

Magistrado Ponente: MARIO ALBERTO GÓMEZ LONDOÑO

Número de Radicación: 13001-31-03-002-2019-00279-01

Decisión: Confirma sentencia

Fecha de la Decisión: 20 de agosto de 2021.

Clase y/o subclase de proceso: Verbal-Responsabilidad medica

RESPONSABILIDAD MEDICA/ La regla general es que la obligación del médico es de medio, basada en la competencia profesional. Así lo ha entendido la jurisprudencia nacional, de manera que, por regla general, la responsabilidad por la prestación del servicio médico encontrara su fundamento en la culpa.

RESPONSABILIDAD MÉDICA/El limite para establecer la responsabilidad médica, lo constituye el criterio de normalidad emanado de la *lex artis*. El desbordamiento de esa idoneidad ordinaria, por demás, cualificada, es lo que debe ser objeto de reproche. Según sea el caso, por infracción de las pautas de la ley, de la ciencia o del respectivo reglamento médico.

CULPA PROBADA/ La responsabilidad médica se configura a partir de la culpa probada del profesional y la carga probatoria está en quien alega el daño, sólo cuando se demuestra la culpa del médico, puede hallarse el nexo causal entre su conducta y el hecho que genera el daño reclamado por la víctima.

CARGA DE LA PRUEBA/Al demandante le incumbe acreditar la negligencia, impericia o falta de cuidado de los facultativos.

HISTORIA CLINICA/Documento contentivo de todos los datos sobre el estado de la salud del paciente, estructurados de manera ordenada, detallada y cronológica.

FUENTE JURISPRUDENCIAL/ Sentencias Sala Civil. Corte Suprema de Justicia del 11 de septiembre de 2002, Exp. 6.430; del 5 de noviembre de 2013, rad. 2005-2501, del 20 de junio de 2016 Exp. 2003-5460, del 13 de octubre de 2020 SC3847-2020. Sección Tercera del Consejo de Estado sentencia del 30 de noviembre de 2006, Exp. 25.063, CSJ. Civil. Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, expediente 6199, CSJ. Casación Civil. Sentencia de 5 de noviembre de 2013, expediente 00025, CSJ. Civil. Sentencia de 26 de septiembre de 2002, expediente 6878, CSJ. Casación Civil. Sentencia de 17 noviembre de 2011, expediente 00533-01.



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CARTAGENA
SALA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA

MAGISTRADO PONENTE
MARIO ALBERTO GÓMEZ LONDOÑO

Cartagena de Indias D. T. y C., veinte (20) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

RADICACIÓN N°.	13001-31-03-002-2019-00279-01.
ASUNTO.	APELACIÓN SENTENCIA.
PROCESO.	VERBAL- RESPONSABILIDAD MÉDICA.
PROCEDENCIA.	JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO CARTAGENA.
DEMANDANTES.	ANA LUZ, TATIANA ESTHER OÑATE TEHERAN, JHON JAIRO OÑATE TEHERAN Y HECTOR ELIECER PADILLA TEHERAN.
DEMANDADO.	CLÍNICA BLAS DE LEZO S.A.
DECISIÓN.	Confirma sentencia apelada.
TEMAS.	Responsabilidad Medica. Prueba de la culpa.
SENTENCIA N°.	SC-11.
APROBACIÓN.	Proyecto discutido y aprobado en sesión 27 de 17 de agosto de 2021.

I. ASUNTO A RESOLVER.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 806 de 2020, procede la Sala a resolver la apelación presentada por el demandante contra la sentencia dictada en audiencia de 14 de agosto de 2020, por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Cartagena, dentro del proceso verbal de Responsabilidad Civil médica de TATIANA ESTHER OÑATE TEHERAN y otros frente a la CLÍNICA BLAS DE LEZO S.A.

II. ANTECEDENTES.

1.- LA DEMANDA.

1.1.- Lo pretendido. Mediante escrito presentado el 31 de octubre del 2019 ANA LUZ, TATIANA ESTHER, JHON JAIRO OÑATE TEHERAN y HÉCTOR ELIECER PADILLA TEHERAN, presentaron demanda declarativa de responsabilidad civil médica. Solicitaron los actores declarar que la convocada es civilmente responsable del fallecimiento de la señora NELYS TEHERÁN GONZALEZ.

Como consecuencia de lo anterior reclamaron la indemnización por daños inmateriales en la modalidad de perjuicios morales, estimados en cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), para cada uno de los demandantes.

1.2.- Los fundamentos fácticos. Como sustento de lo pedido, refirieron que la señora Nelys Teherán era una paciente oncológica por sufrir de cáncer de garganta, diagnosticado en agosto del 2011 a través de la EPS CAPRECOM. En paralelo, sostuvieron que por medio del SISBEN inició un tratamiento de radioterapia y quimioterapia, el cual fue llevado a cabo en la Clínica Blas de Lezo.; sin embargo, además de su enfermedad empezó a experimentar deterioro en su salud mental.

Como consecuencia de esta afección, no era la primera vez que la paciente ingresaba a la clínica, dado que, en otras ocasiones había sido atendida por hospitalización, consulta externa y urgencias; adicionalmente en el mismo centro médico fue valorada por psicología, quien la remitió posteriormente a psiquiatría.

La usuaria acudió al ente hospitalario el 1o de noviembre del 2014 por presentar cuadro clínico de dolor en epigastrio y mesogastrio, asociado con ansiedad, ideas suicidas y autolesión. Posteriormente, reingresó en mal estado de salud siendo hospitalizada y alejada al presentar un cuadro de cuello ulceroso.

El 29 de noviembre el señor Facundo Oñate, quien fuera el esposo de la señora Teherán, la acompañó durante la noche. Refirió que en este lapso los equipos encargados de monitorearla empezaron a emitir alertas, ya que la paciente se encontraba obstruyendo el medicamento, a lo que su consorte dio aviso rápidamente a las enfermeras quienes hicieron caso omiso de esta situación.

Narraron los promotores que, más tarde, la señora Nelys continuó con la obstrucción de la canalización, por lo que su esposo llamó una vez mas al personal de enfermería, pero cuando regresó a la habitación escuchó un fuerte golpe percatándose que su esposa no se encontraba en la camilla ni en ningún otro lugar, encontrando la ventana del recinto abierta porque se había lanzado de ésta, encontrándola en el primer piso del lado afuera de la clínica.

Ante esta situación, la víctima fue recogida e ingresada a la clínica a quien le realizaron maniobras de reanimación sin éxito alguno, situación que atribuyeron a un indebido diagnóstico psiquiátrico de ella y la carencia de caretas de seguridad en las ventanas de la sede hospitalaria.

2. LA RÉPLICA.

2.1.- Contestación a los hechos. Admitida la demanda, conforme auto de 10 de diciembre de 2019 y notificada el 31 de enero de 2020 (*Folio 63, cuaderno principal del expediente digital*), el pasivo procedió a contestarla controvirtiendo cada uno de los hechos del libelo. Particularmente, indicó que *“no existe la obligatoria prueba médico científica que demuestre la culpa médica por acción de alguno de los profesionales de la salud que atendieron a la paciente”*.

Manifestó que, *“la parte actora no fundamentó prueba de la existencia del nexo causal entre los servicios médicos hospitalarios que se le prestaron a la paciente y los graves daños que sufrió cuando presuntamente se lanzó de la ventana de la habitación en la cual se encontraba”*.

2.2 Las excepciones perentorias. Clínica Blas de Lezo se opuso al éxito de las pretensiones, y planteó las siguientes excepciones:

- INEXISTENCIA DEL OBLIGATORIO NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LOS SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS INTEGRALES QUE SE LE SUMINISTRARON A LA PACIENTE NELLYS TEHERAN GONZALEZ Q.E.P.D, POR LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD QUE ATENDIERON A LA PACIENTE DURANTE TODOS LOS INGRESOS A LA IPS CLÍNICA BLAS DE LEZO, Y LOS GRAVES DAÑOS QUE TENÍA LA PACIENTE DESDE ANTES DE TALES INGRESOS.

- INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA DENOMINADOS FALTA DE OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, RACIONALIDAD O IMPERICIA, FALTA DE DILIGENCIA Y/O IMPRUDENCIA.

Adujo que *“no existe coherencia y mucho menos la obligatoria congruencia, entre lo que relató el cónyuge de la paciente a la prensa, sobre el suicidio de la paciente con lo que demuestran las notas de enfermería que son parte de la historia clínica”*. *“La paciente no tiene ningún tipo de lesión a nivel del cráneo y tampoco a nivel de las piernas”*.

Afirmó *“que no existe registro de valoración psiquiátrica o por psicología que indicaran un trastorno psiquiátrico de la paciente que obligara a remitirla a una entidad que tuviera habilitados servicios para pacientes psiquiátricos. que en su momento la clínica cumplía con todas las normas y requisitos para prestar servicios*

de mediana o alta complejidad; en este caso las ventanas eran de aluminio con doble cerrojo y se mantenían cerradas, lo cual determina que la paciente tuvo que hacer un gran esfuerzo para poder abrir la ventana y deslizarse por el espacio de esta en tan poco tiempo, considerando que estaba en mal estado de salud y nutricional”.

3.- LA SENTENCIA APELADA.

El sentenciador de primer grado, en decisión del 14 de agosto del 2020, denegó las pretensiones de la demanda. Una vez encontró acreditados los presupuestos de capacidad, demanda en forma y competencia, resaltó las generalidades preliminares de la responsabilidad civil en la responsabilidad médica.

Argumentó que, si bien el presupuesto del daño se acreditó, toda vez que dentro del proceso reposa el registro de defunción de fecha 30 de noviembre de 2014 de la señora Nelys Teherán González; a la luz de la jurisprudencia nacional, le correspondía al pretensor probar el cumplimiento defectuoso del equipo médico.

En ese sentido razonó que, en este caso, el material probatorio, como la historia clínica y las declaraciones rendidas por los demandantes, no lograron establecer que la señora Teherán tenía ideas suicidas; además, no dejaron claro si esta situación fue realmente informada al cuerpo médico de la clínica demandada, en su último ingreso.

De acuerdo a la prueba documental obrante en el proceso, continuó, la paciente ingresó a la Clínica Blas de Lezo por patologías físicas que presentaba y que fueron atendidas por los médicos a través del servicio de urgencias en la consulta de reingreso en fecha 1o de noviembre del 2014, donde se logró evidenciar lo establecido por el doctor Cassiani, quien anotó que la paciente presentaba dolor en epigástrico, nasogástrico y trastorno de ansiedad, ideas suicidas y de autolesión. Sin embargo, la atención se basó en estabilizar a la paciente respecto al dolor que presentó en esa ocasión y la enfermedad de base que presentaba.

El estrado concluyó, que los familiares de la paciente no informaron que la misma estuviera tomando algún tipo de medicamento psiquiátrico, ni ansiolítico o antidepresivo, fuera de que durante su estancia no fue presentado ningún reporte de comportamiento inusual, por lo que, si bien la paciente fue remitida a consulta psiquiátrica, los mismos demandantes, en su declaración, establecieron que la usuaria no pudo asistir a dicha consulta, por lo tanto, no bastaban los dichos de los extremos activos, para afirmar la presunta omisión en la valoración de la historia

clínica de la paciente, sino que se debió puntualizar cual era el acto médico negligente.

En esa medida, el Juzgado concluyó, que no hubo un actuar culposo respecto al personal médico y de enfermería adscrito a la Clínica, frente a la atención que recibió la convaleciente durante su estancia. Aunado ello a que el ente cumplió con toda la normativa vigente para su funcionamiento, ya que para ese momento no era necesario el uso de caretas, ni rejas de seguridad en las ventanas por la especialidad del ente hospitalario.

4.- LA ALZADA.

4.1.- Los reparos concretos. Los demandantes censuraron la decisión de primer grado con fundamento en los siguientes argumentos:

4.1.1 El despacho desconoció que la fallecida Nelys Teherán era una paciente que había reingresado en múltiples ocasiones a la Clínica Blas de Lezo, como encargada de manejar el tratamiento oncológico de su patología, tal como consta en el expediente, ya que se encontraba en etapa avanzada lo cual no era una paciente desconocida para el centro hospitalario.

4.1.2. El médico de turno hizo caso omiso, puesto que no impartió tratamiento alguno lo cual llevó al deceso accidentado de la paciente.

4.1.3 La omisión en el diagnóstico, relacionado con las ideas suicidas y de autolesión, establecieron la culpa por negligencia de la Clínica, dado que no impartió las medidas respectivas, *“permitiéndole ciertas libertades como el acceso a una ventana para que pudiera llevar a cabo sus ideas suicidas, vulnerándose de esta forma su seguridad”*.

4.1.4. *“La culpa de la clínica es por omisión porque los médicos no estudiaron la totalidad de la historia clínica, ya que de ser así se hubieran percatado de que era una paciente que estaba presentando problemas y hoy en día no hubiese fallecido lanzándose del tercer piso de una clínica”*.

4.2.- La sustentación de los cargos.

4.2.1. Los recurrentes insisten en la advertencia que los familiares le hicieron a los médicos, respecto a las condiciones neurológicas que presentaba la señora Teherán, y que fue omitido en el diagnóstico y en la historia clínica.

4.2.2 Insta a que se tengan en cuenta lo manifestado por los testigos en especial el decir del Dr. Moran, quien dijo que *“Todo paciente oncológico tiene una atención integral porque no solamente tu atiendes al paciente del cáncer sino de todos los síntomas y de todas las posibles complicaciones que se presentan. No solamente por el cáncer sino por los efectos secundarios de los medicamentos que tu utilizas a los pacientes con cáncer (...)”*.

4.2.3. En la impresión clínica no se dejó constancia sobre las ideas suicidas y de autolesión; que trajo como consecuencia el fallecimiento de la paciente, del cual la representante legal no pudo establecer si se tomaron las medidas pertinentes.

III. CONSIDERACIONES.

1.- SISTEMÁTICA DE RESOLUCIÓN DE LOS EMBATES. De cara al sistema de pretensión impugnativa, consagrado en el canon 328 del Código General del Proceso, inicialmente la Sala se concentrará en auscultar si hay prueba de la culpa por omisión o negligencia, atribuida a la encausada por las presuntas fallas en la prestación del servicio médico, al efectuar una indebida valoración de la historia clínica y el diagnóstico de las complicaciones psiquiátricas de la víctima, que incidieron en su desenlace mortal.

Posteriormente, y de ser el caso, se analizará si hay prueba de los daños, cuya indemnización se pretende.

2.- LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO. Dentro de la responsabilidad contractual puede encontrarse una subespecie de la misma conocida como responsabilidad profesional y dentro de ésta la denominada responsabilidad médica.

Con relación a éstas, inicialmente se puede considerar que al profesional se le puede exigir una diligencia mayor que la demandable del hombre medio. Ello, teniendo en cuenta los especiales conocimientos que tiene y que debe poner en pos de la persona con la cual contrató.

Por supuesto, lo dicho en precedencia no supone caer en excesos como una responsabilidad de in modificada y permanente naturaleza objetiva, razón por la cual, si bien se puede exigir mayor diligencia, en todo caso la responsabilidad, por ejemplo, del facultativo está sujeta a la prueba de su culpa; pues, más allá de lo dicho, inviable resulta considerar la actividad médica como una actividad peligrosa,

o estimar que en todos los contratos y con relación a todas las prestaciones el médico asume compromisos de resultado.

En esa medida, conforme al ordenamiento jurídico colombiano, la relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. Así lo ha entendido la jurisprudencia nacional¹, de manera que por regla general, la responsabilidad por la prestación del servicio médico encontrara su fundamento en la culpa.

Por consiguiente, los profesionales de la medicina se comprometen a desarrollar su actividad con la prudencia y diligencia debidas, haciendo el mejor uso de sus conocimientos y habilidades para brindar a sus pacientes una atención encaminada a un correcto y oportuno diagnóstico de las patologías que los afecten, así como a la prescripción del tratamiento adecuado. Sin embargo, según lo tiene decantado la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, por regla general, de allí no se deriva una obligación de resultado en cuanto a la recuperación de la salud, sino de medio, para procurar la satisfacción de ese objetivo (SC3847-2020).

La prestación de los servicios de salud se halla ligada a una obligación ética y jurídica, e implica que los distintos agentes involucrados deben contribuir no solo al bienestar de los pacientes, sino a evitar el daño físico o síquico derivado de la afectación a la salud.

Ahora bien, la constante formación académica y técnica en sus conocimientos, así como la actualización permanente de los médicos, asegura que sus decisiones las adoptan en beneficio de los enfermos para evitar perjuicios en su integridad física y moral. Los principios anotados, en consecuencia, conminan a los profesionales de la salud a optar siempre por los procedimientos y alternativas terapéuticas menos dolorosas para los pacientes y usuarios de los servicios.

Lo anterior presupone, en general, que el actuar médico se realiza con diligencia y cuidado. Por esto, los menoscabos o las lesiones causadas a la salud, también en línea de principio, se entienden que son excusables. Las excepciones se refieren a las faltas injustificadas (groseras, culposas, negligentes o descuidadas), eventos en los cuales deben ser reparadas íntegramente “*in natura*” o por equivalencia.

¹ Sentencias Sala Civil. Corte Suprema de Justicia del 11 de septiembre de 2002, Exp. 6.430; del 5 de noviembre de 2013, rad. 2005-2501, del 20 de junio de 2016 Exp. 2003-5460, del 13 de octubre de 2020 SC3847-2020. Sección Tercera del Consejo de Estado sentencia del 30 de noviembre de 2006, Exp. 25.063, entre otras.

Para el efecto, precisamente, corresponde a quien demanda la declaración de responsabilidad médica y la correspondiente condena *“probar la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad. En todo caso, no basta la afirmación del actor carente de los medios de convicción demostrativos de los hechos que se imputan”* (SC3847-2020).

Como tiene sentado la Corte, *“[s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado”*².

La conceptualización reviste importancia con miras a establecer las cargas probatorias de los supuestos de hecho normativos y de las consecuencias jurídicas de su incumplimiento. En punto de las obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia, impericia o falta de cuidado de los facultativos, mientras en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

En las obligaciones de medio, por supuesto, al actuar galénico no le es exigible la infalibilidad. En palabras de la Corte, porque el *“azar o el acaso es parte constitutiva de su contenido, y el resultado no depende directa y necesariamente de la actuación diligente del deudor”*³.

Así, conforme a la regla general contenida en el inciso primero del artículo 167 del Código General del Proceso, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, es decir que las cuestiones de esta naturaleza, se rigen por el sistema de culpa probada, aunque la jurisprudencia ha admitido que el deber de demostrar la existencia de responsabilidad médica o su ausencia puede recaer en quien esté en mejores condiciones de aportar los elementos de convicción.

² CSJ. Civil. Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, expediente 6199.

³ CSJ. Casación Civil. Sentencia de 5 de noviembre de 2013, expediente 00025.

En todo caso, el baremo o límite para establecer responsabilidad médica, lo constituye el criterio de normalidad emanado de la *lex artis*. El desbordamiento de esa idoneidad ordinaria, por demás, cualificada, es lo que debe ser objeto de reproche. Según sea el caso, por infracción de las pautas de la ley, de la ciencia o del respectivo reglamento médico.

Al respecto la Corte ha dicho:

“[U]n dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan, pero no ocasionan. De la misma manera, quedará al abrigo de la decisión judicial, pero tomada con el suficiente conocimiento aportado por esas pruebas técnicas a que se ha hecho alusión, la calificación que de culposa o no se dé a la actividad o inactividad del profesional, en tanto el grado de diligencia que le es exigible se sopesa y determina, de un lado, con la probabilidad de que el riesgo previsto se presente o no y con la gravedad que implique su materialización, y de otro, con la dificultad o facilidad que tuvo el profesional en evitarlo o disminuirlo, asuntos todos que, en punto de la ciencia médica, deben ser proporcionados al juez a efectos de ilustrarlo en tan especiales materias”⁴.

En este tenor, como el juez no es perito en otras áreas del conocimiento, desde luego, para el análisis jurídico debe auxiliarse en forma inmediata de los criterios científicos suministrados por quienes tienen suficiente preparación en el área del saber respectivo.

3. CASO CONCRETO. / Análisis de la responsabilidad de la parte demandada.

3.1.- Síntesis de la postura del a quo y de los apelantes. En el caso examinado, el Juzgado de primer grado estimó que ninguno de los testigos traídos al plenario dieron certeza de la atención que recibió la occisa en la clínica demandada, por lo cual con base en la historia clínica y en las notas de enfermería ultimó que, el hospital demandado adoptó los procedimientos del caso y mecanismos de seguridad básicos, de cara al estado sistémico con la que ingresó

⁴ CSJ. Civil. Sentencia de 26 de septiembre de 2002, expediente 6878.

la paciente, sin que tal proceder fuera la causa directa del suceso (“suicidio”) que produjo posteriormente su fallecimiento.

En cambio, la cuestión medular en la que insisten los recurrentes, es que tanto el Despacho como el personal asistencial de la clínica desconocieron que la paciente Teherán había reingresado en múltiples ocasiones a la Clínica Blas de Lezo, omitiéndose en la historia clínica las advertencias de sus familiares respecto a las ideas “*suicidas y de autolesión*” que refería la paciente al momento de su entrada al recinto hospitalario, pues insisten en que ya había sido atendida por esta causa, derivando consigo el suicidio de la paciente.

3.2.- Lo probado. Sin embargo, más allá de lo sostenido en la alzada, lo cierto es que las inadvertencias enarboladas no se estructuran, puesto que, como supra quedó explicado, dichas inconsistencias no se evidenciaron con los medios de convicción controvertidos en el plenario.

Denota la Sala que si bien la señora Teherán fue atendida en varias oportunidades en la Clínica Blas de Lezo con una anamnesis de cáncer de amígdalas y con un historial de quimioterapias, la valoración de las pruebas en conjunto, no demostraron que a ésta se le hubiera establecido un diagnóstico médico, técnico y especializado respecto a una condición de índole psiquiátrica que llevara al centro de salud atribuirse una obligación de garantía especial para prevenir algún tipo de autolesión o posible suicidio de la enferma.

Quiere decir lo anterior que, la valoración material y objetiva efectuada por el *a quo* de la historia clínica fue razonable, de cara a la diligencia del prestador del servicio médico, por el fallecimiento de la paciente. En efecto, no se acreditó un comportamiento culpable o negligente de la demandada en el cumplimiento de su obligación que se ciñó a una de medio, en lo estrictamente asistencial y en lo atinente a la seguridad, que en términos generales se le debe a quienes se encuentran hospitalizados.

Aparte de la enfermedad principal que tenía la víctima, no se avizoran evidencias científicas que endilguen un error en el diagnóstico por parte del cuerpo médico de una afección neurológica anormal y notoria, distinta al padecimiento oncológico de la señora Teherán.

Lo anterior, se encuentra acreditado no solo en la historia clínica, sino también en su valoración integral con las notas de enfermería que en ella reposan

y el testimonio de la enfermera de turno, pues los demás testigos no conocieron como tampoco les constó de cerca la condición médica de la paciente.

En otras palabras, existiendo otros elementos de juicio en el proceso, ninguno acreditaba la culpa asistencial; por el contrario, demostraron que los procedimientos que adoptaron los profesionales de la salud ceñidos a la *lex artis* o técnicas profesionales para estabilizar a la paciente.

Al respecto el Dr. Moran destacó:

“El médico, cuando un paciente llega urgencias, evidentemente tiene prioridad a los síntomas del paciente porque es un motivo por el que consulta más, no quiere decir en ningún momento de qué es lo único que se atiende al paciente, se le mira todo el contexto y se hace presente si necesita de unos paraclínicos que si se va a hacer unos estudios imagenológicos para llegar a un diagnóstico y va a ir a las posibles complicaciones, porque es que cuando esta paciente ingresó a urgencias ya tenía un cáncer, no lo digo yo, lo dice la historia clínica” (Audio Audiencia Inicial Min 44:26).

La historia clínica, es cierto, es un documento que debe recoger toda la información del paciente. Como tiene sentado la Corte:

“Por mandato normativo, la historia clínica consigna de manera cronológica, clara, precisa, fidedigna, completa, expresa y legible todo el cuadro clínico en las distintas fases del acto médico desde su iniciación hasta su culminación, a partir del ingreso del paciente a una institución de salud a su salida, incluso en la rehabilitación, seguimiento y control; contiene el registro de los antecedentes, y el estado de salud del paciente, la anámnesis, el diagnóstico, tratamiento, medicamentos aplicados, la evolución, el seguimiento, control, protocolo quirúrgico, indicación del equipo médico, registro de la anestesia, los estudios complementarios, la ubicación en el centro hospitalario, el personal, las pruebas diagnósticas, etc., ostenta una particular relevancia probatoria para valorar los deberes de conducta del médico, la atención médica al paciente, su elaboración en forma es una obligación imperativa del profesional e instituciones prestadoras del servicio, y su omisión u observancia defectuosa, irregular e incompleta, entraña importantes consecuencias, no sólo en el ámbito disciplinario sino en los procesos judiciales, en especial, de responsabilidad civil, por constituir incumplimiento de una obligación legal integrante de la respectiva relación jurídica”⁵.

⁵ CSJ. Casación Civil. Sentencia de 17 noviembre de 2011, expediente 00533-01.

La relevancia de la historia clínica es indiscutible. Ante todo, sirve de herramienta para informar al personal médico sobre todas las condiciones de salud, el tratamiento y la evolución del paciente. También como medio de prueba para reconstruir los hechos frente a la necesidad de establecer una eventual responsabilidad galénica (SC3847-2020).

Lo indicado, no quiere decir que se esté ante una prueba tasada; tampoco que a través de otros medios probatorios sea imposible desvirtuar su contenido o que no se pueda probar contra su literalidad. Se trata, pues, de un medio de convicción relevante, por tanto, discutible, en casos de tachaduras, omisiones, inexactitudes o falsedades.

En ese orden, conforme a la historia clínica, debe tenerse por cierto que la señora Nelys Theran González, el 01 de noviembre de 2014, a las 8:11 A.M., ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Blas de Lezo, por haber presentado cuadro clínico caracterizado por dolor en epigastrio y mesogastrio, quien además refirió tener trastorno de ansiedad e ideas suicidas y de autolesión, dolor orofaríngeo y disfagia con antecedentes de cáncer de Amígdalas Laringes (Fl. 29 cuaderno Principal, Expediente digital).

La paciente había sido atendida previamente con antecedente de CA de amígdala, tratada con quimioterapia con una última sesión de 42 días atrás, además con una úlcera en el cuello, sin mejoría en tratamiento en casa.

En el examen físico efectuado por el galeno de turno, quedó consignado que se encontraba en malas condiciones generales con herida, masas en cuello lado derecho en cicatrización y con secreción amarilla fétida y con edema en boca labios, se encontró hemodinámicamente estable. **Sin problemas neurológicos, psiquiátricos o psicológicos aparentes.** Se dispuso canalizar para el manejo del dolor, se le ordenó un lavado quirúrgico y medicación, finalmente se ordenó su salida con recomendaciones y remisiones a oncología para tratamiento ambulatorio (Fl 37 C. Principal Expediente Digital. Negrillas de la Sala).

El 4 de noviembre de 2014 fue valorada en la Clínica Blas de Lezo por psicología, quien ordenó su remisión a psiquiatría, sin embargo, quedó constancia con las aseveraciones de los actores que la usuaria no asistió a esta última especialidad.

El 10 de noviembre de 2014, a las 09:11: 00 A.M. la señora Teherán reingresó con el cáncer de amígdala refiriendo disnea, más palpitations y cuadro recurrente

de agitación psicomotora posterior a la ingesta de Metoclorpropamida presentando dos eventos caracterizados por debilidad, agitación y desespero al examen físico, se encontró en general **tranquila estable hemodinamicamente, sin déficit neurológico**, se le requirió plan de tratamiento con recomendaciones.

El 25 de noviembre de 2014, a las 10: 47, ingresó remitida por oncología, con un diagnóstico de disfagia para una Gastrostomía por el CA de garganta, el familiar manifestó que la paciente presentaba dificultad para la deglución y para el habla desde hace aproximadamente 2 meses. Al examen físico, se encontró consiente, **alerta buen estado general sin déficit neurológico aparente**, del cual el médico tratante ordenó inmovilizar el cuello y miembro superior derecho, efectuar un RX de tórax y tac cerebral simple.

El 28 de noviembre de 2014, se procedió con su valoración a nutrición por cirugía general, por obstrucción de vía digestiva. En las notas y rondas de enfermería durante ese lapso de hospitalización, quedó consignado hasta el 28 de noviembre de 2014 que la paciente permanecía en su unidad acostada, estable, en compañía de su familiar, monitorizada en sus signos vitales y bajo el tratamiento ordenado (Flo. 70 C. Principal Expediente Digital).

El 30 de noviembre de 2014 a las 4:30 AM se anotó:

“Se atiende llamado de enfermería quien manifestó que la paciente se arrojó por la ventana de la habitación (...) encuentro paciente en cama en malas condiciones generales inconsciente. Edema en hemicara, derecha, pupilas hipocoreactivas a la luz, cuello se observa lesión ulcerada fétida en hemicuello derecho cubierto por apósitos, tórax expansible tirajes subcostales con respiración superficial. Se ordena liquido endovenoso, se ordena oxigeno por Venturi se inmoviliza cuello y miembro superior derecho se traslada a imagenología para toma de TAC cerebral Simple RX Pelvis. A las 5:00 AM durante toma de tac cerebral paciente presenta paro cardiorrespiratorio no se encuentra pulso” (Historia Clínica).

Lo relatado en la anamnesis y las notas de enfermería, precisamente, se trae a colación para examinar que, en estas, tanto los galenos tratantes como el personal asistencial, no consideraron un diagnóstico clínico neurológico, psíquico o psicomotor durante la valoración física y hemodinámica efectuada a la paciente durante sus ingresos a la Clínica. Quiere decir, que las decisiones medicas se cimentaron en asistir el estado cancerígeno que presentaba, pues no llegaron a una conclusión que requiriera la toma de exigencias adicionales de seguridad por parte

del centro hospitalario encaminadas a prever una futura autoagresión y con todo un suicidio.

En otro sentido, lo que refirió la señora Teherán durante su ingreso al centro hospitalario el día 1o de noviembre de 2014 de las *“ideas suicidas y de autolesión”* que la aquejaban, quedaron en simples afirmaciones de sus familiares, ya que no pudieron ser comprobadas científicamente en este proceso, de suerte que no hay evidencia que dicha condición y, por tanto, no hay prueba de un actuar descuidado o negligente del equipo asistencial. Es más, los galenos no atendieron alguna afección de este tipo y, por el contrario, en las rondas de enfermería quedó plasmado que la paciente permaneció en su habitación estable y tranquila en compañía de su familiar.

En suma, los errores probatorios denunciados, son inexistentes, pues las meras aseveraciones de la condición psicológica que presuntamente determinó el suicidio de la señora Teherán, sin otros elementos de juicio probados que lo corroboren, no es contraprueba de la historia clínica ni de las notas de enfermería. Ergo, no hay prueba fidedigna de la culpa de los médicos adscritos a la clínica demandada.

Así las cosas, al no haber prueba de la culpa del equipo asistencial, el suceso (“Suicidio”) se tornaba imprevisible, a tal extremo que no demandaba un comportamiento de los médicos, tendiente a diagnosticar lo que parecía extraño a la situación de la paciente. En otras palabras, se carece de probanzas, como testimonios, dictámenes, metaestudios clínicos, y baremos sólidos, que permitan determinar que tanto los galenos, el personal de enfermería, como el ente hospitalario pudieron haber previsto un diagnóstico psiquiátrico y posibles consecuencias de ello a la paciente.

Lo anterior, para asumir una obligación de garantía y seguridad distinta de las condiciones, protocolos y protección en el diseño e infraestructura de la habitación, tales como caretas en las ventanas, fuera de las que posee una unidad asistencial básica.

IV. CONCLUSIÓN GENERAL.

En definitiva, lo anterior conduce a un único razonamiento plausible, lo es que, el expediente está huérfano de pruebas para determinar la culpa de la encausada en el hecho dañoso. Ante ese panorama, se deberá ratificar la

denegación de las pretensiones de la demanda y, en esa medida, confirmar la sentencia recurrida en estos aspectos.

Finalmente, dado que la demandada se pronunció en esta instancia, conforme escrito de 25 de septiembre de 2020, se condenará en costas a los demandantes y, en su liquidación, se deberá tener en cuenta el equivalente a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, acatando lo dispuesto en el Acuerdo PSAA16-10554, emanado del Consejo Superior de la Judicatura, por concepto de agencias en derecho.

V. DECISIÓN.

En merito de lo expuesto, el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CARTAGENA, SALA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA**, administrando justicia en nombre de la Republica de Colombia y por autoridad de la ley, **CONFIRMA** la sentencia apelada de fecha, procedencia y contenido descritos. **COSTAS** a cargo de la parte demandante a favor del demandado. En su cuantificación concentrada, que realizará el a quo, se deberá incluir el equivalente a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, como agencias en derecho.

NOTIFÍQUESE Y DEVUÉLVASE

Firmado Por:

Mario Alberto Gomez Londoño
Magistrado
Sala Civil Familia
Tribunal Superior De Cartagena - Bolivar

Marcos Roman Guio Fonseca Magistrado
Tribunal O Consejo Seccional Sala 003 Civil
Familia Tribunal Superior De Cartagena -
Bolivar

John Freddy Saza Pineda Magistrado
Tribunal O Consejo Seccional Sala 001 Civil
Familia Tribunal Superior De Cartagena -
Bolivar

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

Código de verificación:

01bb7e3997d7f72c8d8c21de202840383a0bd8ce46ffdea444e0783329784f8f

Documento generado en 19/08/2021 04:04:34 PM