

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

Santiago de Cali, seis (06) de febrero de dos mil veintitrés (2023)

PROCESO : RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL.
DEMANDANTES : VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO.
NORA LIGIA GIRALDO GONZALEZ.
JULIA ROSA GIRALDO GONZALEZ
DEMANDADOS: INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS
RADICACION : 760013103001-2021-00018-00

SENTENCIA ESCRITA N° 004

Procede el Despacho a proferir sentencia escrita de primera instancia dentro del proceso de la referencia, anunciado el sentido del fallo en audiencia oral y con fundamento en lo dispuesto en el numeral 5º del artículo 373 del Código General del Proceso.

I.- ANTECEDENTES.

1. Los demandantes: VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO, NORA LIGIA GIRALDO GONZÁLEZ y JULIA ROSA GIRALDO GONZÁLEZ, demandan al INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, para que previo el trámite de un proceso Verbal de Mayor Cuantía, en sentencia definitiva se hagan las siguientes o semejantes declaraciones:

“PRIMERO: Que se declare civil y extracontractualmente responsable a la INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA - CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, identificada con NIT 890.301.430-5, por el fallecimiento de la señora RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, como consecuencia de la falta de atención oportuna el día 14 de enero de 2.019, fecha en que fue atendida en el servicio de urgencias de esa entidad. PRIMERO: Que se declare civil y extracontractualmente responsable a la INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA - CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, identificada con NIT 890.301.430-5, por el fallecimiento de la señora RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, como consecuencia de la falta de atención oportuna el día 14 de enero de 2.019, fecha en que fue atendida en el servicio de urgencias de esa entidad. SEGUNDO: En consecuencia a la declaración de responsabilidad civil extracontractual, se condene a la INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA - CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, a pagar a favor de los demandantes las siguientes sumas de dinero por los siguientes conceptos: 2.2. DAÑOS INMATERIALES. 2.1.1. PERJUICIOS MORALES: Para el señor VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO la cantidad de cien (100) salarios mínimos, mensuales, legales y vigentes. Para la señora NORA LIGIA GIRALDO GONZÁLEZ la cantidad de cincuenta (50) salarios mínimos, mensuales, legales y vigentes. Para la señora JULIA ROSA GIRALDO GONZÁLEZ la cantidad de cincuenta (50) salarios mínimos, mensuales, legales y vigentes. 2.1.2. DAÑO A LA SALUD: Para el señor VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO la cantidad de cien (100) salarios mínimos, mensuales, legales y vigentes. Para la señora NORA LIGIA GIRALDO GONZÁLEZ la cantidad de cincuenta (50) salarios mínimos, mensuales, legales y vigentes. Para la señora

JULIA ROSA GIRALDO GONZÁLEZ la cantidad de cincuenta (50) salarios mínimos, mensuales, legales y vigentes. TOTAL DAÑOS INMATERIALES 400 SMMLV.”.

Igualmente, piden los accionantes se reconozca sobre ese valor un interés hasta el momento de su pago y la respectiva condena en costas procesales al demandado.

2. Las anteriores pretensiones se fundamentan en los siguientes HECHOS esenciales:

La víctima RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, ingresa a la unidad de urgencias de la entidad accionada, el 14 de enero de 2019, con síntomas de sensación de cansancio y fatiga, hipotensión, taquicardia y saturación, y se presenta una negligencia por la enfermera que la atendió y el personal de salud de la clínica, porque no se le prestó la atención oportuna y acorde con la gravedad de su estado de salud, dado que se direcciona a la paciente a la red pública de atención en salud, en atención a que estaba retirada del sistema y no contaba con EPS; aquella sale de esa institución e ingresa al HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, en malas condiciones de salud, presentando un paro cardiorrespiratorio, y pese a las maniobras de reanimación que le realizaron, fallece el día 15 de enero de 2019, en las horas de la madrugada, es decir, dos horas y media después de que el personal de la entidad demandada negó la atención médica que requería.

II.- ACTUACION PROCESAL.

1. La demanda es admitida mediante auto de fecha 01 de marzo de 2021, en el que se ordenó correr traslado de la demanda al demandado por el término de veinte (20) días para que la contestara, y siguiéndose el trámite de un proceso verbal de mayor cuantía (art. 368 y ss CGP).

2. La notificación de aquel auto admisorio a la parte demandada al demandado ocurrió por conducta concluyente, reconocida en auto del 29 de julio de 2021; y, en lo tocante al llamado en garantía hecho por el demandado a la aseguradora CHUBB LA PREVISORA SA COMPAÑÍA DE SEGUROS, aceptado mediante auto del 29 de julio de 2021, ocurre por conducta concluyente (auto del 23 de noviembre de 2021), sujetos procesales que en tiempo contestaron la demanda aceptando unos hechos y oponiéndose a otros, sumado a alegar las siguientes excepciones de mérito, conforme el respectivo sustento que se expone:

2.1. Excepciones propuestas por el demandado CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS:

-Ausencia de culpa imputable a CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS por no estar acreditado actuar negligente o imperito que hubiese producido el daño reprochado en la demanda.

-Inexistencia de responsabilidad civil atribuible a CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS por ausencia de nexo causal requerido.

-No medio de prueba en el expediente que acredite que el fallecimiento de la señora RUBIELA GIRALDO, acaeció como resultado de la presunta falta de atención por parte de la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.

-El contenido obligatorio que conlleva el servicio médico es de medios y no de resultado.

-La atención médica brindada se cumplió conforme a la lex artis y la discrecionalidad científica.

-Culpa exclusiva de la víctima directa y de las víctimas indirectas.

-Caso fortuito.

-Ausencia de elementos de prueba que acrediten la causación de los perjuicios alegados por la demandante.

- Enriquecimiento sin causa.

2.2. Excepciones propuestas por el llamado en garantía CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA:

1. Frente a la demanda:

-Diligencia y cuidado: ausencia de culpa del asegurado INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.

- Ausencia de nexo de causalidad.
- Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados.
- Inexistencia de prueba y excesiva tasación de los perjuicios extrapatrimoniales.
- Improcedencia de una sentencia condenatoria.

2. Frente al llamamiento en garantía efectuado por el demandado:

- Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS, de la póliza No. 12-49335, por ausencia de responsabilidad del INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.

- Exclusión de errores administrativos de la póliza de RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS No. 12-49335.

-Valores asegurados y deducibles aplicables de la póliza de RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS No. 12-49335

3. Surtido el traslado secretarial conjunto al demandante, acerca de las excepciones de mérito alegadas por la pasiva y llamado en garantía, en los términos señalados en los arts. 110 y 370 del CGP, el despacho procedió a fijar fecha y hora para llevar a cabo las audiencias orales de que tratan los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, convocada de manera concentrada mediante auto del 03 de marzo de 2022, de manera única y virtual, diligencia que se lleva a cabo en el día 2 de febrero último, en donde se culmina la audiencia de instrucción y juzgamiento, con las etapas procesales de alegatos y anuncio del sentido del fallo, con breve exposición de sus fundamentos, y se procede ahora a emitir esta decisión escrita, en donde se condensará y explicará con la mayor claridad posible lo allí anunciado.

CONSIDERACIONES

1. PRESUPUESTOS PROCESALES

Del examen de los denominados por la doctrina y Jurisprudencia como presupuestos procesales, se deduce que los mismos se encuentran presentes en el proceso, por cuanto se verifica el requisito de capacidad para ser parte, alusiva a natural en los demandantes, y jurídica de derecho privado en la organización demandada, incluida la llamada en garantía; la capacidad procesal, porque han concurrido de manera directa al proceso las personas naturales, por lo que se presumen capaces, y las organizaciones accionadas por conducto de sus respectivos representantes legales asistidos a su vez todos los sujetos vinculados al proceso mediante apoderado; este despacho judicial es competente para conocer de este tipo de litigios; y, por último, la demanda cumple los requisitos formales exigidos en el CGP para ser apta.

Adicionalmente, no se observa irregularidad o causal de nulidad que invalide lo actuado, por lo que debe proferirse decisión de fondo en el asunto.

2. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA

Se comenzará el estudio con lo relacionado con la legitimación en la causa, dado que, en todo proceso judicial, de entrada, e incluso de manera oficiosa, es menester auscultar el requisito de la legitimación en la causa, por activa y pasiva, pues ha sido considerado como el presupuesto material indispensable para obtener una sentencia de fondo favorable a las pretensiones de la demanda o en su defecto,

para la absolución del demandado. Con base en lo anterior, aquel requisito, consiste, fundamentalmente, y en el caso del demandante, en que sea el titular del derecho que reclama, y resulta legitimado por pasiva o demandado, la persona llamada a responder, por ser, según la ley, el titular de la obligación correlativa (SC2642-2015).

En el caso que nos ocupa, corresponde a un juicio de responsabilidad civil médica, instaurado por los allegados de la víctima fallecida RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, los cuales reclaman el resarcimiento de perjuicios causados a los mismos por aquel deceso, en las calidades de hijo, respecto de VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO, y de hermanas, con relación a las señoras: NORA LIGIA GIRALDO GONZÁLEZ y JULIA ROSA GIRALDO GONZÁLEZ. Los referidos parentescos son acreditados con las pruebas de estado civil-registros civiles de defunción de la causante y de nacimiento de ésta y los accionantes, aportados con la demanda (archivo 02, folios 1, 8-9, 11-12, 14-15 y 17).

En cuanto a la pasiva, los referidos actores en su conjunto reclaman un componente indemnizatorio relacionado con daños originados en una atención de salud que catalogan de negligente, por haber negado la prestación efectiva de la misma, omisión que ocasiona la muerte de la referida RUBIELA GIRALDO, y endilgada a la entidad prestadora de servicios de salud CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, la cual al contestar la demanda reconoce la prestación de aquel servicio de salud cuestionado.

De igual modo, aquella organización demandada llama en garantía a la aseguradora CHUBB SEGUROS COLOMBIA SAS, en virtud del contrato de seguro-póliza de responsabilidad civil profesional médica No. 12/0049335 (carpeta llamamiento en garantía; archivo-anexo 0001, folios 1-48), la cual acepta la existencia de aquella relación jurídica y se vincula al proceso bajo esa figura jurídica.

Por consiguiente, en el caso planteado los actores promueven una acción de responsabilidad civil contra una institución prestadora de servicios de salud.

3. PROBLEMA JURIDICO A RESOLVER

3.1. Planteamiento.

En virtud de que se trata de un reclamo indemnizatorio relacionado con un tratamiento médico, que involucra a una institución prestadora de servicios de salud, se requería entonces que los demandantes acreditaran (carga probatoria), además del daño antijurídico denunciado, la culpa de aquella entidad por tratarse de una responsabilidad civil médica, y concretada ésta, según se plantea en la demanda, a que no se le prestó a la víctima fallecida, una atención oportuna y acorde a la gravedad de su estado de salud, por parte del personal de salud de la entidad accionada.

La respuesta, se anticipa, alude a la acreditación del elemento esencial de la culpa médica (falta de diligencia y cuidado de la organización demandada y de sus agentes), asociado además a la relación de causalidad, y del daño antijurídico esbozado en la demanda, que comporta entonces la prosperidad de las pretensiones formuladas en la demanda; en cuanto a la definición del componente indemnizatorio reclamado en ella se hará de la manera que se explicará a continuación y a quien corresponde asumirlo, dado que existe un llamamiento en garantía.

3.2. Marco conceptual.

En primer lugar, debe mencionarse que en materia de responsabilidad civil médica, la jurisprudencia reiterada de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado la postura alusiva a exigir, la comprobación de la culpa del galeno o de la institución de salud, bajo el estándar de la diligencia exigible a los profesionales de salud, denominada “lex artis ad hoc”, y como presupuesto ineludible para la conformación de aquella responsabilidad, amén que por

excepción, se ha establecido la ausencia de exigir al actor la imputación de ese comportamiento, cuando expresamente así se ha pactado entre las partes en un contrato; de igual manera, en la mencionada línea jurisprudencial, se menciona que, en la definición de esa clase de responsabilidad, generalmente, la comprobación del daño ocasionado al paciente no resulta difícil de establecerlo, puesto que el debate procesal gira fundamentalmente a la demostración de los otros 2 elementos esenciales que la configuran, alusivos al actuar culposo del galeno o la institución demandada (*lex artis ad hoc*) y su vinculación de causalidad con el menoscabo señalado en la demanda.

En sentencia fechada el 25 de agosto de 2021, con ponencia del Magistrado LUIS ALONSO RICO PUERTA, identificada con el número SC3604-2021 (reiterada en sentencia posterior SC4425-2021), aquella Corporación señaló:

“(…) conviene insistir en que el fundamento de la responsabilidad civil del médico es la culpa, conforme la regla general que impera en el sistema jurídico de derecho privado colombiano. Por consiguiente, salvo supuestos excepcionales –como la existencia de pacto expreso en contrario¹–, la procedencia de un reclamo judicial indemnizatorio relacionado con un tratamiento o intervención médica no puede establecerse a partir de la simple obtención de un resultado indeseado –v.gr. el agravamiento o la falta de curación del paciente–, sino de la comprobación de que tal contingencia vino precedida causalmente de un actuar contrario al estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud.

*Ese estándar, cabe precisarlo, no puede asimilarse completamente a ninguno de los que consagra el precepto 63 del Código Civil para los distintos tipos de culpa (como el parámetro del «buen padre de familia»), ni tampoco al criterio genérico de «persona razonable», pues debe tener en cuenta las especiales características de la labor del personal médico. Lo anterior explica la necesidad de acudir a una pauta diferenciada, denominada *lex artis ad hoc*, esto es,*

*«(…) **el estándar de conducta exigible al profesional medio del sector**, que actúa de acuerdo con el estado de los conocimientos científicos y técnicos existentes en el ámbito médico y dentro del sector de especialidad al que pertenece el profesional sanitario en cuestión. En la jurisprudencia alemana se habla del nivel de diligencia “de un profesional de la medicina respetable y concienzudo, con la experiencia media en el correspondiente campo de especialidad”, o dicho de otro modo, de la conducta “que se esperaría de un colega en la misma situación”. Del mismo modo, los tribunales ingleses exigen un nivel de diligencia superior al del “hombre normal y razonable”, que tome en consideración la experiencia, habilidades, técnicas y conocimientos que se esperan del profesional medio del sector»².*

*Lo anotado equivale a decir que la imputación subjetiva de los galenos debe construirse comparando su proceder con el que habría desplegado un colega de su especialidad, con un nivel promedio de diligencia, conocimientos, habilidades, experiencia, etc., en caso de haberse enfrentado (hipotéticamente) al cuadro clínico del paciente afectado. Esto explica la referencia a una *lex artis ad hoc*, que no es otra cosa que evaluar la adecuación de las actividades del personal de salud de cara a la problemática específica de cada persona sometida a tratamiento, observando variables como su edad, comorbilidades, diagnóstico, entre otras que puedan identificarse para cada evento concreto.*

En los juicios de responsabilidad médica, entonces, se torna necesario determinar la conducta (abstracta) que habría adoptado el consabido

¹ Sobre el particular, enseña el precedente de la Corte: «Suficientemente es conocido, en el campo contractual, [que] la responsabilidad médica descansa en el principio general de culpa probada, salvo cuando en virtud de “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado» (CSJ SC7110-2017, 24 may.).

² SOLE-FELIÚ, Jordi. *Lex artis y estándar de diligencia en la culpa médica*. En: GARCÍA, María y MORESO, Josep (Dir.). *Conceptos multidimensionales del derecho*. Ed. Reus, Madrid. 2020, p. 671.

profesional medio de la especialidad, enfrentado al cuadro del paciente, y atendiendo las normas de la ciencia médica, para luego compararlo con el proceder del galeno enjuiciado, parangón que ha de permitir establecer si este último actuó, o no, de acuerdo con el estándar de conducta que le era exigible³. Si lo primero, no podrá concretarse la responsabilidad civil; si lo segundo, será necesario entroncar su “culpa”, en el sentido explicado, con el resultado dañoso alegado en la demanda”.

Así mismo, resulta pertinente precisar, que la referida jurisprudencia, en materia de responsabilidad civil de todas las entidades involucradas en la prestación de servicios de salud, bajo el régimen de seguridad social en salud (Ley 100 de 1993), de manera aislada o solidaria con sus agentes, ha indicado, como lo hace en la sentencia SC-13925-2016, la circunstancia alusiva a que la definición de su responsabilidad civil, solo ocurre luego de probado su culpa, a la par que puede desvirtuarse, si acontece alguno de los eximentes de causa extraña permitidos por el ordenamiento jurídico, o la verificación de una debida diligencia y cuidado de la organización o de sus agentes en la atención del afiliado; en efecto, allí se dijo que:

“La culpa de las entidades del sistema de salud y de sus agentes, en suma, se examina en forma individual y en conjunto a la luz de los parámetros objetivos que existen para regular la conducta de los agentes particulares y su interacción con los demás elementos del sistema. El juicio de reproche respecto de cada uno de ellos quedará rebatido siempre que se demuestre su debida diligencia y cuidado en la atención prestada al usuario. La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”.

En ese orden de ideas, con fundamento en las aludidas reglas jurisprudenciales, el despacho decidirá este asunto.

3.3. Resolución del caso.

Entrando en materia, debe partirse el estudio del análisis del sustento fáctico expresado en la demanda, acerca de la responsabilidad jurídica endilgada al demandado, cuya interpretación resulte acorde con los postulados establecidos en los arts. 42-5 y 281 del CGP, y como presupuesto para decidir el fondo del asunto.

De acuerdo con lo consignado en el libelo introductor, puede afirmarse que se alega en esencia una negligencia en la prestación del servicio de salud por la entidad de salud demandada a la señora RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, y representada en la omisión de brindarle una atención oportuna y acorde con la gravedad de su estado de salud, puesto que no fue valorada por el personal de salud de la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, el día 14 de enero de 2019, fecha en la que acudió la referida a la unidad de urgencias de la entidad, por presentar síntomas de sensación de cansancio y fatiga, hipotensión, taquicardia y saturación de oxígeno, y en la que la enfermera que la atiende y realiza el Triage, el cual no obstante que arrojó el resultado de nivel 3, se abstiene de brindarle una atención médica y direcciona la paciente a la red pública de atención en salud de la comarca, por no contar la referida con afiliación vigente a una entidad promotora de salud (EPS); una vez sale de la institución, la señora RUBIELA, ingresa al HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, en malas condiciones de salud, puesto que sufre de un paro cardiorrespiratorio, y no obstante las maniobras de reanimación hechas por

³ En cualquier caso, no pueden obviarse algunos criterios de flexibilización de la prueba de la culpa, como las presunciones judiciales que surgen de la aplicación de la doctrina de la culpa virtual, o *res ipsa loquitur*, operante en supuestos como el oblitio quirúrgico (Cfr. CSJ SC7110-2017, 24 may.).

el personal médico de esa institución, fallece en dichas instalaciones el día 15 de enero de 2019, a las 01:15 horas.

Precisado lo anterior, se procede ahora a analizar los elementos estructurales de la responsabilidad civil de carácter médica, relativos al daño antijuridico, la imputación de conducta-culpa y la relación de causalidad.

1. Elemento daño.

Aquel elemento es entendido en términos generales por la doctrina y jurisprudencia, como el menoscabo o daño que, a consecuencia de un acontecimiento o evento determinado, y atribuible a una acción u omisión humana, sufre una persona en su integridad física o en su patrimonio, es decir, la lesión a un interés protegido por el ordenamiento legal, que ante su ocurrencia comporta que se hable de un perjuicio reparable a través de la indemnización.

1.1. Revisada la historia clínica de la institución CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS-NSR, aportada por ambas partes (archivos 02, folio 4 y 16, folio 10), la cual contiene la atención en salud cuestionada que dispensó a la paciente RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, el día 14 de enero de 2019, con fecha de ingreso la referente a las 22:46 horas y de egreso, el 15 de enero de 2019, a la 1:00 horas, se constata de su lectura objetiva que su personal se limita a la evaluación del estado de la paciente, efectuada por una enfermera de la institución DIANA MARCELA MONTALVO MARÍN (hora: 23:03), y consistente en la verificación de los signos vitales, con clasificación del TRIAGE, en el nivel 3, con diagnóstico de HIPERGLICEMIA, y dentro de las observaciones hechas por la mencionada agente, se encuentra la referente a que la paciente no cuenta con afiliación a EPS, y el direccionamiento a la red pública, además de que “sale en compañía de familiar”, sin que exista además constancia de haberse otorgado a la mencionada paciente otra clase de atención por parte de un profesional de la salud de la clínica en mención y distinta a la verificación de signos vitales y el referido TRIAGE.

-Imagen de la referida HC:

Fecha Ingreso	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	22:46	Fecha Egreso	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	1:00
14	1	2019				15	1	2019			

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nro. de Clasificación:	511233
Fecha – Hora de Llegada:	14/01/2019 22:46
Lugar de nacimiento:	CALI
Fecha – Hora de Atención:	14/01/2019 23:03

DATOS CLÍNICOS	
MOTIVO DE CONSULTA	
REFIERE QUE DESDE EL DIA DE AYER PRESENTA AL CAMINAR SENSACION DE CANSANCIO Y FATIGA. TOMO GLUCOMETRIA CON VALOR DE 511 MG/DL LA RECTIFICO CON VALOR DE 429 MG/DL.	
SIGNOS VITALES	
Presión Arterial:	103/58 mmHg
Presión Arterial Media:	73 mmHg
Toma Presión:	Automática
Frecuencia Respiratoria:	20 Resp/Min
Pulso:	98 Pul/Min
Lugar de la Toma:	Falange
Temperatura:	36.7 °C
Saturación de Oxígeno:	87 %
Estado de dolor manifiesto:	Leve
Color de la piel:	Normal
DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO	
HIPERGLICEMIA	
Clasificación:	3 - TRIAGE 3
Ubicación:	CONSULTORIO 1
OBSERVACIONES	
AP: DM- HTA ANT ALER: PENICILINA- TRAMADOL- DIPIRONA- NIFLAMIL ANT ALER: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA- LIGADURA DE TROMPAS DIR:GOLONDRINAS CEL: 3145106771. PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA RETIRADO DE LA EPS POR LO QUE NO CUENTA CON EPS, SE DIRECCIONA A RED PUBLICA, SALE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.	
Firmado por: DIANA MARCELA MONTALVO MARIN , ENFERMERIA , Reg: 1115078587	

1.2. Revisada la historia clínica de la institución HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, aportada con la demanda (archivo 02, folios 5-6), sin tachas o desconocimiento por la contraparte, se verifica que la señora RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, el día 15 de enero de 2019, a las 00:28 horas, ingresa a dicho centro hospitalario, a la unidad de urgencias de medicina interna en malas condiciones generales, en compañía de un familiar y en transporte público, efectuándose asimismo maniobras de reanimación (00:53), durante 25 minutos y falleciendo la paciente a la 1:15 AM HORAS, según anotación de la médica general MARÍA ANTONIA ESCOBAR.

- Imagen folio 5:

Nro. de Clasificación:201012

Fecha – Hora de Llegada:15/01/2019 00:28

Llego en ambulancia:No

DATOS CLÍNICOS

Ubicación: MED. INTERNA CRITICO

HISTORIA CLÍNICA

ATENCIÓN A PACIENTE CRÍTICO

UBICACIÓN: MED. INTERNA CRITICO, FECHA: 15/01/2019 00:53

SIGNOS VITALES

Presión Arterial (mmHg):

FECHA - HORA	SISTOLICA	DIASTOLICA	PA MEDIA
15/01/2019 00:53	40	20	26

Pulso (Pul/min):

FECHA - HORA	VALOR
15/01/2019 00:53	50

HALLAZGOS

paciente de 58 años con antecedente de dm quein ingresa con cuadro clínico dos días de disnea progresiva asociado a edemas de mimbros inferiores, al ingreso paciente con glucometria en hi cianosis peribucal con posterior gaspin y código azul se inicia maniobras de reanimacion basica y avanzada por mas de 25 minutos ritmo de paro asistolia. se indica intubacion intraparo, paciente fallece el día 15/01/2019 a la 1:15 am.

paciente quein previamente consulta a clinica remedios quienes por no tener convenio remiten con el familiar en trasnporte publico, paciente quein ingresa en muy malas condiciones al servicio de urgencias de medicina interna en el cual no se cuenta con medico internista en el moemtno. se hace enfasis que la apciente ingresa en malas condicioesn generales.

MANEJO

paciente fallece. idx insuficiencia cardíaca cogestiva. crisis hipergicemica. se traslada a mrogeu se diligencia acta de dfeuncion-

1.3. Con la demanda se aporta un registro civil de defunción de la señora RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, con fecha de deceso correspondiente al 15 de enero de 2019 (archivo 02, folio 1).

1.4. En el interrogatorio de parte rendido por la demandante JULIA ROSA GIRALDO GONZÁLEZ, aquella relata el hecho referente a que acompañó a su hermana RUBIELA GIRALDO, a la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, entidad a la que ingresa a la unidad de urgencias, en atención a que en el trayecto de un viaje desde la ciudad de Buga a esta comarca, aquella le manifestó que “se sentía maluca”, porque le “oprimía el pecho”, y al llegar al terminal de transporte de Cali, se dirigen a la referida institución de salud “porque era la más cercana al terminal”; de igual modo, menciona que una persona de la Clínica en mención, al parecer una enfermera, le toma su hermana la presión, le realiza una glucometría, un triage, y luego le manifiesta que no la podían atender debido a que no estaba vigente o en regla la afiliación a la EPS, aunado a la indicación de que la llevara al hospital departamental para ser atendida, lo cual hace, sin trámite de remisión de la clínica al hospital universitario del valle, viendo además a su hermana al salir de la clínica, “maluquita”, ayudándole a caminar y llevándola inmediatamente en un vehículo de servicio público; al llegar a aquel centro hospitalario, su hermana no podía caminar, tuvieron que cargarla, no tenía fuerzas, decía que le dolía mucho el pecho, que se sentía ahogada, y recibe atención médica de urgencia sin resultado positivo porque allí fallece.

En ese orden de ideas, a partir de la aquella prueba documental y declarativa, y sin que sean desvirtuadas con prueba en contrario, se comprueba con suficiencia el elemento daño sufrido por la víctima en mención, alusivo se itera al fallecimiento de la señora RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, el cual está asociado a una intervención previa adelantada por personal de enfermería de la CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, puesto que allí se hace una evaluación inicial del estado de salud, que comprende la verificación de sus signos vitales, la definición de un TRIAGE 3 y de un diagnóstico de HIPERGLICEMIA, pero ocurrida esa intervención, no se brinda un tratamiento médico a la paciente y es direccionada a utilizar la red pública de prestadores de servicios de salud, debido a no encontrarse vigente o habilitada una afiliación al sistema de seguridad social en salud; a la par, y casi dos horas después de salir de la clínica primera en comento, la aludida occisa ingresa en compañía de su hermana JULIA GIRALDO, quien a su vez es la acompañante en la clínica mencionada, a la institución de salud HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, en malas condiciones generales, pues recibe atención inmediata de urgencias críticas (labores de reanimación), pero fallece a causa de una insuficiencia cardíaca, según se anota en la respectiva historia clínica, y sin que se mencione que ello acontezca por otra causa distinta.

2. Elementos culpa y relación de causalidad.

Se comienza ahora el análisis probatorio para lo referente a la determinación de los otros condicionamientos de la responsabilidad civil, alusivos se reitera a la culpa y relación de causalidad, en los siguientes términos:

2.1. Actuar culposo de los agentes o personal de la organización demandada.

Debe insistirse acerca de que el fundamento de la responsabilidad civil del médico en general es la culpa, la cual se establece conforme a los lineamientos generales que se ha establecido en el régimen jurídico colombiano para este tipo de responsabilidad, pero con la connotación alusiva a que el reclamo indemnizatorio basado en un tratamiento médico defectuoso, exige la “comprobación de que tal contingencia vino precedida causalmente de un actuar contrario al estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud”, cuya pauta diferenciada para el efecto, se itera, es la denominada “lex artis ad hoc”, la cual consiste, fundamentalmente, en que la imputación subjetiva de conducta se hace comparando el proceder del galeno enjuiciado con el que habría desplegado un colega de su especialidad, con un nivel promedio de diligencia, conocimientos, habilidades, experiencia y demás, en caso de haberse enfrentado, hipotéticamente, al cuadro clínico del paciente afectado, y atendiendo las normas de la ciencia médica, cuyo comparación permite establecer entonces si dicha actuación del médico estuvo o no de acuerdo con el estándar de conducta que le era exigible; en el caso de un alejamiento existirá la culpa por permitir asociarlo al resultado dañoso alegado en la demanda (SC4425-2021 y SC292-2021).

Retomando el sustento fáctico expuesto en la demanda, la omisión que se denuncia en ella contra el prestador de servicios de salud accionado, consiste en no haber prestado la asistencia médica que requería la víctima RUBIELA GIRALDO, y cuya negativa se basó en que la aludida no se encontraba con afiliación vigente al sistema de seguridad social en salud, por lo que su personal de enfermería de la unidad de urgencias, “direccionó” a la interesada y su acompañante a acudir por su cuenta al servicio de salud prestado por entidades oficiales.

Respecto a la negativa de la atención médica mencionada, o en su defecto, lo relativo a que la paciente no recibe un tratamiento de salud frente a la situación anómala que presentaba para el 14 de enero de 2019, lo comprueba la revisión de la mencionada historia clínica de la misma entidad cuestionada CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS (archivo 02, folio 4), por cuanto allí se anota que la enfermera que valora la paciente DIANA MARCELA MONTALVO MARÍN, en cuanto a verificar sus signos vitales y luego de definir la valoración del TRIAGE, en nivel 3, anota la indicación referida a que por no contar la paciente con EPS, se direcciona

a red pública; de ahí que, se vislumbra el hecho de que no obstante la verificación de un TRIAGE en nivel 3 y del señalamiento de un diagnóstico de HIPERGLICEMIA, cuestiones que claramente apuntan a que la paciente cursaba con un trastorno en su salud que ameritaba el recibir una atención médica, no la recibe de parte del personal de salud de la unidad de urgencias de la mencionada institución clínica.

De igual modo, corrobora lo anterior, lo manifestado por la demandante JULIA ROSA GIRALDO, dado que en el interrogatorio de parte absuelto en la audiencia oral, afirma ser la persona que acompañó a su hermana en la atención del 14 de enero de 2019, ocurrida en la clínica accionada, y así también, lo señalan los restantes accionantes en sus declaraciones rendidas, en especial, la de NORA LIGIA GIRALDO, hermana de la occisa, y quien se encontraba con ella, antes del ingreso de esta última a la CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS; en efecto, según JULIA GIRALDO, al acudir a la unidad de urgencias de aquella institución clínica, por presentar síntomas de deterioro de salud y tratarse de la institución más cercana al sitio donde se encontraban previamente las 3 hermanas en comento, personal de enfermería de aquella institución, luego de la revisión de sus signos vitales, le informa solamente a aquella acompañante, la circunstancia que la paciente debía acudir a la red pública de hospitales para ser atendida, debido a problemas con la afiliación a la EPS, sin que recibiera entonces una atención médica en aquella unidad de salud, pese a que a su salida presentaba signos de un malestar general, al igual que da fe de la posterior atención dispensada en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, en donde fallece RUBIELA GIRALDO, una vez ingresa a aquel centro, en malas condiciones de salud.

De igual modo, de aquel relato clínico y la declaración de parte rendida por la hermana JULIA ROSA, se comprueba fehacientemente, y a falta además de prueba en contrario que lo descarte, la circunstancia alusiva a que aquella institución hospitalaria (NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS), no brindó un tratamiento de salud a la referida paciente, por cuanto se limitó únicamente a la valoración de sus signos vitales, sin dejar sentado lo referente a la prestación de una atención médica a la concurrente y por parte del personal de la unidad de urgencias de la entidad, pese a que previamente resulta la verificación de un TRIAGE en nivel 3, ante la constatación de alteración de signos vitales y la existencia de un diagnóstico de una patología en curso de la paciente.

Aquella omisión, comporta además un incumplimiento de la obligación legal de aquella entidad habilitada como prestador habilitado de servicios de salud en nivel de complejidad 4, para el año 2019, según lo señaló su representante legal en el interrogatorio de parte absuelto en audiencia oral, y representada esa omisión en no prestar la atención inicial de urgencias requerida, por cuanto de conformidad con el sistema general de seguridad social en salud, todo prestador de esa clase de servicios, se encuentra obligado a hacerlo, sin que se requiera para ese efecto de la existencia de un contrato u orden previa de alguna entidad de administración del sistema y demás, ya que incluso la población no afiliada al sistema de salud, en el régimen contributivo o el subsidiado, o pobre no cubierta con subsidios, tiene derecho a recibir una atención inicial de urgencias.

En efecto, la normativa que regula esa prestación de servicios de salud-atención inicial de urgencias, a favor de todas las personas, la consagra el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, y reiterado por el art. 67 de la Ley 715 de 2001, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 168. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. *La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.*

PARÁGRAFO. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

Por su parte, la citada Ley 715 de 2001, dispone:

“ARTÍCULO 67. ATENCIÓN DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro”.

En igual sentido, la jurisprudencia constitucional, ha reconocido la atención inicial de urgencias, como una garantía fundamental de todas las personas, con fundamento, precisamente, en aquel ordenamiento jurídico, e incluso, en otras regulaciones normativas; en sentencia T-210 de 2018, señaló:

“La normativa que regula prestación de los servicios de salud consagra la ‘atención inicial de urgencias’ obligatoria en cualquier IPS del país como una garantía fundamental de todas las personas. En este sentido, el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, reiterado por el artículo 67 de la Ley 715 de 2001^[47], señala:

*“La **atención inicial de urgencias** debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.*

PARÁGRAFO. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

A su vez, el párrafo del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007^[48] dispone expresamente:

*“Párrafo. Se garantiza a todos los colombianos la **atención inicial de urgencias**. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato”.*

Finalmente, el artículo 10 literal b) de la Ley 1751 de 2015, al establecer los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud, dispuso lo siguiente:

“Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud: (...)

*b) Recibir la **atención de urgencias** que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno”.*

La normativa advierte igualmente que el incumplimiento de esta disposición será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución^[49].

El cubrimiento universal en el SGSSS

10. A partir de estos instrumentos normativos con base en los cuales se determina el contenido del derecho a la salud, el órgano político de representación popular en Colombia dispuso mediante la **Ley 100 de 1993** que el Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, y por lo tanto todas las personas tienen la posibilidad de participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud^[50]; unos en su condición de afiliados al régimen contributivo, otros como afiliados al régimen subsidiado. Los primeros, son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Los segundos, son las personas sin capacidad de pago para cotizar al sistema; se trata de la población más pobre y vulnerable del país a quienes se les subsidia su participación en el SGSSS^[51].

Al lado de estos dos tipos de participantes del SGSSS, el Legislador también ha regulado la atención en salud de la población pobre no asegurada que no se encuentra afiliada ni al régimen contributivo ni al subsidiado, y que carece de medios de pago para sufragar los servicios de salud.

En un primer momento, la ley denominó “participantes vinculados” a aquellas personas que “por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado” (Artículo 157 literal B de la Ley 100 de 1993).

No obstante, a partir de la expedición de la Ley 1438 de 2011^[52] que estableció la universalización del aseguramiento, se estipuló que “**todos los residentes en el país** deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud”^[53] para lo cual el Gobierno Nacional deberá desarrollar mecanismos que garanticen dicha afiliación.

Así mismo, regló el trámite a seguir en los casos en que una persona no asegurada requiera atención en salud. En estos casos, la norma dispuso que si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, ésta será atendida obligatoriamente, y será afiliada por la EPSS de forma preventiva al Régimen Subsidiado mediante un mecanismo simplificado. Dentro de los 8 días siguientes, la EPSS verificará si la persona es elegible para el subsidio en salud, y en caso de no serlo se procederá a cobrar los servicios prestados. Este proceso de verificación estará dado por el cumplimiento de los requisitos de afiliación al SGSSS.

Sobre esta disposición, la Corte Constitucional se pronunció en **Sentencia T-611 de 2014**^[54] y estableció que la introducción del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 implicó no solo la desaparición de la figura de participantes vinculados del artículo 157 de la Ley 100 de 1993, sino que además, “generó una mayor carga en las entidades territoriales, ya que es en estas últimas, en quienes recae el deber de asumir de manera activa la obligación de garantizar un verdadero acceso al servicio de salud a toda aquella población pobre no asegurada, que no tiene acceso al régimen contributivo, máxime cuando se ha establecido el carácter de fundamentalidad del derecho a la salud”. En otras palabras, después de esta norma, los entes territoriales tienen el deber de afiliar al Régimen Subsidiado a toda la población pobre que resida en su jurisdicción, y no se encuentre asegurada.

La anterior regla jurisprudencial fue reiterada por esta Corporación en la **sentencia T-614 de 2014**^[55] al analizar el caso de un menor de edad al que la Secretaría de Salud del Distrito de Bogotá y el Fondo Financiero del Distrito de Bogotá le negaron la afiliación al sistema debido a que no se había realizado la encuesta para clasificarlo en el SISBEN. En esta ocasión, el Distrito aplicó erróneamente la extinta figura de los “participantes vinculados” y, por ende,

omitió dar aplicación al artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, prolongando en el tiempo la afiliación de la peticionaria y su hijo al régimen subsidiado de salud.

Al lado de la anterior normativa, la **Ley 715 de 2001** reguló las competencias de los **departamentos** en materia de la prestación del servicio de salud, y señaló concretamente que, sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, les corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción, para lo cual, tendrá la función de:

“43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental”.

Esta es precisamente otra de aquellas disposiciones que precisó que es en los departamentos en quienes recae el deber de asumir de manera activa la obligación de garantizar el acceso al servicio de salud de la ‘población pobre no asegurada’ que se encuentre en su territorio.

*Finalmente, en desarrollo de esta disposición, el **Concepto 2-2012-013619 de 2012 de la Superintendencia Nacional de Salud** también ha señalado que “la población pobre no asegurada, mientras logra ser beneficiaria del régimen subsidiado, tiene derecho a la prestación de servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, con recursos de subsidios a la oferta (...)”.*

De igual modo, la Ley Estatutaria sobre el derecho fundamental a la salud 1751 de 2015, consagró de manera expresa la prohibición de la negación de prestación de servicios de salud en atención de urgencias, por razones de exigencia de autorización administrativa del prestador de servicios y/o de la entidad respectiva de gestión; en su artículo 14 señaló:

“ARTÍCULO 14. PROHIBICIÓN DE LA NEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

PARÁGRAFO 1o. *En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.*

PARÁGRAFO 2o. *Lo anterior sin perjuicio de la tutela”.*

En el mismo sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha regulado la obligatoriedad a todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, de prestar la atención inicial de urgencias, e independientemente de la capacidad económica del solicitante de ese servicio; mediante el Decreto 780 de 2016, se estableció:

“Artículo 2.5.3.2.1 Campo de aplicación. Las disposiciones del presente Capítulo se aplicarán a todas las entidades prestatarias de servicios de salud, públicas y privadas. (Art. 1 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.2 De la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias. Todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención

inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio. (Art. 2 de/Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.3 Definiciones. Para los efectos del presente Título, adóptanse las siguientes definiciones:

- 1. Urgencia. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.*
- 2. Atención inicial de urgencia. Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.*
- 3. Atención de urgencias. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.*
- 4. Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para esa unidad.*
- 5. Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios. (Art. 3 del Decreto 412 de 1992)*

Artículo 2.5.3.2.4 De las responsabilidades de las entidades de salud con respecto a la atención inicial de urgencia. Las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo. La entidad que haya prestado la atención de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora. (Art. 4 del Decreto 412 de 1992)”.

Finalmente, sobre la reglamentación de esa materia, ocurre que, dentro de las competencias de los departamentos en materia de salud, el legislador les asignó la función de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud en su jurisdicción, dentro de las cuales se encuentra la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con los subsidios respectivos, por lo que la prestación del servicio de urgencias para ese tipo de población, es decir, la que carece por cualquier causa de una afiliación al sistema de salud, que debe realizar toda entidad pública o privada, en coordinación con aquel ente de gestión o control en esa materia para el respectivo reembolso de recursos invertidos en dicha atención en salud; en efecto, en la Ley 715 de 2001, se dispuso:

“ARTÍCULO 43. COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN SALUD. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción,

atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

(...)

43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas”.

En suma, la entidad prestadora de servicios de salud demandada se encontraba obligada por disposición del legislador y de varias reglamentaciones administrativas, vigentes todas para el momento de la ocurrencia del hecho (año 2019), a brindar a la paciente en mención, la atención inicial de urgencias que requería, sin objeción alguna, incluido lo concerniente a que la interesada no contara con afiliación vigente al sistema de seguridad social en salud para ese instante, circunstancia que aparece como causa de no prestación del tratamiento médico que ameritaba la paciente, según lo anotado en la historia clínica de la entidad y confirmado por la acompañante de ésta, señora JULIA GIRALDO, y reconocido igualmente por la representante legal de la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, quien en el interrogatorio de parte absuelto, señaló que la atención dada a la paciente se circunscribió a la verificación de sus signos vitales, sin recibir un tratamiento médico adicional y la indicación de acudir a la red pública por no tener la paciente una habitación vigente a EPS, amén de desconocer que se haya realizado un trámite administrativo de remisión de la misma a alguna institución pública de salud para ese efecto, puesto que la paciente salió de la institución por sus propios medios y en compañía de otra persona, siendo esta su hermana JULIA ROSA GIRALDO, conforme lo estableció la prueba declarativa recaudada en el proceso.

Respecto a la necesidad de que se brindara una atención médica inicial de urgencias para la paciente RUBIELA GIRALDO, o en su defecto, un tratamiento de salud respectivo o acorde a la patología que presentaba para el 14 de enero de 2019, se encuentra que en la historia clínica de NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, se anota como motivo de consulta la información dada por ésta, relacionada con una sensación de cansancio y fatiga, efectuándose una glucometría que arroja un valor final de 429 MG/DL, amén de una revisión de signos vitales, arrojando éste como resultado la definición de un nivel 3 de TRIAGE, y con diagnóstico de HIPERGLICEMIA; de ahí que, de aquellas anotaciones hechas por el personal de enfermería, en especial, la definición del Triage-3 y el aludido diagnóstico de la presencia de una patología, permite suponer razonablemente la circunstancia que aquella persona presentaba efectivamente una anomalía en su estado de salud que ameritaba una atención médica urgente, incluyendo la estabilización de sus signos vitales, a la par de que se le definiera la iniciación de un tratamiento en salud oportuno.

Lo anterior, en atención a que el decreto 5596 de 2015, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, regula los criterios técnicos para la utilización del sistema del TRIAGE en los servicios de urgencias, tendiente ello a la selección y clasificación de los pacientes, para de esa manera definir la prioridad en la atención médica que requieran, y de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", para ser aplicado en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones establecidas en la presente resolución son de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud, así como de las entidades responsables del pago de los servicios de salud.

ARTÍCULO 3. Definición de Triage. El triage en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El "Triage", como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente.

ARTÍCULO 4. Objetivos del "Triage". Los objetivos del Triage, son: 4.1. Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata. 4.2. Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución, 4.3. Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia. 4.4. Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad

Parágrafo. En ninguna circunstancia el "Triage" podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

ARTÍCULO 5. Categorías del "Triage". Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo:

5,1 Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

5.2. Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

5.3. Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa " (resaltado fuera del texto).

(...).

ARTÍCULO 6. Responsabilidades de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. Además de las responsabilidades señaladas en las normas vigentes, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de lo establecido en la presente resolución, son responsables de:

6.1 Definir e implementar un método de "Triage" de cinco categorías que cumpla con lo contemplado en la presente resolución.

6.2 Garantizar los recursos físicos, humanos y técnicos necesarios para la realización del "Triage".

6.3. En los casos de "Triage" categorías I y II, se deberá dar cumplimiento a los tiempos de atención definidos en la presente Resolución.

6.4 Para las categorías III, IV y V, las instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan habilitado el Servicio de Urgencias deben establecer tiempos promedio de atención que serán informados a los pacientes y sus acompañantes. Los tiempos promedio de atención deben ser publicados en un lugar visible del servicio de urgencias..." (resaltado fuera del texto).

En ese orden de ideas, y conforme a la anterior reglamentación, al definir el personal de enfermería de la CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, que la mencionada paciente se encontraba en el nivel III del TRIAGE y habilitado aquel agente para realizarlo (art. 8º, D-5696/2015), comporta claramente que presentaba una condición clínica que ameritaba la prestación de una atención médica inmediata, ya fuera efectuándole exámenes complementarios o un tratamiento en salud rápido, aunque se encontrara estable para ese momento de valoración, puesto que dicha situación, conforme lo señala aquella regulación, podía empeorar a futuro sino se actuaba en su oportunidad, cuestión que para el caso, precisamente, aplicando las reglas de la experiencia, se constata que ello aconteció, por cuanto, según relato clínico aportado al proceso, la paciente luego de que se omite prestar una asistencia médica y no obstante realizada esa valoración previa que daba cuenta de una anomalía en el estado de salud de la paciente, pocas horas después, ingresa por sus propios medios, pues no ocurre una remisión administrativa de la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, al HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, y en una condición de salud crítica, al ameritar efectuar por el personal médico de ese último centro hospitalario en comento, maniobras de reanimación por la caída de sus signos vitales, sin resultado positivo, puesto que infortunadamente fallece en ese intento por salvarle la vida al presentar un paro cardiorrespiratorio, lo cual se constata de la revisión de la historia clínica; a su vez, lo anterior es corroborado en el interrogatorio expuesto por la accionante JULIA ROSA GIRALDO, acompañante de la paciente en ambas instituciones de salud.

De igual talante, la existencia de un diagnóstico de HIPERGLICEMIA o HIPERGLUCEMIA, como lo define también la literatura médica en general, comporta la presencia de una patología que merece un manejo médico inmediato por parte de personal de unidad de urgencias de cualquier centro hospitalario, puesto que ese trastorno de salud, consistente en la elevación de azúcar en la sangre y que se presenta cuando la glucemia está por encima de 180 MG/DL, determina la necesidad de una atención del servicio de urgencias más cercano (Guía Médica No. GPC-2015-50 Ministerio de Salud y Protección Social), trastorno que se asocia además a la patología de “cetoacidosis diabética” (glucosa mayor de 250 MG/DL), lo cual demanda de que reciba el paciente el respectivo tratamiento para estabilizarlo, el cual comprende una *“reanimación hídrica, disminuir los niveles de glucosa en sangre, corregir los trastornos electrolíticos y tratar las causas desencadenantes”* (Guía para manejo de urgencias. Año 2009. Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social).

En igual sentido, la literatura médica en general, para lo cual se ausculta la internet <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/24651>; Revista Médica de Risaralda, volumen 27, No. 1, enero-junio de 2021, artículo sobre Descripción del manejo de la hiperglicemia en un hospital de primer nivel de atención, aplicable al caso, puesto que incluso la entidad de salud comprometida para la fecha de los años, contaba con nivel 4 de atención, según ya se verificó, define las hiperglucemias como una *“emergencia médica de origen metabólico que se pueden presentar en pacientes con o sin historia previa de diabetes mellitus (DM); de no tratarse oportuna y adecuadamente, puede resultar en complicaciones tales como choque, coma e incluso la muerte ¹”*, a la par que menciona la circunstancia que el tratamiento y/o atención médica que debe recibir el paciente en una unidad de urgencias, dada la gravedad de ese trastorno, se compone del siguiente protocolo:

“Atención en urgencias:

- *Síntomas al ingreso.*
- *Paraclínicos solicitados (si/no): glucometría al ingreso (mg/dL), hemograma, creatinina, uroanálisis, nitrógeno ureico, potasio, control de potasio, sodio, gases arteriales, osmolaridad plasmática.*
- *Tratamiento en urgencias para la hiperglucemia (si/no): líquidos endovenosos, administración en bolo, administración en infusión, cantidad*

de líquidos endovenosos administrados (ml), manejo con insulina, tipos de insulina, dosis en Unidades Internacionales (UI), forma de administración (dosis única, bolo, infusión), vía de administración (venosa/subcutánea), tiempo de infusión de la insulina (horas), infusión de potasio, hipoglicemias”.

Así mismo, con la demanda, se aporta un concepto emitido por el médico CARLOS FERNANDO LÓPEZ SARRIA, (concepto técnico-análisis del caso; archivo 02, folios 18-21), efectuado a partir del análisis de la historia clínica de la paciente RUBIELA GIRALDO, a la atención que se le brinda en la entidad CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, el día 14 de enero de 2019, cuyas conclusiones más importantes apuntan a las siguientes:

“La paciente es una mujer en la sexta década de la vida, con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial, que al momento de consultar refiere un cuadro clínico de más de un día de evolución, consistente en cansancio y fatiga y, que según el registro de saturación de oxígeno tomado en el triage de clínica de los Remedios, saturaba en un 87% de oxígeno en sangre, lo cual está por debajo de los niveles óptimos para cualquier persona; adicionalmente se registraron niveles muy elevados de glicemia, lo que además de evidenciar una severa descompensación de la diabetes que padecía la paciente, también la exponía por este solo hecho a un grave deterioro agudo y la muerte. También se registraron niveles bajos de presión arterial 103/58 en una paciente con antecedentes de hipertensión arterial, con una frecuencia cardíaca de 98 por minuto, lo que significa claramente que presentaba hipotensión y taquicardia.

Todo lo anterior evidenciaba un grave deterioro de la función cardíaca y respiratoria de la paciente. Cabe anotar que, al ingreso al hospital UNIVERSITARIO del Valle, también se evidenció edema a nivel de los miembros inferiores, lo cual refuerza el diagnóstico que la paciente estaba con grave compromiso de su función cardíaca.

No se prestó una atención oportuna a la paciente, acorde con la gravedad de su caso, ni siquiera fue valorada por personal médico de la clínica de los Remedios; cualquier médico competente y acucioso, hubiese hecho un diagnóstico correcto y hubiese iniciado el manejo adecuado a la paciente, lo que hubiera evitado su deceso.

La paciente presentaba al ingreso a la clínica de los Remedios, grave compromiso de su estado de salud, con signos y síntomas de muy evidente deterioro, con riesgo de muerte, se ignoraron por completo los signos y síntomas de la paciente, no se prestó el más mínimo auxilio, de la manera más inhumana se omite la prestación del servicio y se le indica salir de la clínica por sus propios medios”.

A la par, se recauda en audiencia oral, la declaración del referido médico CARLOS FERNANDO LÓPEZ SARRIA, que se recibe como ratificación del contenido de aquel documento declarativo de autoría de aquel y aportado con la demanda, en los términos del art. 262 del CGP, y por solicitud de la contraparte; de aquel relato, que complementa la opinión de aquel profesional de la salud vertido en el documento titulado “Análisis del caso-concepto médico”, con experiencia señalada en unidades de urgencias médicas desde el año 1990 al 2015, se resalta que la anotación hecha por la enfermera que atendió a la paciente en la clínica accionada, acerca de la manifestación de la paciente sobre sensación de fatiga y cansancio, al igual que los datos que arrojaron los signos vitales, en especial, los de saturación de oxígeno en 87% y el de la glicemia que resulta anormal o elevado, daban cuenta en conjunto esos elementos de la presencia de claros signos de alarma para cualquier persona que los presente, sin importar la edad o de antecedentes o no de diabetes, y que demandaba además que se le prestara un tratamiento médico inmediato, debido al alto riesgo de que presentara la paciente una descompensación grave, especial, por el aspecto del nivel de azúcar alta que presentaba para ese momento; respecto del aludido procedimiento médico que debió hacerse, y de que no aparece constancia en la historia clínica, indicó la realización de las siguientes actividades: acceso venoso; análisis de gases arteriales; electrocardiograma; placa de tórax; medición de lactatos; suministro de oxígeno; y, exámenes paraclínicos y complementarios.

De igual modo, aquel profesional, expresó que en el hecho del fallecimiento de la paciente, ocurrido en otro centro hospitalario, existe una relación directa con la mencionada atención cuestionada, porque la paciente presentó finalmente una falla cardíaca por pérdida de oxígeno, por lo que unido a los síntomas que presentó inicialmente en la clínica accionada, unido al déficit de oxígeno detectado en tejidos por la enfermera que inspeccionó los signos vitales, determina que aquel deceso se encuentra dentro de las probabilidades de que algo así ocurriera, unido a la hiperglicemia que adolecía, la cual por sí sola constituye un factor de riesgo contributivo de su fallecimiento.

Por consiguiente, el aludido concepto de un experto, que replica incluso lo que la literatura científica establece sobre la cuestión, medio de prueba que aunque no se encuentra regulado expresamente en el estatuto adjetivo, es aceptado como tal por la jurisprudencia civil (SC9193-2017), ratificado además en testimonio, analizado además de manera aislada y en conjunto con los restantes medios probatorios practicados en la actuación, bajo los criterios de la sana crítica, dentro de lo cual se incluye también el conocimiento científico brindado por la literatura médica, y finalmente la confrontación con la regulación existente sobre la atención inicial de urgencias, incluidas las respectivas guías clínicas autorizadas, llevan al convencimiento del despacho, acerca de que en este caso, la inactividad del personal de salud de la entidad accionada CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, representada en no brindar a la paciente RUBIELA GIRALDO, una atención inicial de urgencias, en cuanto a materializar un tratamiento médico que requería se le brindara de inmediato, de acuerdo al trastorno de salud que presentaba y sin una justificación válida, comporta entonces que no se adecuó en manera alguna esa actuación a la *lex artis ad hoc*, dado que sencillamente la entidad a través de sus agentes, incumplió su obligación legal de brindar a la mencionada paciente, aquella atención inicial en salud que requería con urgencia su cuadro clínico presentado, clasificado en el nivel III del TRIAGE y con diagnóstico de HIPERGLICEMIA (o hiperglucemia), patología que por su gravedad merecía la realización de un tratamiento en salud inmediato por el personal de enfermería o de medicina de la institución en mención, para la estabilización respectiva del paciente e inicio de un tratamiento médico, y cuya omisión, permite además relacionarla indefectiblemente con el posterior fallecimiento de la paciente, ocurrido en otra institución de salud en donde ingresa, horas después de la aludida valoración inicial inconclusa y sin remisión formal alguna, por cuanto presenta un estado crítico de deterioro de sus signos vitales, cuestión ésta que es advertida previamente en la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, y sin que el personal de salud de dicho hospital (HUV), pudiera salvarle la vida, a pesar de efectuarle un procedimiento de reanimación que resultó fallido.

Por consiguiente, a partir de los elementos de juicio antes analizados, se acredita el elemento culpa en la definición de la responsabilidad civil deprecada en la demanda.

2.2. Relación de causalidad.

La relación de causalidad o nexo causal se ha entendido como la imputación de un resultado a la conducta humana, atribuida ésta a un actuar culpable o doloso, o en su defecto al riesgo generado en el desarrollo de una determinada actividad.

Dicho ejercicio, alude esencialmente a un juicio de razonabilidad en donde el juez aplica fundamentalmente las máximas de la experiencia, conforme lo ha señalado la jurisprudencia civil, ejemplo de ello es la sentencia del 9 de diciembre de 2013, con ponencia del magistrado Ariel Salazar Ramírez, en donde se dijo que:

“La causalidad es un concepto que permite reconocer, de entre una pluralidad de acontecimientos, aquél o aquéllos que hacen posible la producción de un resultado.

(...)

Ahora bien, para establecer ese nexo de causalidad es preciso acudir a las máximas de la experiencia, a los juicios de probabilidad y al buen sentido de la razonabilidad, pues solo éstos permiten aislar, a partir de una serie de regularidades previas, el hecho con relevancia jurídica que pueda ser considerado como la causa

del daño generador de responsabilidad civil”.

Precisado lo anterior, en el caso planteado, a partir de los elementos probatorios valorados anteriormente, y la aplicación de las reglas de la experiencia, se verificó que el daño antijurídico establecido en el proceso, representado en la muerte de la paciente RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, es atribuible exclusivamente al actuar culposos de los agentes de la entidad de salud accionada, puesto que se probó que ocurrió una grave falta de diligencia y cuidado, representada en la omisión injustificada de prestar la atención en salud en la unidad de urgencias que ameritaba la patología presentada por la paciente, y detectada por su mismo personal de enfermería al realizar el procedimiento de TRIAGE y definirlo en el nivel 3, amén de diagnosticar la presencia de la patología de HIPERGLIEMIA o HIPERGLUCEMIA; ambas cuestiones, que de acuerdo a la *lex artis*, incluyendo en ello guías oficiales de salud, demandaban la prestación de una inmediata atención inicial de urgencias por cualquier hospital, más aún para el caso de la entidad demandada, la cual ostentaba para el año 2019, fecha de ocurrencia de los hechos, el referente a nivel de complejidad número 4.

A su vez, esa omisión injustificada está relacionada indefectiblemente con la causa de muerte de la paciente, ya que casi 2 horas después de la negativa de recibir la aludida atención inicial de urgencias por parte de la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, y/o de remitir a la paciente a otra institución de salud, utilizando los protocolos administrativos previstos para el efecto, aquella ingresa por su propia cuenta al HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE HUV, en malas condiciones generales de sus signos vitales, cuya alteración ya venía advertida desde su estadía en la entidad de salud accionada, sin recibir la atención inicial de urgencias requerida, y presentando finalmente un paro cardiorrespiratorio asociado a ese estado de alteración que desencadenó su muerte.

Aunado a lo anterior, y que permite asociar igualmente aquel deceso con la falta de atención médica de urgencias que debió recibir del personal de la clínica accionada, debe mencionarse también que la mencionada patología, la literatura médica en general, la concibe como una emergencia médica, por lo que en caso de no tratarse de manera oportuna y adecuada, puede generar complicaciones graves en la salud del paciente, incluida la muerte, como acontece en este caso, que se asocia además porque no se probó una causa distinta de ese fallecimiento, o en su defecto que se presentara sin una relación directa con la anomalía de aquellos signos vitales.

En consecuencia, se estructuran al caso los elementos configuradores de la responsabilidad civil médica deprecada en la demanda, concernientes al daño antijurídico, la imputación de culpa galénica y la relación de causalidad entre aquel daño y el acto médico cuestionado.

Lo anterior, determina asimismo que no resultan probadas las excepciones de mérito alegadas por la pasiva y relacionadas con la ausencia de aquellos requisitos.

4. DEFINICIÓN DEL MONTO INDEMNIZATORIO

Debe partirse para el efecto, que, en la demanda, se pide el reconocimiento por los actores de una indemnización por perjuicios extra-patrimoniales o inmateriales, representados en daño moral y daño a la salud.

De igual manera, con fundamento en lo dispuesto en el art. 2341 del C.C., la cual consagra la obligación de reparar todos los daños que ocasiona la conducta del demandado, que es declarado civilmente responsable por la comisión de un delito o culpa, los cuales además comprende los patrimoniales y extrapatrimoniales, amén que conforme lo señala el art. 16 de la Ley 446 de 1998, dentro de cualquier proceso de reparación de perjuicios, operan los principios de reparación integral y equidad, como la observancia de los criterios técnicos actuariales.

En cuanto a la interpretación de aquellas disposiciones, la jurisprudencia civil como lo hace en la sentencia SC9193-2017, señala lo siguiente:

“Lo anterior significa que el juez tiene la obligación de ordenar la indemnización plena y equánime de los perjuicios que sufre la víctima y le son jurídicamente atribuibles al demandado, de suerte que el damnificado retorne a una posición lo más parecida posible a aquella en la que habría estado de no ser por la ocurrencia del hecho dañoso. De ahí que la reparación integral y equitativa signifique tanto la obligación legal de resarcir todos los daños ocasionados a la persona o bienes del lesionado, como la restricción de no sobrepasarlos, pues la indemnización no es en ningún caso fuente de enriquecimiento”.

Con base en los anteriores criterios, el despacho procederá a continuación a definir el componente indemnizatorio a cargo de la parte demandada.

4.1. Daño moral.

La jurisprudencia civil ha encasillado el perjuicio moral, en términos generales, como *“el dolor físico y moral que experimentan las personas por desmedros producidos en su salud, o por lesión o ausencia de los seres queridos”* (SC2206-2017), por lo que se trata entonces de aspectos relacionados con sentimientos íntimos de la persona humana, o en su defecto que corresponden a la esfera interna de la persona, como el dolor, la pesadumbre, la aflicción, la soledad, la sensación de abandono o de impotencia que el evento dañoso le hubiese ocasionado a quien lo padece, y en ese sentido su valoración lo deja al arbitrio razonable del juez, según las circunstancias del caso.

De igual modo, como todo perjuicio a reparar, debe resultar demostrado en su ocurrencia, por cuanto no basta que existe certeza sobre las circunstancias que rodearon el hecho lesivo, sino también de la existencia o exteriorización de esos intereses internos afectados y de su intensidad, para efectos de poder determinar su cuantía (sentencia SC5686-2018).

No obstante, la misma jurisprudencia civil, ha admitido que para la demostración del daño moral, puede acudirse a la aplicación de la presunción simple, puesto que por la naturaleza de aquel perjuicio, al hacer parte de la esfera íntima o mental de la persona afectada, en muchas ocasiones (i) no se ha exteriorizado claramente por quien lo padece o (ii) resulta imposible su tasación por medio de pruebas directas, por lo que en esos casos, se precisa, obliga al juez a estimarlos, por medio de la equidad y la razonabilidad, debido a la trascendencia que tiene esa clase de perjuicio para el derecho (sentencia SCC- SC10297-2014).

Precisado lo anterior, en el caso que nos ocupa, la totalidad de los demandantes, reclaman su tasación, cuyo monto varía según la relación afectiva derivada del grado de parentesco con la víctima fallecida.

Verificado con suficiencia las circunstancias de tiempo, modo y lugar de la ocurrencia del hecho lesivo, referente a la muerte del ser querido RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, en el caso del demandante VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO, su hijo, y las restantes demandantes NORA LIGIA GIRALDO GONZÁLEZ y JULIA ROSA GIRALDO GONZÁLEZ, sus hermanas, cuyos sentimientos de dolor, aflicción, tristeza y demás son expresadas por aquellos allegados en el interrogatorio de parte absuelto en el proceso, en los que asimismo convergen en señalar que la fallecida RUBIELA, para el momento de su muerte, vivía junto con su hermana JULIA ROSA, y conservando una estrecha relación familiar con su hijo y la otra hermana NORA LIGIA; de igual manera los testigos WILMER OSWALDO PEÑA VIDAL, pareja actual de INGRID TATIANA RIVERA, ésta hija del demandante VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO, y quien compartió momentos con la fallecida RUBIELA GIRALDO, previo a su deceso; INGRID TATIANA RIVERA PEÑA, esposa del referido actor, desde hace 22 años atrás; y, EMMA ALCANTARA CRIOLLO, vecina de barrio de este mismo accionante, y quien conoce al grupo familiar conformado por aquel, su progenitora en vida y hermanas, dieron cuenta asimismo sobre la relación familiar estrecha o de cercanía de aquellos reclamantes respecto a la fallecida RUBIELA GIRALDO, dado que conformaban un

grupo familiar muy unido, cuyos parentescos además resultan debidamente acreditados en el proceso, conforme se analizó anteriormente (acápito de legitimación en la causa), y permite entonces la aludida prueba declarativa en su conjunto regular aquel perjuicio en su favor, en atención a que se acredita el sentimiento de dolor y aflicción que causó la muerte de ese ser querido en dicho grupo de familia, lo cual perdura incluso a la fecha.

Respecto a la tacha de los testigos WILMER OSWALDO PEÑA VIDAL e INGRID TATIANA RIVERA PEÑA, formulada por la pasiva y sustentada en una falta de imparcialidad por el vínculo de afinidad y consanguinidad respectivamente con relación a uno de los demandantes (VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO), en virtud de que como acaba de analizarse, los datos que arrojan sus relatos, en lo que corresponde primordialmente al trato familiar de los actores respecto a la fallecida RUBIELA GIRALDO, resultan creíbles y responsivos, por cuanto en sus narraciones aflora un conocimiento directo de los hechos, a partir incluso de vivencias propias dadas en el seno de esa familia y con la participación de dichos testigos; de allí que, frente a esa cuestión en particular, aflora una espontaneidad en las declaraciones, que no afecta la credibilidad de los testimonios, por lo que la tacha mencionada, no sale avante, aclarándose adicionalmente que la tacha por sospecha que formuló el apoderado del demandado, con fundamento en lo dispuesto en el art. 211 del CGP, no impide valorar esos testimonios, sino que se analicen con mayor rigor, conforme lo ha hecho el despacho. En apoyo de lo anterior, es menester señalar que la jurisprudencia de las altas cortes, como ocurre en la sentencia C-796 de 2006, la que, si bien alude al derogado art. 217 del CPC, el cual regulaba la tacha por sospecha del testigo, de todas maneras resulta importante lo allí manifestado acerca de la anotada institución jurídica, dado que se mantiene similar en su esencia, amén que recoge también la posición de antaño que tiene la sala de casación civil de la Corte Suprema de Justicia sobre el tema, y en donde se dijo que:

“En cuanto al artículo 217 del C.P.C., éste lo que hace es definir como sospechosos a aquellos testigos que se encuentren en circunstancias que puedan afectar su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencia, sentimientos o intereses que tengan con las partes o sus apoderados, de sus antecedentes personales u otras causas que determine el juzgador; ello por cuanto si bien la sola circunstancia de que los testigos sean parientes de una de las partes, no conduce necesariamente a deducir que ellos inmediatamente falten a la verdad, “...la razón y la crítica del testimonio aconsejan que se le aprecie con mayor severidad, que al valorarla se someta a un tamiz más denso de aquel por el que deben pasar las declaraciones libres de sospecha.”¹, lo que permite concluir que dicha norma no es más que una especificación de las reglas de la sana crítica aplicadas al proceso civil.

En ese orden de ideas, la referida tacha de los testigos se rechazará y aquella prueba testimonial, se valorará porque merece plena certeza probatoria, y conforme acaba de hacerse.

Por consiguiente, en la labor de tasación de aquel perjuicio y acudiendo para el efecto al sano arbitrio, sustentado se itera en criterios de equidad y razonabilidad, se fijan las siguientes sumas de dinero por concepto de daño moral a los demandantes, así:

Para el hijo VICTOR HUGO, la suma de \$70.000.000.

Para la hermana JULIA ROSA la cantidad de \$60.000.000.

Para la hermana NORA LIGIA la cantidad de \$50.000.000.

Aquellas cantidades observan además el límite de congruencia que comporta lo pedido en la demanda respecto de aquel perjuicio (200 SMLMV; art. 281 CGP).

4.2. Daño a la salud.

En la demanda se reclama igualmente aquel perjuicio a favor de los accionantes.

Sobre la cuestión, en primer lugar, debe señalarse que ese tipo de perjuicio solo lo reconoce la jurisprudencia del Consejo de Estado, en procesos administrativos de responsabilidad contra entidades estatales, aunado a que la jurisprudencia civil no lo ha contemplado bajo esa denominación para procesos de responsabilidad civil, incluida la médica, el cual, se configura, según lo señala la jurisdicción contenciosa: *“cuando la víctima sufra un daño a la integridad psicofísica sólo podrá reclamar los daños materiales que se generen de esa situación y que estén probados, los perjuicios morales de conformidad con los parámetros jurisprudenciales de la Sala y, por último, el daño a la salud por la afectación de este derecho constitucional”* (Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero ponente: Enrique Gil Botero Bogotá 28 de marzo de 2012); de ahí que, conforme aquella jurisprudencia administrativa el daño a la salud desplaza a las demás categorías de daño inmaterial como el que antes denominada la misma como daño a la vida de relación, y en ese sentido puede concluirse también que el daño a la salud es el mismo daño a la vida de relación para aquella jurisdicción.

En cuanto a la jurisprudencia civil, aquella define solamente el daño a la vida de relación, como lo hace la sentencia del 9 de diciembre de 2013, con ponencia del magistrado ARIEL SALAZAR RAMIREZ, de la siguiente manera:

“El daño a la vida de relación se erige, por tanto, como una categoría propia y distinta tanto del daño patrimonial y del perjuicio moral. Este daño, que en nuestra jurisprudencia ha adquirido un cariz autóctono, ajustado a las particularidades de nuestra realidad social y normativa, “se configura cuando el damnificado experimenta una minoración sicofísica que le impide o dificulta la aptitud para gozar de los bienes de la vida que tenía antes del hecho lesivo, y como consecuencia de éste”. (Ramón Daniel PIZARRO. Daño moral. Buenos Aires: Edit. Hammurabi, 1996. Pág. 73)

La sola privación objetiva de la posibilidad de realizar actividades cotidianas como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, departir con los amigos o la familia, disfrutar el paisaje, etc., comporta un daño a la vida de relación que debe ser resarcido.

Este perjuicio –se reitera– se concibe de manera autónoma y completamente diferenciada del patrimonial o del estrictamente moral. En tal sentido esta Corte ha aclarado: “es una noción que debe ser entendida dentro de los precisos límites y perfiles enunciados, como un daño autónomo que se refleja en la afectación de la actividad social no patrimonial de la persona, vista en sentido amplio, sin que pueda pensarse que se trata de una categoría que absorbe, excluye o descarta el reconocimiento de otras clases de daño –patrimonial o extrapatrimonial– que posean alcance y contenido disímil, ni confundirlo con éstos, como si se tratara de una inaceptable amalgama de conceptos, puesto que una indebida interpretación conduciría a que no pudiera cumplirse con la reparación integral ordenada por la ley y la equidad...” (Sentencia de Casación Civil de 13 de mayo de 2008. Exp.: 1997-09327-01)”

Entonces, aquel menoscabo (daño a la salud y/o vida de relación), se ha entendido en términos generales, como el padecimiento de una afectación emocional externa como consecuencia del daño sufrido en el cuerpo o en su salud, que se ha irradiado a su vida social, que incluye también la imposibilidad de volver a trabajar o efectuar un oficio que le permita obtener ingresos para subsistir, función que es considerada vital para todo ser humano.

De igual talante, y en el caso de un daño a la integridad psicofísica, aquella compensación se hace por la pérdida del bien superior a la salud que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales a quien lo haya padecido (SC1893-2017).

En el caso planteado, partiendo del hecho concerniente a que en la demanda, los reclamantes del perjuicio, no motivaron en manera alguna la razón por la que se causa el mismo, dado que en el sustento fáctico, no se describe la afectación sicofísica externa concreta que haya generado en los accionantes aquel daño antijurídico, al igual que los medios probatorios recaudados en el proceso, no arrojan

elementos de juicio indicativos de alteraciones o limitaciones específicas en la vida social de los reclamantes, y con respecto a actividades puntuales habituales de los mismos, que realizaran antes del fallecimiento de su madre y hermana, y que posterior a ese hecho no se repitieron, que permita incluso presumir su ocurrencia al caso, conforme a la aplicación de las máximas de la experiencia o el sentido común para hacer una inferencia de esa naturaleza, según lo ha autorizado la jurisprudencia civil, y exceptuando al caso lo referido al dolor interno por aquel deceso, lo que ya es objeto de reparación, conforme acaba de anotarse, por lo que determina en consecuencia que el despacho niegue la cuantificación de una condena por aquel perjuicio rogado.

Cabe precisar que, si bien la accionante NORA LIGIA GIRALDO, en su declaración de parte, señaló que existe una afectación externa de aquel grupo familiar por el hecho de la muerte de RUBIELA, representado en que ya no se reúnen tan seguido, como era antes con su hermana, en todo caso expresó que en la actualidad el grupo familiar completo conserva la costumbre de reunirse en fechas especiales como cumpleaños y celebraciones familiares, y fechas especiales; de ahí que, aplicando las reglas de la experiencia, puede concluirse que en definitiva una afectación de la actividad social sobre la cuestión, no ocurre por cuanto la misma se mantiene en la actualidad, y la disminución de su ocurrencia, entre los actores, se presentó únicamente por el hecho obvio de la muerte de aquel ser querido.

En suma, se niega una condena por aquel perjuicio a los demandantes.

4. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Teniendo de presente, que el demandado al contestar la demanda, llama en garantía a la compañía CHUBB SEGUROS SA, con base en el vínculo contractual que se desprende del contrato de seguro de responsabilidad civil profesional médica y/o cobertura de responsabilidad civil para instituciones médicas, contenido en la póliza No. 12/0049335, con vigencia entre el 01/03/2021 al 28/02/2022, y retroactividad pactada desde el 31/01/2011, teniendo como asegurado el referido llamante, y con cobertura según menciona para la fecha del siniestro (14/01/2019), incluyendo el daño extrapatrimonial, debe definirse por tanto si opera aquella institución jurídica consagrada en el art. 64 del CGP.

La referida aseguradora, al contestar aquel llamado, si bien solicita se aplique el contenido del referido contrato de seguro celebrado con el llamante-asegurado, en los términos convenidos, alega como excepción la aplicación de una exclusión contractual pactada que denomina: *“Exclusión de errores administrativos de la póliza de responsabilidad civil profesional para instituciones médicas No. 12-49335”*, motivada en que dentro de las condiciones generales del seguro, se convino como causal de exclusión de cobertura de aquella responsabilidad, la referente a los reclamos de terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, por lo que concluye que *“si se considera la remisión de la víctima a un centro asistencial de la red pública como un error administrativo, entra dentro de esa exclusión”*.

Revisado el contenido de la carátula de la póliza y las condiciones generales del contrato de seguro, aportados al proceso (carpeta llamamiento en garantía; archivo 001, folios 1-25), el despacho observa, incluso, contenido en una página siguiente al de la carátula de esta y denominada “condiciones económicas”, la disposición de un riesgo excluido dentro del seguro por voluntad del asegurador (art. 1056 C. Co.), alusiva a la siguiente:

“Exclusiones Adicionales

El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a:

“(…)”

→ RECLAMOS PRESENTADAS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MEDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O”.

Conforme a la mencionada estipulación contractual, el asegurador excluyó dentro de la cobertura de aquel riesgo amparado, el acto administrativo del personal de la clínica asegurada, es decir, el relacionado con el apoyo para la gestión de servicios administrativos pero ajenos o no comprendidos dentro de una atención dispensada por el personal médico de la misma institución.

Sin embargo, la actuación cuestionada en la demanda, y que resulta comprobada en el proceso, alude indiscutiblemente a un acto desplegado por el personal de enfermería del centro hospitalario, relacionado con una atención de carácter médico efectuada a un paciente, como lo es la valoración de signos vitales y la efectuación del procedimiento de TRIAGE, puesto que se trata de un acto concreto que la regulación de la atención del servicio inicial de urgencias, consagra como de carácter médico, pues debe ser realizado por un médico o enfermera, como aconteció en este caso, según lo revela la historia clínica de la entidad accionada analizada atrás (decreto 5596 de 2015).

Adicionalmente, en el acápite mencionado que resulta adherido a la carátula de la póliza en comento (condiciones económicas), se convino por las partes lo siguiente:

“Cobertura Basica

→ *Cobertura de responsabilidad civil para instituciones médicas*

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

De igual talante, en las condiciones generales del contrato de seguro, y dentro del riesgo amparado de responsabilidad civil para instituciones médicas, el cual es el invocado por el asegurado para vincular a la aseguradora, se verifica que dentro del acto médico reconocido como erróneo y configurador de aquel riesgo asegurado, dicha cobertura se extiende igualmente a los actos médicos desplegados por el personal de enfermería contratada por la institución de salud, cuestión que se itera es la que ocurre en este caso, conforme se analizó anteriormente para definir la responsabilidad civil de aquella entidad, y debido precisamente a la omisión injustificada de un personal del área de la enfermería de la clínica accionada, autorizado legalmente para realizar el protocolo del TRIAGE, en brindar y/o complementar aquel protocolo realizado con una atención inicial de urgencias que demandaba con urgencia la paciente, luego de verificar ese mismo personal los signos vitales y el nivel de TRIAGE que presentaba aquella.

En efecto, allí se convino lo siguiente:

“Cobertura de responsabilidad civil para instituciones médicas por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. la cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo...”.

En consecuencia, aquella excepción no resulta probada por tratarse de insiste de un acto médico y no administrativo, conforme lo alega la aseguradora, desplegado por el personal de enfermería del asegurado, no solo autorizado por la entidad para desarrollarlo, sino igualmente por la regulación existente sobre la materia, a la par que cubierto por el riesgo amparado, que es invocado por el asegurado para el llamamiento en garantía.

Definido entonces la responsabilidad civil del referido asegurado en la producción del daño y siniestro amparado, alusivo al fallecimiento de la paciente RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, hecho ocurrido el 15 de enero de 2015, según lo certifica el registro civil de defunción aportado con la demanda (archivo 02, folio 1), es decir, dentro de la vigencia de aquel seguro, y en concreto dentro del periodo de retroactividad pactado a partir del 31 de enero de 2011, sumado a que no se probó dentro del proceso, ninguna causal de exclusión pactada dentro del contrato de seguro, en los términos antes mencionados, la compañía aseguradora llamada en garantía, bajo los efectos del art. 64 del CGP, deberá por tanto reembolsar el pago que debe hacer aquel asegurado, con ocasión de la condena a imponérsele en esta sentencia, y de acuerdo claro está con las condiciones y limitaciones del contrato de seguro celebrado entre las partes, relativas al valor asegurado para el amparo contratado de responsabilidad civil profesional médica y/o instituciones médicas, por evento daño extrapatrimonial, con límite de \$1.000.000.000 y con valor mínimo de \$50.000.000 y aplicación de un deducible del 10% (arts. 1077, 1088 y 1089 del C. Co).

Lo anterior comporta también que no resulta probada la otra excepción planteada por la aseguradora y denominada:” *Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de responsabilidad civil médica para instituciones médicas, de la póliza No. 12-49335, por ausencia de responsabilidad del Instituto de Religiosas de San José de Gerona-Clínica Nuestra Señora de los Remedios*”, por las razones antes mencionadas.

CONCLUSIONES

1. Se establecieron en el proceso los elementos que estructuran la responsabilidad civil de carácter médico endilgada por los demandantes a la entidad demandada CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS-INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA, alusivos al daño antijurídico, la culpa galénica y la relación de causalidad entre el acto médico cuestionado y el daño ocasionado relativo a la muerte de la paciente RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ.
2. La indemnización como reparación de perjuicios que debe cancelar la referida demandada a los actores, corresponde a la siguiente:

- Por concepto de daño moral: \$70.000.000 para el hijo; \$60.000.000, para la hermana JULIA ROSA; y, \$50.000.000, para la otra hermana reclamante de la víctima fallecida.

2.1. Negar la condena al pago del perjuicio sobre daño a la salud y/o vida de relación reclamado en la demanda, por no haberse probado.

2.2. Acerca de la pretensión de los demandantes, relacionada con que el monto de la indemnización sea objeto además del reconocimiento de un “interés”, el despacho, debe señalar que reconocerá por ser compatible con aquella condena, la aplicación del interés legal previsto en el art. 1617 del CC, puesto que se excluye el interés comercial, dentro del cual además se encuentra el interés de mora (art. 65, Ley 45/1990); lo anterior, en los términos señalados por la jurisprudencia de la SCC DE LA CSJ, en las condenas impuestas en procesos de responsabilidad civil extracontractual, como lo hace en la sentencia SC11331-2015, en donde señaló:

“En ese pronunciamiento se concluyó, -(se refiere a la sentencia (CSJ SC, 25 Abr 2003, Rad. 7140)- entonces, que la compatibilidad de la indexación y de los réditos depende de la clase de estos últimos, pues si son los civiles nada impide la coexistencia de esos dos conceptos; en cambio, si se trata de los comerciales, en tanto ellos comprenden ese concepto (indexación indirecta) «imponer la corrección monetaria, per se, equivaldría a decretar una doble -e inconsulta- condena por un mismo ítem, lo que implicaría un grave quebranto de la ley misma, ya que ésta ha establecido, en forma imperativa, que la manera de hacer el ajuste monetario de las obligaciones dinerarias de abolengo mercantil, es por la vía de los intereses, por la potísima razón de que está entronizado en uno de los factores constitutivos o determinantes de la tasa reditual de mercado”.

Por consiguiente, para garantizar el pago de la condena, en su valor real, y para el momento de su pago voluntario, se aplicará la misma fórmula utilizada por la SCC de la CSJ para la actualización de valores de daño emergente ($VP = \frac{VA \times IPC \text{ final}}{\text{sobre IPC inicial}}$), sumado al reconocimiento de un interés del 6% anual, y si se llegare a acudir al proceso ejecutivo para el efecto de que trata el art. 306 del CGP, allí se aplicará los intereses de mora respectivos.

3. Con relación a la aseguradora CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA, la condena se hará en los siguientes términos:

Por tratarse de un llamamiento en garantía, efectuado por el mismo asegurado contra el asegurador, en los términos del art. 64 del CGP, la aludida compañía aseguradora deberá reembolsar el pago que debe hacer aquel asegurado, con ocasión de la condena a imponérsele en esta sentencia, y bajo los condicionamientos contractuales acordados y antes especificados.

4. Finalmente, se condenará en costas procesales al demandado que resultó vencido en el juicio (art. 365-1 CGP).

DECISION

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI, en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

1. DECLARAR no probadas las excepciones de mérito alegadas por la pasiva, conforme lo considerado anteriormente.

2. DECLARAR no probadas las excepciones alegadas por la aseguradora CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA, conforme lo considerado atrás.

3. Declarar que la organización demandada CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS-INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA, es responsable de los PERJUICIOS ocasionados a los demandantes VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO, NORA LIGIA GIRALDO GONZÁLEZ y JULIA ROSA GIRALDO GONZÁLEZ, por el fallecimiento de la señora RUBIELA GIRALDO GONZÁLEZ, ocurrido el 15 de enero de 2019, y relacionado ese hecho con la omisión de brindar a la referida paciente, la atención inicial de urgencias que requería por su estado de salud, en los términos analizados anteriormente.

4. CONDENAR como consecuencia de lo anterior, a la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS-INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA, a pagar a los demandantes las siguientes sumas de dinero:

4.1. Para VICTOR HUGO LUCIO GIRALDO:

-Daño moral: \$70.000.000.

4.2. Para NORA LIGIA GIRALDO GONZÁLEZ

-Daño moral: \$60.000.000.

4.3. Para JULIA ROSA GIRALDO GONZÁLEZ:

-Daño moral: \$50.000.000.

Aquellos montos, además, deberán cancelarse a partir de la ejecutoria de esta sentencia; igualmente, para garantizar el pago de la referida condena, en su valor real, y para el momento de su pago voluntario, se aplicará la misma fórmula utilizada por la SCC de la CSJ para la actualización de valores de daño emergente ($VP = \frac{VA}{x IPC \text{ final sobre IPC inicial}}$), sumado al reconocimiento de un interés del 6% anual, y si se llegare a acudir al proceso ejecutivo para el efecto de que trata el art. 306 del CGP, allí se aplicará los intereses de mora respectivos.

5. NEGAR la condena al pago de perjuicios a los accionantes por daño a la salud y/o vida de relación, según lo considerado anteriormente.

6. CONDENAR a la aseguradora CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA, al reembolso del pago que debe efectuar el asegurado CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS-INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA, con ocasión de la condena impuesta en esta sentencia a favor de los accionantes, y bajo los condicionamientos y limitaciones del contrato de seguro celebrado entre las partes, relativas al valor asegurado para el amparo contratado de responsabilidad civil profesional médica, por evento daño extrapatrimonial, con límite de \$1.000.000.000 y con valor mínimo de \$50.000.000, y aplicación de un deducible del 10%.

7. CONDENAR al demandado al pago de las costas procesales a favor del demandante. Se tasan las agencias en derecho, en la suma equivalente a 2 SMLMV (ACUERDO No. PSAA16-10554 de 2016).

8. NOTIFICAR esta sentencia por estado electrónico (art. 295 CGP; art. 9º Ley 2213/2022).

9. ARCHIVAR el expediente en su oportunidad.

NOTIFÍQUESE

El Juez,



ANDRÉS JOSÉ SOSSA RESTREPO

Juzgado 1 Civil del Circuito

Secretaria

Cali, **07 DE FEBRERO DEL 2023**

Notificado por anotación en el estado No. **19** De
esta misma fecha

Guillermo Valdez Fernández

Secretario