cerebro, pues el paciente usualmente tiene un deterioro neurológico súbito y la mortalidad puede ser hasta del 50%. La posibilidad de recuperación depende del tamaño del hematoma y del estado clínico del paciente; pacientes con hematomas grandes y mal estado neurológico,

⁶² 01PrimerInstancia, 01Cdno1, 01Cdno1Parte1, arch. 50

como en este caso, tienen una probabilidad de muerte del 90%; a mayor edad las posibilidades de recuperación se disminuyen.

Categorícamente señaló que la muerte de Blanca Nelly Lopera fue como consecuencia del hematoma subdural agudo y este, a su vez, fue causado por la caída desde la camilla, que produjo un deterioro rápido en su conciencia, en la primera hora la escala de Glasgow bajó de 14, que era su estado neurológico previo, a 3; el TAC de cráneo diagnosticó hematoma subdural agudo del hemisferio izquierdo, que ocurre cuando hay un trauma severo que ocasiona movimiento del cerebro contra el cráneo y produce la ruptura de las venas que drenan la sangre de la superficie del cerebro hacia el hueso; esta ruptura produce sangrado que comprime el cerebro hasta afectar su irrigación sanguínea.

La evolución posterior fue mala, no tuvo recuperación del estado de coma y, como consecuencia del daño cerebral, falleció.

Explicó que la paciente se encontraba en estado de Glasgow 14 (desorientada) y presentaba delirio, como consecuencia de esto tuvo episodio de agitación que generó la caída de la camilla. La probabilidad de muerte, luego del suceso, era del 90%, pues la paciente traía unos factores de riesgo que empeoraban su pronóstico, como la edad, su estado posoperatorio por craneotomía previa, su estado sistémico (septicemia en fase crítica).

Adujo que los hallazgos anotados en la historia clínica el 8 de diciembre son normales para un tipo de lesión como la de la paciente. Neumoencéfalo significa presencia de aire; las hemorragias de Duret son un signo de mal pronóstico que significa lesión en trallo cerebral, es un signo ominoso (fatal); hernia uncal y subfalcina significa el

desplazamiento que sufre el cerebro por el hematoma.

Terminó diciendo que la consulta del 22 de noviembre de 2018 fue para craneotomía como tratamiento de neuralgia del trigémino, y a pesar de tener un posoperatorio complicado, la muerte no tuvo que ver con esa consulta o el tratamiento que se le brindó; lo que ocurre es que el estado de debilidad por su situación sistémica hizo que su deterioro por el hematoma subdural fuera más rápido y agresivo.

Luego, en la audiencia⁶³, explicó (i) que la principal causa del hematoma subdural es el trauma, aunque una probabilidad poco frecuente es la discrasia sanguínea, que es cuando el paciente ha perdido la posibilidad de coagular la sangre, o cuando se rompe un aneurisma cerebral y hay hemorragia masiva, pero ninguna de estas situaciones ocurrió en este caso; (ii) aquí hay una correlación entre el trauma y el hematoma subdural; y (iii) en un anciano el cerebro es muy pequeño y el hematoma se puede presentar por traumas de baja cinemática, como la caída de la cama.

A preguntas de la apoderada de la aseguradora⁶⁴, respondió que el hematoma nada tuvo que ver con lo que fue motivo de su consulta en la Clínica San Rafael, que era una neuralgia del trigémino; tal patología puede llevar a una cirugía mayor, porque el cirujano debe entrar a una parte profunda donde está el nervio y quitar las arterias que lo envuelven; explicó que, en general, cuando se abre el cerebro, el paciente debe pasar por la UCI, para evitar un deterioro, pues se requiere monitorización continua. Agregó que todo paciente operado del cerebro en sus primeros días puede tener alguna alteración de su

⁶³ 01PrimerInstancia, 01Cdno1, 03Cdno1Parte2, arch. 09, min. 00:35

⁶⁴ Ibidem, min. 17:54

estado mental, pues se hincha; es común que se pierda la capacidad de raciocinio. El estado de conciencia se clasifica en escala de Glasgow, de 3 a 15; ella presentaba una escala de 14, es decir, *“una persona que está incoherente, y cuando las personas están incoherentes se encuentran en un sitio que no conocen, entonces normalmente se agitan y esto es un fenómeno común en un paciente que está en la UCI, entre otras cosas como los mantienen muy sedados, y hay que mantenerlos sedados, cuando el paciente despierta no sabe dónde está, entonces eso le ocasiona una angustia que se transmite en forma de agitación...”*.

Señaló que es usual que un paciente neurológico en la UCI sea sujetado de manos y pies, para evitar caídas, o que se quite los instrumentos que le dan soporte, como los tubos o catéteres.

Reiteró que los factores de riesgo que la paciente presentaba son agravantes; pero, un anciano puede sufrir un hematoma subdural agudo que le cause la muerte, aunque previamente esté sano, pues el mayor factor de riesgo es la edad.

Interrogado por la apoderada de Socimédicos SAS⁶⁵, sobre el porqué mencionaba una escala de 14, cuando la historia clínica hasta el día 5 de diciembre daba cuenta de una escala de 15, indicó que sobre 15 no se requeriría sujeción, pero que es fácil que las enfermeras se equivoquen, porque el paciente puede responder bien unas preguntas, pero no tener una clara visión del entorno, ya que el estado de agitación conlleva que él mismo se haga daño; así la historia clínica diga que la paciente estaba en Glasgow de 15, no obedece a la realidad, pues presenta algún estado o tipo de alteración de la conciencia y *“...por eso se debe decir que es un Glasgow de 14, aparte tiene una clara pérdida del conocimiento de su*

⁶⁵ Ibidem, minuto 40:33

entorno...”, prueba de lo cual es la caída, porque si las barandas son altas, un paciente que está en estado de conciencia no se cae de la cama.

Expuso que es normal que una persona que aparentemente esté normal, al siguiente instante se esté jalando el tubo que lo mantiene vivo.

Fue interrogado el médico Francisco Alejandro Arias Sánchez⁶⁶, en calidad de subgerente de Socimédicos SAS⁶⁷ quien se desempeñaba como director médico de la Clínica San Rafael para la época de los hechos. Se refirió, entre muchas otras cosas, a las comorbilidades y la intervención quirúrgica a la que fue sometida la paciente, previo al evento adverso. Dijo que esas enfermedades se fueron agravando por la edad de la señora Blanca Nelly, quien tenía un proceso hepático en progreso que llevó a su deterioro, mismo que pudo ser la causa de la agitación psicomotora, sobre lo cual expresó sus dudas.

Manifestó que hay unos factores que pudieron llevar al deterioro y a la muerte de la paciente, pues tenía un derrame bilateral que, según la historia clínica era de 500 cm en cada pulmón, volumen considerable, un absceso hepático medial y un sangrado de difícil control. Indicó que, si bien la muerte de la paciente pudo haber tenido como causa la caída, le llamó la atención que en el evento adverso no se le hayan encontrado estigmas, como un chichón, enrojecimiento o golpe, de ahí que dudara también si fue el sangrado causado por la intervención quirúrgica previa el que produjo la agitación o primero fue el evento adverso y luego el sangrado.

Señaló las formas en que se pueden presentar las agitaciones y cómo los

⁶⁶ Archivo 72 Audiencia 372 CGP, formato MP4, 01PrimeraInstancia, C-1, P-1, tiempo 1:06:24.

⁶⁷ 01PrimeraInstancia, C-1, P-1, arch. 34, p. 3

pacientes pueden llegar a sobresaltar las barandas de las camillas o deslizarse entre ellas; también, expuso que la sujeción para contrarrestar la sacudida puede llegar a resultar contraproducente, tanto así que tiene contraindicaciones específicas.

Se refirió a la monitorización, a la cantidad de auxiliares por camas en la UCI, que es superior a la de hospitalización; y a que es innecesario sujetar a todo paciente con riesgo de caída, salvo que haya instrucción médica; y a que la llegada de los pacientes a las UCI no implica la sujeción automática.

En todo caso, a preguntas de uno de los apoderados⁶⁸, admitió como cierto que la paciente, en las condiciones en que se hallaba, requería acompañamiento permanente.

El mismo médico Arias Sánchez fue escuchado⁶⁹ como testigo. Se acota que no hay constancia de que hubiera atendido a la paciente, con lo cual se trataría simplemente de una versión de un experto. Mas, para la Sala está claro que las preguntas que se le formularon bien hubieran podido elevarsele como representante de una de las demandadas en el interrogatorio.

En todo caso, mencionó los planes implementados en la Clínica para la época de los hechos, el proceso de seguridad del paciente y los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud, utilizados por las entidades certificadas. Destacó especialmente tres documentos, uno denominado *“ingreso de atención y egreso del paciente”*, otro *“identificación del paciente por medio de manillas e informar sobre riesgos de presentar*

⁶⁸ *Ibidem*, 01:26:44

⁶⁹ Archivo 94 Audiencia 373 CGP, formato MP4, 01PrimeraInstancia, C-1, P-1, tiempo 43:00.

en el área como caídas o inconvenientes con equipos médicos y otros” y, por último, *“guías de reacción inmediata ante evento adverso”*. El primero sobre las medidas para el ingreso de los pacientes a las áreas de la Clínica; el segundo, la identificación y clasificación de los pacientes con manillas de colores, según sea el caso, donde la roja señala riesgo de caída de paciente, úlcera de presión, paciente mayor de 60 años; y la tercera, relacionado con la guía de atención inmediata para pacientes que sufren caídas.

También dijo que la inmovilización del paciente es algo que define el médico tratante por las contraindicaciones que conlleva, y que no es una práctica estandarizada. Mencionó que la paciente en este caso no presentaba recomendación de sujeción y para prevenir el riesgo de caída que fue advertido e identificado con la manilla roja, se utiliza a nivel mundial subir las barandas de la camilla.

Valga señalar que, en varias oportunidades esta Sala se ha referido a la declaración de expertos y su escaso valor suasorio. Por ejemplo, en la sentencia SC-0029-2021 se recordó que:

Recientemente dijo esta Sala, en la sentencia TPS.SC-0038-2021, refiriéndose al tema, que:

...Hay que destacar que esta Sala ha limitado el valor de este tipo de prueba, la del testimonio de un experto que no es técnico, porque nunca intervino en la atención del paciente, a propósito de lo cual, en reciente providencia del 15 de enero del presente año, en el radicado 2016- 00197-01, se recordó que en la sentencia SC9193-2017 la Sala de Casación Civil de la Corte hizo una distinción entre cuatro medios de prueba: el testimonio, el testimonio técnico, la prueba pericial, y lo que ahora se da en llamar los conceptos técnico científicos, que aportan expertos que acuden al proceso a dejar su impresión sobre aspectos generales, aun cuando no conozcan de los

hechos motivo de investigación, ni hayan participado en los mismos.

Allí se memoró lo que esta misma Sala tuvo oportunidad de decir en providencia del 14 de noviembre de 2017, radicado 66001-31-03- 001-2003-00197-01, acerca de que tal especie admite algunos reparos, por ejemplo, que sin que deba estar precedido de solemnidad alguna, pues la Corte señaló en esa ocasión que era innecesario el juramento, pudiera ir en contravía de dictámenes periciales, o de testimonios técnicos, estos sí antecedidos de una serie de formalismos, como el juramento, la calidad del testigo o del perito, sus antecedentes personales y profesionales, para señalar solo algunos; además, para la parte contraria su contradicción se tornaría compleja, porque tratándose de asuntos científicos, técnicos o especializados, que apenas se conocerán al absolver las preguntas que se formulen, solo le queda formular interrogantes sobre un asunto que quizá el mismo apoderado judicial desconozca, lo que no ocurre con un dictamen pericial, en la medida en que su controversia puede darse con un interrogatorio al perito en la audiencia o valiéndose de otro dictamen pericial.

Sin embargo, hay que reconocer que la jurisprudencia sigue avanzando en la admisión de ese medio probatorio, y es por ello que, luego de un prolijo análisis sobre lo que denomina la literatura basura, en todo caso resaltó la Corte, en la sentencia SC5186-2020, que a estos testimonios debe dárseles un tratamiento autónomo y valorarlos conjuntamente con las demás pruebas, siguiendo las reglas de la sana crítica. Precisamente, al apreciar el testimonio de una “galena, calificada por la censura como "testigo técnico", aclaró la alta Corporación que ella carecía “de esa adjetivación por cuanto no era médico especializada en oftalmología, faltando al criterio de idoneidad para el tema específico dictaminado que versaba sobre esa ciencia, al tenor de los criterios arriba descritos dimanantes del C. G. del P. y de la doctrina de la Sala. Además, las manifestaciones de la profesional no las refiere por haber estado presente durante el acaecimiento de los hechos. Solo emitió una impresión por referencia. Se fundamentó para el efecto en el contenido de la historia clínica de Hasyyr Marín Rivas. **Su valoración debe hacerse, sin ningún reparo, ante la libertad de medios prevista en el artículo 165 del Código General del Proceso**” (resaltado propio)...

Entonces, si esos dos deponentes no atendieron al paciente, como claramente lo advirtieron al comenzar sus intervenciones, es inadecuado calificarlos de testigos técnicos. Se trataría, simplemente, de este especial medio de prueba que menciona la jurisprudencia, con todo y los reparos que sobre él se hacen, cuyo valor de persuasión, si es que se admite la posición de la Corte, sería escaso, por cuanto se concentran en hechos que no percibieron, por un lado; por el otro, tienen como fundamento únicamente la historia clínica, y no vienen soportados en estudios científicos que permitan concluir su grado de validez, que es lo mismo que acontece con la literatura que el médico demandado trajo como soporte de su defensa (p. 208, c. 1, parte 1), al menos la que está en castellano, porque se trajo otra en inglés (p. 193 ib.) sin traducción, con desconocimiento de lo reglado por el artículo 251 del CGP, por lo que no se puede valorar.

En su relato, el médico neurocirujano Jhon Abello⁷⁰, testigo técnico, en cuanto atendió a la paciente, dijo que cualquier persona con cambios en su estado mental puede presentar agitación psicomotora, es decir, cambios en su comportamiento y algo que induzca a tirarse desde donde esté, sea de pie, desde su propia altura, o desde una cama, como en este caso. Y reiteró que una paciente de edad, incluso posquirúrgica, así sea tardío, o como en este evento, que tenía signos de infección, o tenía un rastro hidroelectrolítico, podía presentar agitación psicomotora.

Manifestó que un hematoma subdural agudo requiere un impacto de alta energía, aunque también se puede presentar por la ruptura de malformaciones a nivel intracraneano, que pueden ser aneurismas o fístulas; de manera que a la edad de esta paciente no solo un trauma desencadenaría un hematoma subdural.

⁷⁰ Archivo 94 Audiencia 373 CGP, formato MP4, 01PrimeraInstancia, C-1, P-1, tiempo 10:15.

Y puso en duda que el que Blanca Nelly registró y por el que fue intervenida proviniera de la caída, porque ella fue hallada en posición mahometana, es decir, agachada con la cabeza inclinada, posición que podría provenir de un dolor intenso; pero cuando se recibe un trauma normalmente el paciente cae al suelo y requiere un alto nivel de energía para generar un hematoma o una fractura, o algún trauma en hombros o piernas, nada de lo cual ocurrió con ella; incluso él fue llamado por la familia para que la revisara y le sorprendió que no le encontró ningún estigma o trauma.

No duda de la existencia del hematoma subdural, pero un trauma intenso produce contusión cerebral que hace que la piel se ponga morada. Se pregunta, entonces, si el evento fue o no traumático, porque ella no presentaba hematomas en la piel, equimosis, fractura nasal u orbitaria, tampoco en el hombro o en el brazo. Más bien, resulta probable que ella tuviera una malformación en la cabeza que se rompió y formó el hematoma, cuestión que no se estudió, porque siempre se partió del evento traumático.

Interrogado por la apoderada de Asmet Salud EPS⁷¹, indicó que las patologías de base que presentaba la paciente unidas al hematoma, eran factores adversos. También dijo que ni la historia clínica, ni lo que él pudo percibir directamente cuando fue llamado, dan cuenta de un estigma traumático, ni fracturas, ni hematomas le fueron observados.

La apoderada de Socimédicos SAS, también le preguntó⁷² y señaló que la agitación psicomotora en UCI es fácilmente controlable, si se controlan a su vez las causas, por ejemplo, la hipertensión, la falta de

⁷¹ Ibidem, min. 32:44

⁷² Ibidem, min. 37:41

oxigenación, el dolor, un trastorno electrolítico, como sodio, potasio o cloro alterado. En cambio hay eventos súbitos difíciles de controlar, por ejemplo, si el paciente presenta algo que le genere un dolor de cabeza intenso, algo que se rompa en la cabeza, puede inmediatamente generar la agitación.

Compareció el médico Carlos Andrés Peluffo Arias⁷³, médico intensivista, quien atendió a la paciente. Recordó el evento adverso que ella sufrió y señaló que es difícil precisar qué lo causó, porque la agitación psicomotora es imprevisible, puede presentarse en cualquier momento, aunque una de las posibles causas pudo ser el proceso infeccioso que ella traía, que no se encontraba en su entorno y no había caras conocidas.

Cuando le informaron, se comunicó con el médico de apoyo, la señora estaba sentada, como confusa, pero le respondió lo que le preguntó, no le observó golpes, lesiones o heridas en el cuero cabelludo o en la cara, no tenía sangrado por la nariz o la boca.

Precisó que es difícil decir que el hematoma subdural fue producido por la caída, porque pudo ser eso, o que ya lo tenía pequeño y se agudizó hasta aumentar en tamaño en el momento de la caída.

Agregó que ella tenía las barandas elevadas aseguradas y estaba con el personal de enfermería asignado. Y sobre el acompañamiento de la familia en la UCI dijo que es normal en los menores de edad, o con personas que tengan demencia senil o algún trastorno cognitivo, pero en general no hay acompañamiento las 24 horas del día.

⁷³ Tiempo 2:00:39, ibidem.

Respondió que lo que agravó la situación de la paciente, más que la caída, fue su lesión neurológica, porque, reiteró, él no le halló ningún golpe y la encontró sentada.

2.16. Del anterior entramado surge una primera conclusión clara: el hematoma subdural agudo que padeció Blanca Nelly fue el detonante de su muerte, en la medida en que su delicado estado de salud impidió que su cuerpo resistiera ese nuevo embate.

Ahora, la pregunta que surge es evidente. ¿Qué produjo el hematoma subdural?. Y la respuesta más obvia parece ser, como lo dijo el Juzgado, que fue la caída que ella sufrió, es decir, un trauma. Sin embargo, yendo un poco al fondo de las cosas, los médicos escuchados, a pesar de tener un vínculo con las demandadas, lo que hace que se les valore con mayor rigor, fueron enfáticos en señalar, como también lo hizo el perito, que una patología tal puede provenir de otras causas que, para decirlo con claridad, en este caso nunca fueron analizadas, como lo señaló uno de ellos.

Ciertamente, si se recuerda, el perito afirmó que el hematoma puede provenir de la dificultad de coagular la sangre, o cuando se rompe un aneurisma cerebral y hay hemorragia masiva; y agregó que ninguna de estas situaciones ocurrió en este caso. Sin embargo, tal afirmación carece de un respaldo científico en su dictamen; simplemente, fue su apreciación, porque en la historia clínica no hubo reporte de un daño similar, pero, no porque una de estas circunstancias hubiera sido de imposible ocurrencia. Al contrario, si la paciente venía de ser intervenida en su cabeza, con un sangrado importante reportado en la historia clínica, concluir de manera tan categórica que aquí solo la caída pudo producir el hematoma, no pasa de ser una de las hipótesis que el

mismo perito planteó.

Y es que, si de considerar la sola historia clínica se tratara, sin más análisis, habría que reprocharle al auxiliar que desconociera las anotaciones acerca de que a la paciente se le encontró sentada, en posición mahometana, un tanto improbable de una persona de tan avanzada edad que ha caído de la cama y se ha causado un golpe tan severo que le produjera un hematoma subdural, pues dicho está por todos los profesionales que desfilaron aquí, que para una consecuencia de ese tipo se requiere un trauma intenso.

Pero, adicionalmente, omitió explicar por qué, como dijeron los médicos que la revisaron al momento del suceso adverso, no presentaba hematomas, o equimosis, o sangrados en la cabeza, en la boca o en la nariz, ni lesiones en sus brazos, con todo y la manifiesta debilidad que ella registraba en su historia clínica.

Es decir, que la caída pudo ser una causa probable del hematoma que llevó al deterioro; pero también pudo serlo una de las otras, que, según señalaron los mismos médicos, tenía, sobre todo en la infección que ella padecía, un abrevadero importante para una lesión de ese tipo, situación que aquí no fue descartada científicamente.

De ahí la conclusión de arriba en el sentido de que el nexo causal mismo se resintiera en este caso, porque, aunque la muerte se aceleró indiscutiblemente con el hematoma subdural, lo que no se alcanzó a demostrar con suficiencia, desde el ámbito jurídico, es si este se produjo por la caída o por otro de los factores que clínicamente lo pueden ocasionar. Por tanto, tampoco podría llegarse a la conclusión, sin temor a equívocos, de que la muerte se aceleró por un trauma severo que

produjo el hematoma. Esa pudo ser apenas una de las causas.

2.17. Y aún si se pasara por la radical conclusión del perito acerca de que, en este caso concreto, solo el golpe recibido con la caída pudo producir el hematoma subdural, y con ello se diera por sentado el nexo causal, ya que la paciente se desmejoró notablemente desde su aparición y murió, vendría indispensable revisar el elemento subjetivo, pues con la prueba recaudada también quedó acreditado que, en condiciones normales, a la paciente se le brindó la atención médica y hospitalaria debida.

Partiendo de la base de que lo que se le achaca es que la paciente no tuviera compañía permanente de su familia, también en ese aspecto el perito parte de una primera premisa equivocada, al menos frente a lo que refleja la historia clínica y ello, no fue tampoco desvirtuado científicamente. Y es que, mientras que el documento refiere que hasta el 4 de diciembre, antes del suceso adverso, la escala de Glasgow se mantuvo en 15/15, el auxiliar deduce por la condición clínica que no podía ser así, sino de 14/15; pero, a decir verdad, eso carece también de un respaldo técnico, es su sola apreciación por las patologías que ella presentaba, pero allí habría qué decir que hasta el momento de ser llevada a la UCI y aun estando allí, con todo y sus dificultades, ella se comunicaba con sus médicos y sus familiares.

Y de acuerdo con lo dicho por los expertos aquí escuchados, además de la cinta de prevención, que la tenía, y de las barandas de protección arriba, que también hubo precaución en mantenerlas, otra alternativa con algunos pacientes es la de privarlos de sus movimientos propios sujetándolos a la cama, pero ello, coinciden los galenos, solo debe ocurrir en eventos extremos, porque puede ser un remedio más contraproducente para el mismo paciente, y a criterio del médico

tratante que, en este caso, no vio la necesidad de inmovilización.

Ahora, es cierto que por la edad de la paciente y según lo admite uno de los deponentes, en lo que coincide con el perito, era recomendable que ella estuviera acompañada permanentemente. Pero, se sabe también que se encontraba en la UCI, constantemente monitoreada y la historia clínica no contiene una anotación precisa acerca de la necesidad de ese acompañamiento por parte de sus familiares.

A ello se suma que su caída fue súbita, es decir, se trató de una agitación psicomotora que, para las condiciones de debilidad en que estaba la paciente, parecía fácilmente controlable con las barandas arriba de manera permanente, como lo estuvieron. De ahí lo extraño del suceso, como bien lo dijo uno de los declarantes, y más especial aún, la posición en que ella fue encontrada, sin signos, además, de haber recibido un golpe severo.

Y esta es la otra parte que debe tenerse en cuenta aquí, dado que la culpa que se le imputa a las demandadas, proviene de que la paciente se hubiera caído de la cama; pero esa situación, por sí sola, es insuficiente para atribuirles la responsabilidad sobre la muerte porque, de un lado, siendo la obligación de seguridad especial, como aducen los recurrentes, aquí se demostró que se tomaron las precauciones debidas para la protección de la integridad de la paciente, solo que un hecho súbito acaeció y propició su caída.

Y del otro, como ya se vio al analizar el nexo causal, no bastaba acreditar la caída y la falta de un acompañante; era menester demostrar que el hematoma subdural severo fue producto de esa negligencia o impericia, y ello, ya se dijo, quedó en entredicho.

2.18. Como corolario de lo dicho, es válido señalar que fue razonable el estudio que del caso efectuó el funcionario de primer grado con soporte en la historia clínica, el dictamen y los testimonios recaudados, pues el material probatorio no revela la imprudencia, la negligencia, la impericia o la falta de cumplimiento de reglas que se les endilga a las demandadas.

Así que ninguno de los reparos tiene la virtud para quebrar el fallo, que, por tanto, será prohiado.

El análisis de los demás testimonios recaudados, a estas alturas se torna innecesario, por cuanto tienden a la demostración de los perjuicios causados.

2.19. Las costas en esta instancia serán a cargo de los recurrentes y a favor de la parte demandada, por estar previsto así en el artículo 365-1 del CGP. Ellas se liquidarán en primera instancia, de manera concentrada, siguiendo las reglas del artículo 366 ibidem. Para tal fin, en auto separado, se fijarán las agencias en derecho.

3. DECISIÓN.

En armonía con lo dicho, esta Sala de Decisión Civil-Familia del Tribunal Superior de Pereira, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley, **CONFIRMA** la sentencia del 17 de junio del 2021, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito Pereira, en este proceso Verbal de Responsabilidad Medica promovido por **Marta Felicidad Monsalve Lopera** y otros frente a **Asmet Salud E.P.S. S.A.S.** y otros.

Costas en esta sede a cargo de la parte recurrente y a favor de las demandadas. Se liquidarán en la forma indicada.

Notifíquese,

Los Magistrados,

JAIIME 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: **2ffa39a00d32d949e33b6e412b95ff85fdb608621f6ee2abd380623d69717510**

Documento generado en 02/11/2022 10:33:45 AM

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