

**TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE CALI**  
**SALA CIVIL DE DECISIÓN**

*Santiago de Cali, cuatro de junio de dos mil veintiuno*  
*Magistrado Ponente Dr. César Evaristo León Vergara*  
*Radicación: 013-2019-00331-01*  
*Aprobado en acta n°067.*

*Decide el Tribunal el recurso de apelación interpuesto por ambas partes y la llamada en garantía CHUBB SEGUROS, contra la sentencia de 10 de diciembre de 2020, proferida por el Juzgado Trece Civil del Circuito de Cali, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual adelantado por LUX DARY PEREZ SALAZAR y otros contra SALUD TOTAL EPS y la Sociedad N.S.D.R. S.A.*

**I. ANTECEDENTES**

**1.** *Pretende la parte demandante que se declare civil y solidariamente responsables a los demandados, por todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, causados a los demandantes con ocasión de la negligente e imperita atención médica brindada al señor Conrado Flórez, que finalmente condujo a su muerte el día 30 de noviembre de 2017.*

*Como fundamentos de hecho expresan los demandantes que el día 28 de noviembre de 2017, el señor Conrado Flórez, consultó el servicio de urgencias de la clínica Nuestra en la ciudad de Cali, acompañado de su compañera permanente, la señora Lux Dary Pérez ya que presentaba síntomas como debilidad, desaliento, mareo, sed y vómito constante y dolor abdominal, siendo atendido a las 12:14 p.m., siendo atendido por la doctora Ángela María Betancourt, quien lo deja en observación con líquidos y con medicamentos para las náuseas y el dolor abdominal*

*El Sr. Conrado Flórez Arias, padecía "diabetes mellitus" desde el año 2009, pero a pesar de que, según su historia clínica, sus antecedentes de dicha enfermedad eran evidentes, durante la atención en el servicio de urgencias, del día 28 de noviembre de 2017, al paciente no le tomaron los exámenes elementales como glucometría o glicemia, mucho menos gases arteriales, cetocemia entre otros, los cuales hacen parte del protocolo a seguir con un paciente diabético y con la sintomatología que presentó el señor Flórez.*

*El día 29 de noviembre de 2017, siendo las 2:59 a.m., por orden del médico Alexander Álzate Hernández, se da de alta al paciente sin ninguna recomendación médica ni orden para manejo de una crisis glicémica ya*

*que nunca descartaron que la sintomatología del señor Conrado, fuera por su condición de persona diabética, sino que las condiciones que presentaba, las atribuyeron a que era un paciente con antecedente de liposarcoma desdiferenciado y que esos síntomas eran los normales debido a que acabada de realizársele la cuarta sesión de quimioterapia.*

*Que en esta primera atención por el servicio de urgencias, no se mencionó ni se tuvo en cuenta que el paciente era diabético, dejando en evidencia la negligencia del equipo de galenos de la clínica demandada, la cual se observa más palmaria con las anotaciones en la historia clínica de esa fecha en la cual se indicó "examen genitourinario; vagina con escaso sangrado", a pesar de tratarse de un paciente de género masculino, que por obvias razones, no tenía vagina.*

*Al llegar a su casa, el señor Conrado Flórez, siguió presentando la misma sintomatología, aunque manifestaba que se sentía mucho peor, por lo que su hijo mayor, tuvo que ayudarlo a bañarse y a moverse en las siguientes horas, ya que no lo podía hacer por sí mismo, debido a su grave y deteriorado estado de salud, por ello es que su familia decidió ingresarlo al servicio de urgencias de la Clínica Nuestra, el mismo 29 de noviembre de 2017.*

*El paciente reingresa el 29 de noviembre de 2017, siendo las 17:22 horas, con síntomas de debilidad, decaimiento, polidipsia (ingesta abundante de agua), hiperemesis (vómito con mucha frecuencia) y se encuentra somnoliento, taquimédico (frecuencia respiratoria alta) con acidemia metabólica severa, bicarbonato en 3,4, cetonemia positivo y lactato elevado por lo que lo trasladan a UCI.*

*En esta oportunidad, al paciente se le tomó la glucometría y se le ordenaron los exámenes que evidenciaron que lo que el Sr. Conrado Flórez presentaba era una crisis hiperglicémica y una cetoacidosis diabética debido a su enfermedad de base, esto es la diabetes mellitus, además al ingreso los médicos en la historia clínica describen que el paciente tiene grande posibilidad de requerir intubación orotraqueal y mencionan que debe descartarse sepsis como desencadenante del cuadro actual, lo que debieron haber hecho desde la primera atención de urgencias.*

*El día 30 de noviembre de 2017, a la 1:13 de la mañana, el paciente se encontraba polinésico, encefalopático, inestable hemodinamicamente, taquicardico y en falla respiratoria, le realizan intubación orotraqueal y le suministran antibióticos, luego cuando ya se encontraba conectado a ventilación mecánica con secreciones en cavidad oral, el paciente entró en choque refractario, falleciendo siendo las 4:50 horas.*

*Aduce la parte actora que, en la atención médica brindada por la Clínica N.S.D.R., en el primer ingreso por el servicio de urgencias, no estuvo enfocada en tratar, o contrarrestar la diabetes mellitus que presentaba el paciente, generando un claro retraso en la atención del paciente, repercutiendo negativamente en el desenlace final del señor Conrado Flórez, pues al no tratar debidamente su enfermedad, esta causó graves descompensaciones en su humanidad, desencadenando su muerte, lo cual se hubiese podido evitar, si desde su primera visita a la IPS demandada, se hubiera buscado una causa de su descompensación metabólica, por el contrario, al paciente le dieron de alta, atribuyéndole los síntomas, al tratamiento con quimioterapia la que se había sometido con anterioridad.*

*Que, a raíz de este lamentable suceso, la familia del señor Conrado Flórez se encuentra muy afectada tanto patrimonial como extrapatrimonialmente, su compañera permanente quien dependía económicamente de él, y sus dos hijos, todos se encuentran en un estado depresivo, ya que la ausencia de su padre y compañero ha cambiado completamente sus vidas, provocando un gran vacío afectivo y emocional, muy difícil de sobrellevar.*

*2. Trabada en forma regular la litis, compareció al proceso el apoderado de la demandada SALUD TOTAL EPS S.A., quien propuso las excepciones denominadas: "los hechos y pretensiones de la demanda no son de responsabilidad de SALUD TOTAL E.P.S. S.A., dado el cumplimiento de ésta EPS de sus obligaciones como EPS", "inexistencia de nexo de causalidad en el actuar de SALUD TOTAL EPS S.A. y los presuntos daños que se pretende endilgar a la EPS", "carencia de imputación de las presuntas consecuencias del acto médico – asistencial a la EPS SALUD TOTAL EPS - S.A., obligación de medios y no de resultado", "inexistencia de relación de causalidad entre la causa eficiente del desenlace del paciente y los actos desplegados por SALUD TOTAL EPS", "aplicación del principio general en materia de responsabilidad médica contractual, le es predicable el art. 167 del C.G.P., culpa probada", y "duda razonable de la existencia del daño, excesiva tasación de perjuicios".*

*A su turno la demandada sociedad N.S.D.R. S.A.S., formuló los siguientes medios defensivos: "acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos", "inexistencia de responsabilidad de la sociedad N.S.D.R. S.A.S.", "inexistencia de culpa en la atención médica prestada al paciente por parte de la sociedad N.S.D.R. S.A.S - Clínica Nuestra", "inexistencia de la obligación de indemnizar", "obligación de medios y no de resultados por parte de la sociedad N.S.D.R. S.A.S - Clínica Nuestra, en la atención brindada", "cobro de lo no debido", "exceso de*

*pretensiones y violación al juramento estimatorio”, “inexistencia de solidaridad de sociedad N.S.D.R. S.A.S - Clínica Nuestra, y SALUD TOTAL S.A. y sociedad N.S.D.R. S.A.S., frente a los hechos y pretensiones de la demanda por los servicios prestados” y “la innominada”*

**3.** *El a quo accedió a las pretensiones de la demanda. Para decidir en este sentido, el fallador de primer grado hizo alusión a los síntomas que presentó el señor Conrado el día 28 de noviembre de 2017, en su primer ingreso a la Clínica N.S.D.R., y al hecho de que el médico tratante estableció que los mismos se debían a que el día 23 de noviembre de 2017 había terminado el cuarto ciclo de quimioterapia ya que padecía de liposarcoma desdiferenciado de alto grado, señalando que no se anotó en la historia clínica la “situación diabética del paciente”.*

*Luego de consultar la literatura médica acerca de los efectos secundarios del procedimiento de quimioterapia, el a quo señaló que “... el vómito [es un] síntoma similar [que se presenta también en] la cetoacidosis, pero no aquel que lleva al paciente a una adinamia y a una astenia. Así, pareciere que el vómito frecuente causa una descompensación del paciente que aparecen como propios de la cetoacidosis y es entonces donde encontramos el .... reproche del despacho a la IPS demandada, pues siendo un paciente oncológico los galenos que hicieron [la] atención del 28 de noviembre de 2017, se quedaron en la simple mención de que los síntomas obedecían a la terminación del cuarto ciclo de quimioterapia, sin descartar otras patologías. Olvidaron lo médicos que brindaron la atención del señor Flórez, que los pacientes oncológicos, son sujetos de especial protección por parte del Estado... Es decir, que una sana hermenéutica da a entender que estos pacientes cuando acuden a urgencias deben realizarles los exámenes necesarios para descartar que su patología no esté generando o agravando otros problemas de salud, entre ellos la diabetes”.*

*Concluyó que, la atención del paciente Conrado Flores el día 28 de noviembre de 2017, resultó más que insuficiente pues la glucometría era un examen obligado con un paciente con una patología de base como la diabetes, y que además puede advertirse que este examen es de aquellos denominados paraclínicos que se ofrecen comunes y corrientes para descartar el aumento de azúcar o disminución como lo es el hemograma y si así es para los pacientes de urgencias con síntomas similares lo será más para pacientes diagnosticados con diabetes.*

*El juez de instancia afirmó que es claro que la historia clínica contiene un error cuando en la atención por urgencias del paciente, se refirieron a una patología femenina, error que la parte demanda[da] ha calificado como*

*un simple desliz un error de transcripción sin trascendencia en el litigio, pero frente a las manifestaciones de la demandante Luz Dary Pérez – según las cuales ella informó al equipo de salud de los antecedentes de diabetes de su esposo- bien podría decirse que así como se equivocó el galeno al redactar la historia clínica, también pudo haberse equivocado al omitir anotar la patología de base - diabetes -en la historia clínica del causante.*

*Pero además señala el a quo que, la diabetes que padecía el Señor Conrado Flores fue diagnosticada y medianamente tratada en la Clínica Nuestra Señora del Rosario y por tanto en la historia clínica se contaba con la información suficiente para que los profesionales de la salud, ese día se hubiesen percatado de que dicho paciente que consultaba por urgencias con síntomas de vómito, astenia y adinamia, tenía diabetes, por lo que le asistía al médico; primero consultar la historia clínica que se ofrecía a su estudio para tratar esas patologías y segundo, realizarle por lo menos el examen necesario para descartar cetoacidosis que finalmente fue la que le causó la muerte, y que ante la similitud de los síntomas en varias patologías se debía efectuar un adecuado diagnóstico con las ayudas diagnósticas necesarias "para finalmente verificar el tratamiento a seguir y no simplemente hacer una mera suposición para dar de alta la paciente."*

*Añadió que la parte actora aportó el correspondiente dictamen pericial elaborado por un profesional de la Medicina, internista y nefrólogo quien con solidez en sus argumentos respalda lo dicho por el despacho, que la atención de la víctima fatal que da cuenta la foliatura fue tan deficiente y negligente que llevó a un diagnóstico equivocado, a tal punto que dicha desidia llevó a la nefasta desaparición del señor Flores, además precisó que la experticia no fue controvertida por la parte demandada, pues aunque en la contestación a la reforma de la demanda solicitó un término para presentar un dictamen pericial frente a lo cual, el despacho accedió, sin embargo, no cumplió dicha carga probatoria.*

**4.** *La parte demandante apeló la anterior decisión, expresando como reparo concreto que no se encuentra de acuerdo con el monto fijado por el a quo por concepto de perjuicios extrapatrimoniales correspondientes a daño a la vida de relación ya que dicha suma no se compadece con las reglas fijadas por la C.S.J.*

**5.** *El apoderado de la demanda sociedad N.S.D.R. S.A.S. CLINICA NUESTRA, oportunamente impugnó la decisión de primer grado formulando como reparos los siguientes:*

*5.1. Existe una indebida valoración probatoria ya que en el expediente reposa el certificado de la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social), en donde se evidencia que el Sr. Conrado se encontraba afiliado al sistema de salud por medio del régimen contributivo desde el 04 de octubre de 2007, hasta el 29 de noviembre de 2017, en calidad de beneficiario, y quien cotizaba lo hacía sobre el salario mínimo, por lo cual no es coherente que se tenga en cuenta la certificación de prestación de servicios a un colegio, toda vez que, no se evidencian sus pagos al sistema de seguridad social como contratista encontrándose en la obligación legal de hacerlos, además la parte demandada en su interrogatorio afirmó que dada la situación del paciente con ocasión de su enfermedad de base (cáncer), se encontraba incapacitado, sin que se aportaran prueba alguna de las supuestas incapacidades.*

*No se probó, una estabilidad de ingresos, dado que de una relación de prestación de servicios no se puede derivar estabilidad alguna, pues se cumple el objeto del contrato y hasta allí llega la relación, máxime si se encontraba incapacitado como lo afirmaron los demandantes con ocasión de la quimioterapia que apenas era la 4 de 16, ya que en este tipo de relaciones, si no se realizan las actividades no se genera la factura a cobrar por el servicio prestado, además porque la supuesta remuneración que supera los 2 salarios mínimos mensuales vigentes, establecida en dicha certificación no se compadece con las funciones desarrolladas de prestación de servicios generales de un colegio, además en la misma no se mencionó nada sobre las incapacidades del Sr. Conrado.*

*5.2. El Dictamen pericial del Dr. CARLOS ALBERTO LIBREROS, médico especialista en medicina interna y en nefrología no cumple con lo establecido en el num. 10 de art. 226 del CGP, además no cumplió con la obligación de acceder a toda la información necesaria para que su peritaje sea lo más acertado posible, pues no relacionó haber conocido la información de la historia de la Clínica de Occidente en donde le estaban realizando el tratamiento oncológico al paciente, esto debido a que en su dictamen pericial estableció que era un paciente con diagnóstico de cáncer y en actual tratamiento de quimioterapia, haciendo manifestaciones concluyentes sin poseer todos los elementos de juicio requeridos y desconociendo la historia clínica, poniendo además las situaciones como verdades absolutas, olvidándose que todos los pacientes no son iguales, y además falta a la verdad porque quiso hacer ver al paciente como diabético crónico desconociendo apartes de la historia clínica que alega fue objeto de estudio para el dictamen, sin embargo, en su sustentación y peritaje desconoce la integralidad de la historia clínica.*

*5.3. Existen contradicciones frente al tema de valores que indican diabetes y prediabetes, se desconoció el examen de hemograma el cual quedo plenamente probado que tenía criterio y correspondía para el caso en concreto.*

*5.4. Se presentaron al despacho los testimonios de los médicos que brindaron la atención al paciente, quienes de manera clara y concreta indicaron todo lo concerniente a las atenciones del paciente, quienes expresaron que la historia clínica no se encontraba unificada, siendo necesario indicar que Clínica Nuestra, ha contado con varios sistemas como lo mencionaron uno HOSVITAL que es el actual y para la fecha CNT, siendo claro que la información de cada uno no se arrastra a la del otro.*

*Dichos médicos fueron unánimes en manifestar la conducta a seguir al recibir a un paciente como el señor CONRADO FLOREZ, siendo además esto coherente con la historia clínica, sin embargo, no se les dio el valor probatorio que les asiste.*

*5.5. En ningún momento las historias clínicas de Clínica Nuestra y de Salud Total E.P.S., fueron tachadas de falsas, pero si les restan credibilidad, porque se puso en duda el contenido de las mismas, cuando las mismas se aportaron en debida forma y no se indicó nada al respecto en su momento, siendo además las herramientas necesarias para resolver un proceso de responsabilidad médica.*

*Agrega que si bien existió un error de digitación, que fue aclarado en la audiencia, indicó que las atenciones a los pacientes en urgencias normalmente están en momentos de mucho trabajo y congestión, en aras de atender a todos los pacientes a veces se pueden escribir con errores de ortografía o dejar algo de la preforma de la Historia Clínica como fue el caso, sin embargo es de notar que en el mismo peritaje que es un documento que se puede elaborar con más tiempo relacionó el perito que hay un error, siendo claro que estos errores de redacción no afectan ni cambian el plan de manejo o la situación clínica del paciente.*

*5.6. No se efectuó una valoración adecuada de los interrogatorios de parte de los demandantes, ya que la misma demandante, reconoció que al señor CONRADO FLOREZ, le habían salido bien los exámenes de diabetes previo al procedimiento de resección de tumor realizado, en los cuales concluyeron que no tenía actualmente diabetes, situación que se contradice con la presunta manifestación de diabetes al ingreso que no aparece registrado como antecedentes en la historia clínica, además la parte actora dijo que llevo la historia clínica, situación que tampoco se evidencia en la historia de la Clínica Nuestra IPS, y que además no aportó*

*a este proceso, si bien es cierto se demostró que en algún momento le suministraron medicamentos para la diabetes también lo es que no se probó que, en la fecha de noviembre de 2017, estuviera asistiendo a controles de diabetes ni que estuviera medicado, por el contrario con el interrogatorio del representante legal de Salud Total, se probó que era un paciente que había sido tratado como pre-diabético y que en su última cita por demás inducida estaba controlado.*

*Quedó plenamente demostrado que la atención brindada al paciente fue por urgencias, y no al interior de Clínica Nuestra, por lo que no se tenía conocimiento de su estado de salud, no se probó que el paciente hubiese ingresado diabético además el paciente tampoco informó a las otras IPS que padecía diabetes.*

*Tampoco se aportó la Historia Clínica de las atenciones oncológicas y donde además le realizaron la última quimioterapia y existe duda frente a esta patología quedando únicamente probado que estaba en el 4 ciclo de quimioterapia de 16 que tenía y que además que la fisiopatología de este cáncer tiene una sobrevida de 26% dicho por el perito aportado de la parte demandante, quedando en el limbo toda la situación Clínica de Occidente donde le llevan su tratamiento oncológico, siendo muy raro que no aportara la historia clínica y además de donde se podría extraer de manera más clara el estado de salud del paciente a la fecha de las atenciones que se refutan con la demanda.*

*Se desconoció la importancia de la información que debe brindar el paciente y el familiar en la atención, siendo una de las principales fuentes de información del médico.*

*5.7. Con los interrogatorios de parte rendidos por las demandadas, quedó claramente evidenciado que se trataba de un paciente poco adherente a los tratamientos, donde se evidencia que le fue asignado control inducido, evidenciándose la falta de compromiso del paciente para asistir a sus controles, y faltando a su obligación de corresponsabilidad como paciente, por lo que no se comprende como hoy viene la familia a alegar temas de atención en diabetes, cuando en la historia clínica está claro que el paciente no estaba como diabético, además al ingreso a la atención no reportaron dicha situación.*

*5.8. Se debe tener en cuenta el testimonio de la señora Adriana Vargas Fernández, porque ella declaró que se enteró de la diabetes del señor Conrado, con los sucesos de la demanda, siendo muy extraño que si es un paciente diabético crónico como lo quieren hacer ver y tiene una*

*amistad de hace más de 30 años cercana no supiera que era diabético, siendo una situación que pone en duda lo de paciente crónico.*

*5.9. Las sentencias deben ser claras, precisas y, según el principio de justicia rogada. Las pretensiones deben haber sido aducidas durante el pleito, siendo así las cosas en el proceso de la referencia hay falta de pruebas para poder realizar juicios frente a desenlace fatal, además las conductas que aleg[aron] fueron negligencia e impericia, no pudiendo ingresar nuevas conductas o conductas diferentes, o confundir el uno con el otro, siendo además claro que no se probó la existencia de negligencia o impericia en las atenciones brindadas al paciente.*

*5.10. Nos encontramos frente a un régimen de culpa probada, en el cual el actor tiene la carga de probar la culpa del demandado, acompañado del perjuicio y la causalidad, entre el daño y las acciones que de manera efectiva lo produjeron; en el caso de la referencia, la parte demandante no pudo probar de manera fehaciente la existencia de negligencia e impericia que le permitan endilgar a Clínica Nuestra responsabilidad derivado de su actuar que produzca la muerte del señor CONRADO FDLOREZ.*

*5.11. En la audiencia celebrada el 10 de diciembre de 2020, se vulneró la duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo que es de ocho (8) horas, toda vez que la misma duro desde las 9:00 am hasta las 9:30 pm aproximadamente, además de la distribución de las horas de trabajo, las cuales deben distribuirse al menos en dos secciones, con un intermedio de descanso que se adapte racionalmente, además obligatoriamente se debe tener un tiempo de descanso para almorzar como establece el artículo 167 del Código de Trabajo.*

*5.12. La cetoacidosis es una patología que no se da un momento a otro y tiene un porcentaje de muerte de hasta el 10%. No se probó que su patología de cáncer no le afectó o complicó más sus situaciones de glicemia.*

*5.13. El lucro cesante se debe probar y se desconoció los presupuestos requeridos para que se pueda reconocer el daño de vida en relación.*

**6.** *A su turno el apoderado de SALUD TOTAL EPS S.A., presentó como reparos concretos los siguientes:*

*6.1. El juez de primera instancia se equivocó cuando negó la prosperidad del llamamiento en garantía formulado a sociedad N.S.D.R. S.A.S., por considerar no probada la relación contractual existente entre el llamado*

*en garantía y SALUD TOTAL EPS-S S.A., consideración esta que resulta apartada de la realidad, en el entendido que se aportó "contrato de prestación de servicios de salud (modalidad pago por evento)", fechado del 15 de diciembre de 2012, que a la fecha de la ocurrencia de los hechos 28 a 30 de noviembre de 2017 se encontraba vigente.*

*El llamamiento en garantía ha sido una opción que, de antaño, les ha permitido a las partes, demandante o demandada, citar al proceso a quien, por una relación legal o contractual, se le pueda exigir la indemnización del perjuicio que la parte llegue a sufrir el reembolso total o parcial del pago que tenga que hacer como resultado de la sentencia, para que en el mismo proceso se resuelva esa relación sustancial. Pensar de otro modo sería tanto como señalar que una EPS no podría accionar contra una IPS, después de haber sido condenada en un proceso de responsabilidad civil, si le logra demostrar que la culpa fue suya y que en la falla del servicio nada tuvo que ver la entidad promotora. Una cosa es que esta deba responder a la víctima de manera solidaria, por cuanto, como se dijo en el fallo, la ley le impone la obligación de velar porque el servicio sea adecuado, y otra, que no pueda ejercer una acción contra quien realmente faltó a las reglas de la ley médica y con ello comprometió su responsabilidad. Una de las formas de hacerlo, es mediante el llamamiento en garantía que está llamado a prosperar.*

*6.2. Existe una indebida valoración probatoria, frente a los siguientes elementos:*

*6.2.1. Durante el interrogatorio de parte, la demandante afirmó que el señor CONRADO FLOREZ ARIAS, durante los años 2015 a 2017 había recibido tratamiento adecuado para su diagnóstico de diabetes el cual era brindado por parte de Salud Total EPS, confesando incluso que previo a la intervención quirúrgica de resección de tumor, se había practicado de manera particular exámenes de control de diabetes cuyos resultados arrojaron que se encontraba bien, razón por la que finalmente la intervención quirúrgica fue adelantada en el mes de marzo de 2017.*

*De las afirmaciones allí planteadas se colige que, contrario a lo afirmado por el fallador de primera instancia, el señor FLORES ARIAS, no era considerado un paciente diabético, sino que tal y como fue afirmado por el representante legal de Salud Total EPS-S S.A., se trataba de un paciente con un cuadro de trastornos del metabolismo de los carbohidratos, tal y como se observa en la atención brindada en fecha 16 de octubre de 2016, la cual se encuentra en la historia clínica que fue aportada por parte de Salud Total EPS-S S.A., al momento de contestar la demanda. En este punto, debe precisarse que los dichos del representante legal de mi*

*representada, se mantuvieron acordes con el historial clínico aportado, resultando coincidentes y coherentes al record médico con que se cuenta del señor FLORES ARIAS.*

*6.2.2. En relación a la prueba documental, especialmente la historia clínica, el despacho le restó valor a la misma, a pesar de que al momento de ser aportadas en debida forma por parte de las codemandadas no fueron tachadas de falsas. Ignorando no solo que la documental da cuenta de manera coherente, detallada y cronológica de la totalidad de las atenciones brindadas al señor CONRADO FLORES ARIAS, e incluso de la información que el paciente otorgó a los médicos tratantes en el servicio de urgencias, la cual resultó ser insuficiente y mitigó la realidad de la sintomatología presentada al no dar a conocer sus antecedentes médicos, sino únicamente referir una específica sintomatología que se encontraba directamente asociada al tratamiento oncológico al que se encontraba siendo sometido en Clínica de Occidente.*

*Al realizar cuestionamientos de veracidad sobre la información registrada en el historial clínico, el fallador de primera instancia desbordó sus atribuciones, en el entendido que desconoció criterios de orden técnico y científico.*

*6.2.3. El Despacho, al momento de emitir fallo condenatorio decidió darle un alcance de plena credibilidad a la pericia aportada por la parte demandante, prueba esta que no contó con el lleno de la totalidad de los requisitos establecidos en el estatuto procesal, siendo de vital importancia resaltar que el art. [226 del C.G.P.] señala los requisitos que como mínimo, deberá contener el dictamen suscrito, señalando que deberá relacionar y adjuntar los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen.*

*En este punto, se debe precisar que en el dictamen pericial rendido, al momento de resolver el cuestionario formulado por el solicitante de la prueba hizo referencia a apartes de la historia clínica de las atenciones brindadas en Unidades Propias de Salud Total EPS- S.S.A., referencias que resultan parcializadas en el entendido que no se tuvieron en cuenta la totalidad de la historia clínica que fue aportada al momento de la contestación de la demanda; y al momento de realizar la contradicción de la prueba, al indagársele en punto a específicas situaciones descritas en la prueba documental refería no recordar y requerir la revisión de la historia clínica, con la cual no contaba habida cuenta que la pericia no se encontraba acompañada de los documentos que la soportaban.*

6.2.4. Así, el perito presenta una serie de conclusiones tendientes a poner en tela de juicio las atenciones médicas y los tratamientos instaurados al señor CONRADO FLOREZ ARIAS, evadiendo las preguntas de la defensa en cuanto a la adherencia del paciente a las indicaciones médicas y su no asistencia a los controles ordenados; así como también los resultados de los laboratorios ordenados, de los cuales se puede concluir sin duda alguna, que el protegido tenía un buen manejo de las patologías metabólicas presentadas, las cuales se encontraban controladas, y que este decidió no regresar a los controles ordenados por el servicio de líder cardiovascular, razón por la cual Salud Total EPS-S S.A., se vio obligado a requerirle para que asistiera a valoración por el servicio de medicina familiar fechada del día 28 de octubre de 2016, atención médica donde el galeno tratante le diagnóstico otros trastornos del metabolismo de los carbohidratos.

6.2.5. En ese orden de ideas, la conclusión a la que llega el fallador de primera instancia de dar total credibilidad a pesar de la evidente parcialidad del perito, señalando que únicamente podría ser controvertido con otra prueba técnica, resulta tanto como fijar una tarifa legal, desconociendo en incluso dicha prueba puede ser controvertida tal y como se hizo, realizando interrogatorios que a la postre al no poder ser resuelto por el perito más que con evasivas, da cuenta del desconocimiento que tenía de la totalidad de las historias clínicas de las atenciones brindadas en unidades propias de Salud Total.

6.2.6. Finalmente, al desconocer la enfermedad que cursaba el señor CONRADO FLOREZ ARIAS era de tipo tumoral y comportamiento cancerígeno, razón está que disminuía sustancialmente su expectativa de vida del paciente, situación que negó el perito basado en suposiciones, dado que ni siquiera dicha historia clínica fue analizada al momento de realizar la experticia. Aunado a lo anterior, es importante traer a colación que durante el transcurso de la audiencia en la práctica de las pruebas, el señor Juez mostró una tendencia parcializada, al llamar a interrogatorio al perito no sólo al momento de realizar la deposición de su experticia, sino finalizando el interrogatorio de médicos tratantes que fungieron como testigos, en aras de desacreditar los dichos de los galenos nuevamente procedía a interrogar al perito, situación está que no va en contravía de las formas propias de cada juicio y de contera con el debido proceso.

6.2.7. Existe una indebida tasación de perjuicios materiales, pues al momento de realizar la tasación de perjuicios, el Despacho fijo una condena que resulta desproporcionada existiendo una indebida valoración probatoria frente a la prueba documental, pues como quedó demostrado con la certificación del ADRES aportada, el señor FLOREZ ARIAS se

*encontraba al sistema de seguridad social en salud como beneficiario de su esposa, quien además realizaba una cotización con un índice base de cotización de un salario mínimo legal mensual vigente. Así mismo, resulta excesivo realizar la tasación con una estimación de vida promedio, cuando nos encontramos frente a un paciente que presentaba patologías, que claramente disminuían su sobrevivencia, pretendiendo hacer el fallador de primera instancia que nos encontramos frente a una persona en condiciones normales de salud, lo cual a todas luces no resulta acertado.*

*Ahora, en punto al pago del lucro cesante futuro a favor de la demandante LUX DARY PEREZ, debe tenerse en cuenta que dicho tipo de condena no solo tiene sustento en la sobrevivencia de su esposo, sino en la que ella misma pudiera llegar a tener, en ese orden de ideas las sumas de dinero que por este concepto de llegasen a reconocer podrían ordenarse el pago de una renta periódica para la cual se puede constituir un patrimonio autónomo, cuenta fiduciaria, póliza o caución, en el evento de encontrarse procedente el reconocimiento de dicho perjuicio. Sin embargo, debe precisarse que dadas las características propias del estado de salud del señor CONRADO FLOREZ ARIAS, este perjuicio no se encentra tasado conforme a la realidad de la situación probada en el transcurso del proceso.*

*6.3. Existe una indebida tasación de perjuicios extrapatrimoniales, ya que en cuanto al denominado perjuicio daño a la vida en relación, debe ser objeto de prueba, máxime cuando se trata de un perjuicio que tiene íntima relación con la esfera personal de las víctimas y su modo de relacionarse con el mundo y la variación grave de sus condiciones de existencia, lo cual no fue demostrado.*

*En punto al daño moral, debe precisarse el mismo con los antecedentes jurisprudenciales actualizados.*

*7. A su turno la llamada en garantía CHUBB SEGUROS, formuló los siguientes reparos:*

*7.1. Existe una inadecuada valoración de las pruebas, pues el juez de primera instancia enfocó su decisión en la prueba pericial realizada a la historia clínica de la Clínica Nuestra, sin tener en cuenta la historia Clínica de la EPS SALUD TOTAL S.A., situación que resta credibilidad al dictamen pericial. Dicha situación, fue evidenciada con las preguntas realizadas al Dr Carlos Alberto Varela, quien dejó en evidencia dicha situación.*

*7.2. El actuar de los galenos de la Clínica Nuestra, cumplieron adecuadamente con los procedimientos de atención del paciente, razón por la cual, no considero que exista dentro del plenario, material*

*probatorio que determine negligencia, máxime cuando se realizaron todos los exámenes encaminados en descartar infecciones, sintomatología grave derivada de su tratamiento médico oncológico, así como de patologías asociadas a los síntomas descritos, como pancreatitis y proceso infeccioso viral.*

*7.3. Se probó durante el proceso, que la víctima en este caso, era un paciente que no asistía a sus citas de control, tanto así señor juez, que hubo la necesidad de asignar cita impuesta, para que procediera con el monitoreo de su patología de base.*

*7.4. Existe tasación desproporcionada de perjuicios patrimoniales, en razón de los supuestos ingresos del Sr. Conrado. Si bien es cierto, el juramento estimatorio tiene una finalidad procesal legítima, debe precisarse que, esta no es absoluta, pues el art. 126 del C.G.P., indica que aun cuando no se presente objeción de parte, si el juez advierte que la estimación es notoriamente injusta, ilegal o sospecha que haya fraude, colusión o cualquier otra situación similar, deberá decretar de oficio las pruebas que considere necesarias para tasar el valor pretendido.*

*Debe resaltarse que, desde el ejercicio de la contradicción de las partes, se adujo al despacho que el demandante proponía como pretensiones, sumas de lejos desproporcionadas, además de infundadas.*

*Se allegó como soporte, la certificación rendida por el rector de la institución educativa la cual laboraba el Sr. Conrado. Dicha certificación, vale la pena resaltar, datan la existencia de un contrato Civil, por prestación de Servicios, bajo unos ingresos, sin que estos se soportaran en pruebas adicionales como el contrato en físico, recibos de pago, declaraciones de ingresos ante las entidades estatales y demás, por lo que para liquidar los perjuicios patrimoniales, se debe deducir, los gastos de impuestos, seguridad social, gastos propios de la persona y demás que por razones obvias implican que el señor Conrado no recibiría el 100% de la remuneración mensual*

*Además de lo anterior, es necesario resaltar, que este tipo de contratación, no es suficiente al momento de probar estabilidad y permanencia de los ingresos, por lo que no es válido el valor probatorio otorgado a éste sin haber respaldado dicho documento en anexos, ya que el Consejo de Estado, ha establecido que tales certificados deben respaldarse, en el sentido de ofrecer algún grado de detalle en cuanto a los hechos que pretenden demostrarse; no pueden versar sobre las simples afirmaciones, pues la parte demandante es quien debe justificar y explicar lo que exprese y es así, como le da firmeza a la carga procesal impuesta a él.*

*En segunda instancia, al momento de sustentar su alzada, los apelantes reiteraron sus primigenias argumentaciones.*

*Allegadas las presentes diligencias a esta instancia, esta Sala de decisión procede a resolver la alzada, previas las siguientes,*

## **II. CONSIDERACIONES**

**1.** *Reunidos los supuestos de orden procesal y ante la ausencia de irregularidades que comprometan lo actuado, se decidirá de fondo el presente asunto.*

*Frente a la competencia, es conveniente precisar que comoquiera que ambas partes y la llamada en garantía CHUBB SEGUROS, apelaron la sentencia de primera instancia, no existe limitaciones para decidir la alzada, en virtud de lo establecido en el inc. 2 del art. 328 del C.G.P.*

**2.** *La legitimación por activa se encuentra plenamente satisfecha en tanto la señora LUX DARY PÉREZ SALAZAR, como VICTOR ALFONSO e IVAN ANDRÉS FLÓREZ PÉREZ, acreditaron con la declaración extra - juicio ante notario de la primera y los registros civiles de nacimiento de los últimos, sus condiciones de compañera permanente e hijos del paciente fallecido.*

*Igualmente se encuentra establecida la legitimación en la causa por pasiva de las entidades demandadas, NUEVA EPS-S S.A. por ser la institución prestadora de salud a la cual se encontraba afiliado la víctima, y de la sociedad N.S.D.R. Clínica Nuestra, que corresponde a la I.P.S. contratada por la EPS, donde se le prestó el servicio de salud al paciente CONRADO FLOREZ ARIAS.*

**3.** *Los preceptos del Código Civil son los llamados a gobernar la solución de los conflictos de responsabilidad médica, pues son los que habilitan la reparación de los daños que una persona infiere a otra por la comisión de un delito o culpa.*

*Así lo ha precisado la Corte Suprema de Justicia, al decir que los "presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico*

primeramente señalado)" C.S.J. Sala Civil., Sentencia 001 de 30 de enero de 2001, expediente 5507.

*Estos requisitos son concurrentes, es decir, se deben encontrar presentes para que proceda la declaración de responsabilidad, la ausencia de uno solo de ellos impide la prosperidad de pretensiones indemnizatorias.*

**4.** *Conforme la jurisprudencia y la doctrina, la responsabilidad médica parte de la culpa probada, por quebrantamiento a la lex artis, pero además de la demostración de la culpa debe estar presente la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, así lo ha precisado la Corte Suprema de Justicia<sup>1</sup>.*

**5.** *Dado que la demanda fundamenta la declaratoria de responsabilidad en el equivocado diagnóstico en que incurrieron las demandadas, el día 28 de noviembre de 2017, en la atención suministrada al señor CONRADO FLÓREZ ARIAS (Q.E.P.D.), pues a pesar de los síntomas que presentaba, y de que en la historia clínica se evidenciaba que padecía diabetes mellitus, al paciente no le tomaron los exámenes elementales como glucometría o glicemia, para efectos de haber determinado el diagnóstico adecuado de "cetoacidosis<sup>2</sup>", haber tratado dicha afección, y así haberle salvado la vida al señor Conrado.*

*Atendiendo lo anterior, considera esta Sala del caso memorar el reciente pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en torno a los errores de diagnóstico, así:*

**"El diagnóstico está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la "anamnesis", vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.**

**"Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores**

---

<sup>1</sup> C. S. J. M. P. José Fernando Ramírez. Enero 30 de 1.991.

<sup>2</sup> "La cetoacidosis diabética (CAD) es una afección que pone en riesgo la vida y que afecta a personas con diabetes. Ocurre cuando el cuerpo empieza a descomponer la grasa demasiado rápido. El hígado convierte la grasa en un impulsor llamado cetona que hace que la sangre se vuelva ácida." (<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000320.htm>)

**del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la lex artis ad hoc recomienda para acertar en él.**

*"En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. **Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia...**"*  
(Corte Suprema de Justicia, sent. de de 26 de noviembre de 2010, reiterada en sent. de 8 de agosto de 2011, M.P. Pedro Octavio Munar Cadena) (negrillas por fuera del texto original).

*En lo concerniente a la diligencia y cuidado de las instituciones prestadoras del servicio de salud y sus agentes, debido a que hoy en día un paciente puede padecer varias enfermedades y pasa por un número alto de médicos, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha señalado que además de las acciones y omisiones organizativas, es muy importante tener en cuenta las posibles fallas en la obligatoria revisión del todo el expediente clínico del paciente para efectos de determinar el acertado diagnóstico, y de la misma manera se presentan irregularidades en la comunicación del equipo y de ellos con el paciente, circunstancias que originan resultados adversos que constituyen omisiones al deber objetivo de cuidado y que repercuten en verdaderos errores médicos, así ha dicho dicha Corporación:*

**"De igual modo se ha explicado que para la atribución de responsabilidad organizacional no basta con analizar la conducta aislada de los elementos del sistema, sino que debe valorarse el nivel organizativo como un todo. La culpa de la persona jurídica se establece en el marco de una unidad de**

**acción selectivamente relevante que tiene en cuenta los flujos de la comunicación entre los miembros del sistema. Por ello, el juicio de reproche ha de tomar en consideración, además de las acciones y omisiones organizativas, las fallas de comunicación del equipo de salud que originan eventos adversos cuando tales falencias podían preverse y fueron el resultado de la infracción de deberes objetivos de cuidado.** Según los estándares aceptados en la práctica profesional de la salud, los problemas de comunicación entre los proveedores de atención médica y **entre ellos y sus pacientes afectan seriamente el desenvolvimiento de la atención y son una de las principales causas de responsabilidad por negligencia médica.** (FABIÁN VÍTOLO, Problemas de comunicación en el equipo de salud, Biblioteca virtual Noble, 2011) De acuerdo a la literatura especializada en el tema de calidad total de los servicios de salud, el quiebre en la comunicación genera más daños de gravedad a los usuarios que otros factores de riesgo como la pobre capacitación técnica de los agentes de salud, la insuficiente evaluación del paciente y la falta de personal necesario para cumplir las tareas. (Ibid) **Los cortocircuitos en la comunicación durante el proceso de atención pueden presentarse en los pases o remisiones del paciente de un profesional a otro; cuando se imparten órdenes; cuando se transfiere responsabilidad entre efectores; cuando se prescriben las fórmulas médicas; cuando el paciente es dado de alta; cuando se dan indicaciones a sus familiares (o se omiten) sobre los cuidados y tratamientos que han de realizarse en el hogar; etc., en cuyos casos es posible que el profesional brinde al paciente una atención inmediata adecuada para su dolencia y, sin embargo, ocasione errores de comunicación que repercuten en eventos adversos por quebrantar las normas y estándares sobre el correcto manejo de la información.** El numeral 9º del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 consagra entre las normas rectoras del servicio público de salud la garantía a los usuarios de una atención de calidad, oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo a los estándares profesionales. **Y para lograr una atención segura y de calidad es imprescindible la capacidad de la organización para transmitir información a otros prestadores, entre su personal, y entre éstos y los pacientes y sus familiares.** (...). Para poder realizar un trabajo eficaz, óptimo y conforme a los estándares de la ciencia, las organizaciones proveedoras de servicios médicos tienen el deber legal de implementar la cultura de seguridad del paciente. **Esta es una de las operaciones empresariales más importantes para la disminución de errores médicos, y es una variable que cobra gran fuerza en la valoración que el juez civil realiza acerca de la diligencia y el cuidado que debió tener la entidad sobre un proceso respecto del cual ejercía control.** (...). Los flujos eficientes de información son absolutamente importantes para lograr una atención integral, continua y de calidad según los estándares del ámbito médico; siendo la historia clínica uno de los instrumentos más valiosos –si no el máspreciado de todos– para efectos de transmitir una correcta información que redunde directamente en la salud del usuario (...).” (Corte Suprema de Justicia, sent. de 30 de septiembre de 2.016, M.P. Ariel Salazar Ramírez) (negritas por fuera del texto original).

Así frente a los deberes y obligaciones de las instituciones prestadoras del servicio de salud y sus agentes (Numeral 6.3 de la sentencia en comentario), la providencia comentada expresa que no basta que el daño sea producido por uno de sus agentes sino que además su conducta como ente

organizacional debe ser objeto de un reproche de culpa en la forma antes analizada.

**"Entonces, además de las acciones y omisiones organizativas, es de especial importancia tener en cuenta las posibles fallas de comunicación del equipo que originan resultados adversos cuando tales falencias podían preverse y fueron el resultado de la infracción de deberes objetivos de cuidado,** señala como cortocircuitos de comunicación los siguientes casos: "... en los pases o remisiones del paciente de un profesional a otro; cuando se imparten órdenes; cuando se transfiere responsabilidad entre efectores; cuando se prescriben las fórmulas médicas; cuando el paciente es dado de alta; cuando se dan indicaciones a sus familiares (o se omiten) sobre los cuidados y tratamientos que han de realizarse en el hogar; etc., en cuyos casos es posible que el profesional brinde al paciente una atención inmediata adecuada para su dolencia y, sin embargo, ocasione errores de comunicación que repercuten en eventos adversos por quebrantar las normas y estándares sobre el correcto manejo de la información ..." (ibídem)

*El vehículo más importante para el manejo de estos flujos de información es la historia clínica, y resulta de una importancia tan superlativa al momento de entrar a estudiar la culpa médica, sobre el particular la providencia reseñada destaca:*

*"La responsabilidad emanada de una atención deficiente a un usuario del sistema de seguridad social en salud generalmente no se estructura en un acto ejecutado por un agente aislado en un instante único, sino en una serie de acciones y omisiones que constituyen una unidad de proceso, y que han de valorarse como un todo relacionado con el resultado lesivo cuya indemnización se reclama. Ese cúmulo de actuaciones e inactividades selectivamente relevantes prefiguran el tema de la decisión sobre los hechos y delimitan tanto el tema como el objeto de la prueba.(...)"*

*Las fallas médicas y organizacionales que se consideran relevantes para el desencadenamiento de aquel resultado, tales como el error de diagnóstico, la tardanza en descubrir la patología que sufría la paciente, **los tratamientos y procedimientos que se le brindaron, así como las rupturas en los flujos de la comunicación, se enmarcan en una unidad de acción operativa a cargo de las instituciones demandadas,** es decir que fueron obra suya en virtud del deber de prestadoras del servicio de salud de calidad que les asignó el artículo 185 de la Ley 100 de 1993. De ahí que esté suficientemente demostrado el factor de atribución del hecho desencadenante del daño (...)"*

**"La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica sobre un paciente de un prestador a otro, de un equipo de prestadores al siguiente, o bien de los mismos prestadores al paciente o sus familias a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente".** (FABIÁN VITOLO. Problemas de comunicación en el equipo de salud)". (ibídem) (negritas por fuera del texto original).

*Aquí es importante precisar que las anotaciones en la historia clínica inician desde el triage<sup>3</sup>, es decir también se debe dejar documentado todo el servicio de salud y conductas desplegadas en esta etapa inicial del servicio de urgencias, el que se encuentra regulado en el Decreto 412 de 1992, como: "es el registro inicial de la atención en el servicio de urgencias en el cual se consigna la identificación del paciente, el motivo de la consulta, los signos vitales, los antecedentes relevantes, condiciones de ingreso, la clasificación de la urgencia y la conducta inmediata (Decreto 412 de 1992, art. 3 num. 2). El registro del triage se debe anexar a la historia clínica en caso que se defina apertura de la misma...<sup>4</sup>".*

*Comoquiera que la pretensión de responsabilidad se endilga a las demandadas, entre otras cosas, por su omisión en la verificación de la historia clínica, donde se evidenciaba la patología de diabetes mellitus que padecía el paciente, para efectos de haber determinado sus correctos diagnóstico y tratamiento en su atención por urgencias de 28 de noviembre de 2017, resulta importante precisar que el expediente clínico corresponde a la compilación informativa en la que se individualiza a la persona que requiere de atención médica, comprende una descripción del estado de salud de arribo, los hallazgos de su revisión por el personal encargado, los resultados de las pruebas y exámenes que se practiquen, la determinación de su diagnóstico –enfermedad actual-, el tratamiento brindado y todos los procedimientos a que se somete, constituyéndose en una herramienta importante para verificar los antecedentes de salud de las personas, las patologías sufridas y poder determinar el nuevo diagnóstico y tratamiento a seguir de acuerdo a sus preexistencias. Sobre el tema la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en su jurisprudencia ha establecido:*

*"Relativamente a la historia clínica es preciso comenzar por acotar que se trata del documento en el que por exigencia legal debe dejarse constancia de los distintos acontecimientos relacionados con las condiciones de salud del paciente y con el acto médico al que es sometido. Al respecto, resulta pertinente subrayar que su elaboración es obligatoria y que en ella deben consignarse, en orden cronológico, las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (artículo 34, Ley 23 de 1981; artículo 1º, Resolución 1995 de 1999, expedida por el entonces Ministerio de Salud). Está compuesta por la identificación del usuario; **los registros específicos donde se consignan los datos e informes sobre la atención prestada, los que debe adoptar todo prestador de salud mediante el acto respectivo y respetando los contenidos mínimos de información señalados por la Resolución 2546 de 1998;** y los anexos o sea los documentos que sirven de sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas (...) Según lo dispuesto en el*

---

<sup>3</sup> "sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo." (<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>)

<sup>4</sup> Revisar Manual Reglamentación de Historia clínica Hospital Universitario de la Samaritana ([https://www.hus.org.co/recursos\\_user/MANUAL%20REGLAMENTACION%20DE%20HISTORIA%20CLINICA.pdf](https://www.hus.org.co/recursos_user/MANUAL%20REGLAMENTACION%20DE%20HISTORIA%20CLINICA.pdf))

artículo 3º de la citada resolución, se caracteriza por: a) **su integralidad, puesto que "debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria"**; b) **secuencialidad, pues los registros de la prestación del servicio deben consignarse en la secuencia cronológica de la atención**; c) racionalidad científica, dado que su diligenciamiento debe evidenciar en forma lógica, clara y completa el procedimiento realizado en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo; d) **disponibilidad, es decir, la posibilidad de utilizarla cuando sea requerida**; e) oportunidad, el registro debe efectuarse tan pronto se presta el servicio (...) **Además de cumplir una función asistencial, en la medida que permite conocer los antecedentes de salud del paciente y brindarle atención continuada por equipos distintos, facilita la realización de estudios de investigación y epidemiología, a la vez que permite la evaluación de la calidad del servicio, la planificación y gestión sanitaria....** (...) Adicionalmente, por mandato del artículo 36 de la Ley 23 de 1981 **se impone un deber de claridad a cargo de quien diligencia la historia clínica**, de manera que le incumbe asentar los datos de manera comprensible, cualidad ésta que debe valorarse desde la perspectiva del paciente (...) **Pero, como se dijera, adicionalmente tiene un significado probatorio en las causas judiciales, habida cuenta que, dadas las obligaciones que el ordenamiento impone respecto de su diligenciamiento, ella debe contener una descripción detallada de antecedentes personales y familiares del paciente, síntomas referidos por éste, resultados del examen físico, impresión diagnóstica, las derivaciones, análisis, estudios, etc. requeridos para determinar el diagnóstico definitivo, el tratamiento brindado, el seguimiento de la dolencia -progresos, retrocesos, etc.-, las intervenciones quirúrgicas, secuelas y los demás aspectos específicos para el caso.** Desde esa óptica el juez, como ya se dijera, la valorará conforme a las reglas de la sana crítica, sin dejar de advertir que su autoría corresponde o puede corresponder a una de las partes de la relación jurídica, circunstancia que reclama del juzgador especial ponderación (...) Como quiera que en un momento dado puede consistir en la única prueba a favor del paciente, no son pocos los eventos en los que la ausencia del aludido documento o su diligenciamiento incorrecto o incompleto puede comportar en alguna medida un cercenamiento de las expectativas probatorias de aquel. En esa perspectiva la ausencia de historia o su elaboración incompleta puede eventualmente, dependiendo de las circunstancias de cada caso, aparejar secuelas para quien debiendo diligenciarla no lo hizo o lo hizo inexactamente, supuesto que puede generar un grave indicio en contra del profesional." (C.S.J. SC de 28 jun. 2011, rad. 1998-00869-00)

En relación con la obligación del médico tratante de consultar las anotaciones efectuadas en la historia clínica con anterioridad a la consulta por los demás profesionales de la salud que han atendido al paciente, para efectos de verificar los antecedentes patológicos y el tratamiento suministrado y así lograr determinar un diagnóstico acertado y un procedimiento a seguir, la doctrina ha explicado:

"En la historia clínica se registran hechos o sucesos de la salud del paciente; es un documento privado, reservado para el paciente y galeno, lo conocen los terceros y familiares en casos señalados en la Ley o por orden judicial. Se archiva con la misma confidencialidad, mediante los sistemas de Archivo de Gestión, Archivo Central y Archivo Histórico. Goza de las características de Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad y Oportunidad y solo se registran en ella los pormenores de la salud del enfermo. **Tiene valor probatorio en procesos judiciales, es fuente de consulta obligatoria en el ambiente clínico...** En el literal c) de la mencionada resolución define que el equipo de salud comprende el conjunto de Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área asistencial o de salud, encargados y responsables de la atención médica del paciente, también el personal de auditoría médica de las compañías aseguradoras o de las empresas prestadoras del servicio, que tienen la responsabilidad de evaluar la calidad con la que se está prestando el servicio de salud (Ministerio de Salud, 1999). **Son entonces de los profesionales en las distintas áreas de las ciencias de salud, los tecnólogos, técnicos y auxiliares capacitados en esta área, que disponen del suficiente adiestramiento y formación académica, la experiencia y trayectoria laboral, para encargarse de la prestación del servicio de salud y asistencial al paciente, respondiéndole con buenos resultados, los cuales son valorados por otras personas o funcionarios de salud, que se ocupan de prestar auditorías y asesorías al suministro de este tipo de servicio en entidades tanto públicas como privadas.** Ahora bien, respecto a los fines de archivo de la historia clínica, esta tiene efectos archivísticos, y se concibe como el expediente integrado por el cuerpo documental de los registros obligatorios del estado de salud, medicamentos, exámenes clínicos o de laboratorio o imagenológicos, toda clase de actos médicos y demás procedimientos que realiza el equipo de galenos que atienden un paciente, historia que se repite es reservada con las prevenciones antes anotadas (Ministerio de Salud, 1999). De lo anterior se deduce que la historia clínica además de ser el documento donde registran actos, hechos y procedimientos médicos relacionados con la salud del paciente, con la debida reserva legal y las excepciones legales, **también tiene finalidad de archivística, ya que en determinado momento posterior a la evolución satisfactoria o no del paciente es necesario consultarla y por eso se almacena para su conservación y posterior consulta. Para tal fin hay tres tipos de archivo. En primer lugar, el archivo de gestión, el cual se refiere a donde almacenan historias clínicas de usuarios activos y de quienes no han empleado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención (Ministerio de Salud, 1999). Es claro que este tipo de archivo de gestión puede considerarse archivo vivo, porque guarda historias de pacientes en consulta y de quienes 5 años atrás han recibido el servicio. (...) La integralidad implica que la historia clínica del paciente contiene información científica, técnica y administrativa del proceso de atención sanitaria, en fases como las de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, que mancomunadamente hacen parte de un todo de tipo biológico, psicológico y social, donde se articulan los aspectos personal, familiar y comunitario del paciente** (Ministerio de Salud, 1999). Por tanto, esta peculiaridad implica que la historia clínica comprende absolutamente toda la información científica, técnica o de la organización de salud que resulta relevante y de acuerdo con el servicio asistencial recibido en las diferentes etapas, sea preventiva o curativa, en temas puntuales como el diagnóstico de la patología, su tratamiento y curación y su rehabilitación definitiva, pero analizados desde un contexto completo

que incluya aspectos de tipo biológico, psicológico y social, e interactúe con la parte personal, familiar y comunitaria del paciente. **Otra particularidad es la disponibilidad, como posibilidad de recurrir o emplear la historia clínica cuando sea necesario**, observando lógicamente las restricciones de índole legal (Ministerio de Salud, 1999). **Ello implica que la historia clínica debe estar a disposición cuando resulte necesaria su consulta**, pero su consulta tiene limitaciones de orden legal, tanto que solo puede consultarla el usuario o paciente, **los médicos y el personal clínico tratante**, o en los casos expresamente señalados, por orden de autoridad judicial competente. Uno de tantos artículos virtuales que tratan el tema del citado documento clínico, se refiere a la dualidad del valor de representatividad del mismo, porque tiene potestad informativa por un lado y por otro de tipo instrumental, afirma que **"la historia clínica tiene doble función, porque en primer lugar es importante complemento del deber de informar, funciona como instrumento de la prestación de asistencia médica, tiene fuertes nexos con el deber de informar, es un documento de vital importancia probatoria, porque refleja verazmente todo lo que representa la enfermedad del paciente"** ([http://www. sideme.org](http://www.sideme.org), s.f., p.1). **Por tanto, tiene poder o potestad informativa sobre el estado de salud del paciente, es un documento soporte para la prestación del servicio asistencial, ya que consultada, el galeno tratante es capaz de realizar un diagnóstico de determinada patología y con base en él, ordenar el tratamiento para la recuperación de la salud**, y, que por el deber informativo que representa, tiene el rol de documento muy importante en el campo probatorio, demuestra las etapas de la enfermedad del paciente, desde su inicio hasta su recuperación y en el peor de los casos, el deterioro de la salud, e incluso la muerte, **al ser consultada por especialistas en el tema medico asistencial, permite determinar si el paciente recibió el tratamiento médico integral que su estado de salud requería, o si por el contrario no lo recibió y esto puede generar para los galenos responsables de su tratamiento algún tipo de responsabilidad disciplinaria, civil o penal, lo que se conoce en el argot médico y jurídico como mala praxis médica**. Respecto a la seguridad con la cual deben guardarse las historias clínicas, que como ya se dijo manejan una información sumamente delicada y confidencial sobre la vida familiar y clínica del paciente, el artículo 16 de la resolución 1995 de 1999, **se refiere a la seguridad del archivo de historias clínicas, indicando que es deber del prestador de servicios de salud archivar la historia clínica en un área restringida, que debe tener acceso solamente por el personal de salud que está autorizada para hacerlo**, deben guardarlas de forma que se asegure su integridad física y técnica, sin riesgos de que puedan ser adulteradas o alteradas, siendo obligación de todos los prestadores de salud y las entidades responsables de la custodia de la historia clínica, procurar su conservación y cuidado (Ministerio de Salud, 1999). (...) Según García Villaraco, la historia clínica es fundamental en los procesos asistenciales y judiciales, que **no puede ser ajena a los avances tecnológicos, pero sin perder de vista la esencia de la relación paciente-galeno, porque resulta como pieza clave de todo proceso asistencial médico y que no puede discutirse al interior del proceso judicial. Es un documento de vital importancia que se ha ido adaptando al avance de la tecnología y la informática, en la medida que actualmente se elaboran historias clínicas digitalizadas, lo cual arroja la importancia para atender adecuadamente al paciente, quien debe entablar con su médico una nueva forma de relacionarse y ambos con la sociedad, sin descuidar el objeto de consulta** (García-Villaraco Delgado, 2015, p.3). **De acuerdo con lo antes citado, la historia clínica es vital en los procesos tanto médico asistenciales**

*como judiciales, es un documento de suma importancia que ha cambiado diametralmente su forma de elaborarlo por escrito hasta la actual historia digital, evolucionando de acuerdo con la técnica y tecnología, especialmente en el área informática, lo cual puede fácilmente repercutir en una mejor atención y relación paciente-galeno y conduce a una atención sanitaria adecuada, sin que la revolución tecnológica haga olvidar el fuerte nexo que ata al enfermo con su médico. Es posible observar que el actuar médico por fuera de los protocolos implica una violación flagrante a protocolos normales de esta actividad, es decir se configura como un descuido del galeno a las actividades que regularmente debe realizar en un paciente, y que al valorar una conducta médica frente a otra de un colega con formación académica, experiencia y conocimientos similares, así como dotado de la suficiente responsabilidad que su trayectoria le ha confiado, y que se espera una conducta adecuada a ese perfil, idónea y concordante con el excesivo deber de cuidado que se debe tener en esta profesión, el arte médico que regula el comportamiento del profesional, se deduce que cuando un médico se aparta de tales parámetros actúa por fuera de la exigencia mínima de cuidado, de modo que la historia clínica es un elemento probatorio clave para medir si esta actividad fue o no negligente y si se ajustó o no a los procedimientos médicos respectivos.(...)”(RODRÍGUEZ MANJARRÉS Rafael Esteban, artículo jurídico: Idoneidad de la historia clínica como prueba en un proceso de responsabilidad civil médica, 22 de abril de 2019)*

**6.** *Por otra parte, el análisis del nexo causal, que pudo existir entre el error en el diagnóstico y el desenlace fatídico de la muerte del paciente, es necesario revisar el tema de la relación de causalidad, en los términos expuestos por la Corte Suprema de Justicia, según la cual para su determinación es posible acudir a las máximas de la experiencia a los juicios de probabilidad y al buen sentido de la razonabilidad, así dijo la respetable Corporación:*

*"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 (...) no siempre la causalidad física coincide con la causalidad jurídica, toda vez que en el campo del derecho la cadena causal no se toma en su estricto sentido naturalista, sino que se encuentra impregnada de una serie de valores culturales que permiten escoger, de entre una serie de hechos, sólo aquéllos que resultan verdaderamente relevantes para endilgar responsabilidad; de ahí que se hable de una causalidad adecuada. (...) 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." (C.S.J. Sala Civil. Dic 9 de 2013. M.P. Ariel Salazar.).*

**7.** *Para resolver en la forma en que lo hizo, esto es, declarando la responsabilidad de las demandadas, el juzgador de primera instancia en primer lugar refirió que el día 28 de noviembre de 2017, cuando el Sr. Conrado ingresó por primera vez a la Clínica N.S.D.R., sus médicos tratantes atribuyeron los síntomas que presentaba a la "terminación de su cuarto ciclo de quimioterapia", realizado para tratar el "liposarcoma*

*desdiferenciado de alto grado” que presentaba, pero sin percatarse de la “diabetes” que también padecía el paciente, a pesar de que dicha enfermedad le había sido diagnosticada y medianamente tratada en la IPS demandada con anterioridad, por lo cual les asistía el deber de consultar la historia clínica para efectos de determinar el diagnóstico y tratamiento del paciente, sin que así lo hicieran.*

*El a quo fundamentó su decisión en el dictamen pericial rendido por el médico especialista Dr. Carlos Alberto Varela Libreros, internista y nefrólogo, quien determinó que, la primera atención por urgencias del paciente resultó insuficiente, ya que los médicos incurrieron en un equivocado diagnóstico, pues debido a los antecedentes del Sr. Conrado –diabetes y cáncer-, la realización de exámenes diagnósticos era obligatoria, como el de glucometría, para descartar en este caso la cetoacidosis que presentaba el paciente, la cual finalmente le causó la muerte.*

*Varios de los reparos de las demandadas y de la aseguradora CHUBB SEGUROS, se edifican en la indebida valoración probatoria que efectuó el a quo para declarar la responsabilidad ya que se fundamentó en el dictamen aportado por la parte demandante, a pesar de que no cumple con los requisitos legales, y sin tener en cuenta lo declarado por los testigos técnicos ordenados a solicitud de la parte demandada.*

*Para efectos de resolver el asunto puesto a nuestra consideración, es indispensable que esta Sala efectúe la valoración de la totalidad de pruebas obrantes en la actuación, para determinar si le asiste razón a la parte apelante o si por el contrario la decisión emitida por el a quo se encuentra ajustada a derecho, de la siguiente manera:*

*7.1. En primer lugar, debe destacarse que en casos como el que nos ocupa, la historia clínica es parte fundamental del acervo probatorio gracias a su idoneidad para **que los facultativos y en general los centros de atención médica demuestren su actuación, puesto que este es el documento en el que por exigencia legal debe dejarse constancia de los distintos acontecimientos relacionados con las condiciones de salud del paciente** y con el acto médico al que es sometido (Sentencia Sala Civil, 28 de junio de 2011, exp. No. 05001 3103 002 1998 00869 00 MP. Pedro Octavio Munar Cadena).*

*En la historia clínica del señor Conrado, aparece registrado que el día 28 de noviembre de 2017, fue atendido en el servicio de urgencias de la Clínica Nuestra, a las 12:14 p.m., anotando en datos generales: “fecha de nacimiento F: 05/07/1969, **nivel triage: TRIAGE 02**, ocupación: personas que no*

han declarado ocupación, causa externa: enfermedad general, dirección: calle 45 99 39" y en datos de la consulta: "motivo de la consulta: "todo lo vomito", enfermedad actual: paciente con DX de tumor de zuckerlandl, **con resección completa de la lesión el 17/03/2017**, con reporte de patología de liposarcoma desdiferenciado, sarcoma de alto grado, ingresa el día de hoy por presentar emesis, no tolera vía oral, adinamia astenia, **paciente manifiesta que terminó 4 ciclo de quimioterapia el jueves pero que no ha podido tolerar vía oral, desde entonces...**"

En antecedentes se registró: "antecedentes patológicos: DX de tumor de zuckerlandl. QX: colecistectomía, resección de sarcoma de alto grado. Alergias: niega, tóxicos: niega, farmacológicos: niega, medicamentos: patológicos: DX de tumor de zuckerlandl" y en examen físico: "pa sistólica: 100, FC 130.00, temperatura: 36.50, estado de conciencia: Glasgow 15/15, examen F (sic): **paciente crónicamente enfermo**, alerta, colaborador, algico, c/c: mucosas semisecas escleras anictericas conjuntivas rosadas, cuello móvil simétrico no masas no adenopatías no rigidez, tox simétrico, no signos de dificultad para respirar. C/P ruidos cardiacos rítmicos regulares no soplos campos pulmoanre (sic) ventilados sin ruidos sobreagregados. ABD: blando depersibl (sic) dolor a la palpación en hipogastrio escaso. G7U TV se omite se revisa vagina con sangrado escaso. EXT: móviles simétricas no edema pulsos presentes. Llenado cap menor de 2 seg. SNC: alerta sin déficit aparente"

En análisis se colocó: "análisis: paciente con DX de sarcoma de alto grado con resseccion (sic) completa y 4 ciclos de quimioterapia, que ingresa por adinamia, astenia y no tolerancia a la vía oral al examen físico con deshidratación se decide dejar en posobservacion".

Ese mismo 28 de noviembre de 2017, siendo las 20:45 horas, se escribió en la historia clínica: "objetivo: encuentro paciente estable, no tolera vía oral, análisis: paciente que persiste con epigastralgia y emesis, se deja con lev (liquido endovenoso) de mantenimiento y se ordena 1 ampolla de haloperidol IM, se solicitan paraclínicos nuevos paraclínicos (sic) y revalorar, diagnóstico: DX principal: R11X-NAUSEA Y VÓMITO, causa externa: enfermedad general, plan manejo: 1. LEV (liquido endovenoso) SSN 0.9% pasar a 110 CC hora (por favor LEV permanente), 2. Haloperidol 5 MG 1 AMP IM, 3. OMEPRAZOL 40 MG IV, 4. SS lipasa y amilasa, 5. Revalorar."

Luego en análisis se estableció: "paciente con dx de sarcoma de alto grado con resseccion completa y 4 ciclos de quimioterapia, que ingresa por adinamia, astenia y no tolerancia a la vía oral, al examen físico con deshidratación se decide dejar en pobservacion (sic), hidratación endovenosa, toma de electrolitos, revalorar. Expectativas del usuario y su familia: una vez explicada la situación al paciente y su familia escribir su expectativa ¿es razonable? **diagnóstico: mejoría**" y en plan de manejo: "tipo de diagnóstico principal: impresión diagnóstica, DX. Principal: R11X-nausea y vómito, enfermedad de reporte obligatorio: no, se le explica al paciente su patología, afirma entender, destino del paciente: realizar el examen, se informan resultados al paciente: no, necesidades educativas detectadas (ver plan) no, se formulan los medicamentos habituales de base: no, aislamiento: precauciones estándar".

*Al día siguiente -29 de noviembre de 2017, siendo las 2:55 a.m., se documentó en la historia clínica: "antecedentes personales: alérgicos: patológicos, DX de tumor de zuckerlandl, QX: colecistemia, resección de sarcoma de alto grado, alergias: niega, tóxicos: niega, farmacológicos: niega, aislamiento: precauciones estándar medicamentos: patológicos: dx de tumor de zuckerlandl, QX: colecistectomía resección de sarcoma de alto grado, alergias: niega, tóxicos: niega, farmacológicos: niega, subjetivo: refiere mejoría del dolor abdominal, niega náuseas u otra sintomatología asociada, objetivo: revaloración. Análisis: paciente de 48 años con antecedente de liposarcoma, ya terminó 4 sesión de quimioterapia (16 sesiones), consulta por dolor abdominal y emesis incoherente, con mejoría posterior al manejo farmacológico con ondansetron, paraclínicos normales, pendiente lipasa y amilasa para definir egreso, llega reporte de paraclínicos: lipasa y amilasa normal, **se da egreso**, se da fórmula médica para manejo sintomático, analgesia oral, antiemético, se dan recomendaciones generales, se explican signos de alarma. Diagnóstico: DX principal: R11 X NAUSEA Y VOMITO. Causa externa: enfermedad general ... Plan de manejo: pendiente amilasa y lipasa, se explica al paciente su patología y tratamiento, afirma entender, se informa al paciente resultado: si, recibe información: paciente. DR. ALEXANDER ALZATE HERNANDEZ CC 1144048832 REGISTRO. 1144048832".*

*Ese mismo día, el paciente regresa al servicio de urgencias de la IPS demandada y registran en su expediente clínico, siendo las 3:50 p.m.: "antecedentes personales: alérgicos: niega, medicamentos: patológicos DX de tumor de zuckerlandl, QX: colecistemia, resección de sarcoma de alto grado, alergias: niega, tóxicos: niega, farmacológicos: niega (...) subjetivo: valoración médica familiar ... procedente de Cali en compañía de su esposa, reconsulta por cuadro de 3 días con dolor abdominal difuso, asociado a vómito y decaimiento marcado con astenia, adinamia hiporexia se toma glucometría al ingreso elevada HI, se inicia manejo con LEV, 10 UI de insulina, hace 1 hora y media aproximadamente, ahora persiste sintomático, somnoliento, con glucometría 590, niega fiebre, no diarrea, no síntomas miccionales, refiere familiar que no sabía que era diabético. Antecedentes personales: sarcoma de alto grado, retroperitoneal, operado en marzo 2017, y actualmente en quimioterapia, último ciclo hace 8 días, niegan patologías adicionales .... Objetivo: al examen físico actual paciente en regulares a malas condiciones generales, mucosas secas, polipneico, somnoliento, SV TA 100/50, FC 110, FR 32, afebril, saturado 98% aire ambiente, conjuntivas rosadas, PIFR, corazón rítmico taquicárdico no soplos, pulmones ventilados, no agregados, torax polipneico sin tirajes actuales, abdomen blando depresible con dolor moderado, generalizado sin signos de irritación peritoneal actual, no masas ni megalias, extremidades sin edemas, SNC somnoliento, obedece ordenes, no focalizado, glasgow 13/15". En diagnóstico principal refieren: "E141 DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA CON CETOACIDOSIS" y en diagnósticos relacionados: "DX RELACIONADO 1: C923 SARCOMA MIELOIDE, DX RELACIONADO 2: E 117 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES MÚLTIPLES".*

*Luego a las 4:20, documentan en la historia clínica: "Datos de la consulta: análisis: DX: 1. Crisis hiperglicémica: A cetoacidosis diabética, 2. DM DE NOVO, 3. Sarcoma retroperitoneal de alto grado, 4. Estado de inmunosupresión severa por quimioterapia. AP: paciente diabético de novo que debuta con cetoacidosis diabética,*

*glucometria actual 590, polipneico, somnoliento, deshidratado, cuerpos cetónicos positivos, ácido láctico elevado, gases arteriales con acidosis metabólica severa más alcalosis respiratoria compensadora, alto riesgo de falla respiratoria compensadora, alto riesgo de falla respiratoria, requiere manejo en unidad de cuidados intensivos, por ahora ordeno 1500 CC SSN adicionales (ya le han pasado 500 CC) 10 UI de insulina cristalina, monitoria no invasiva, medidas de soporte general, goteo de insulina, goteo de potasio, solicito uroanálisis, gosc, electrolitos, adicional a esto tiene un estado de inmunosupresión severa por quimioterapia, por lo cual se ordena un seguimiento estricto de curva térmica y aislamiento preventivo para el paciente, se explica a la esposa del paciente conducta a seguir y refiere entender y aceptar”*

*Siendo la 1:08 a.m., del día 30 de noviembre de 2017, se anota en la historia clínica, el alto riesgo de complicación del paciente debido a su diagnóstico de "cetoacidosis" a consecuencia de su enfermedad de base diabetes mellitus: "subjetivo: nota UCI, médicos de turno: ROMERO // HERRERA, DX anotados: pcte polipneico, encefalopático, con FC 160, inestable hemodinamicamente, requiriendo norepinefrina 1 MCG/KG/G/MIN, se procede a IOT (intubación orotraqueal), previa secuencia de inducción rápida con midazolam + fentanilo + rocuronio, se realiza IOT 8.0, se fija en 23 cm, se aspira contenido gástrico abundante de cavidad oral no evidenciando en vía aérea aunque es posible broncoaspiración dado que se encuentra desaturado 80%. Se considera TSV, se cardiavierte modo sinc en 4 ocasiones sin éxito, no respuesta a 18 MG adenosina, se ordena amiodarona pcte (sic) muy inestable, se instaura vasopresora y ATB se solicita RX TORAX portátil urgente, nuevo control paraclínico, **pcte con alto riesgo de complicaciones y muerte... diagnóstico Dx Principal: E111- diabetes mellitus no insulino dependiente con cetoacidosis**, causa externa: enfermedad general..."*

*Posterior a las atenciones médicas brindadas, el señor CONRADO FLOREZ ARIAS, falleció en virtud del mal estado y condiciones de salud, según se registró en la historia clínica aportada: "subjetivo, nota, pcte muy crítico, en choque refractario, dosis alta de vasopresores y parámetros ventilatorios, presenta paro cardiorespiratorio ritmo asistolia sin respuesta a manejo, fallece a las 04:50HR, se diligencia certificado de defunción No. 71702612.. Diagnóstico: Dx Principal: R579- CHOQUE, NO ESPECIFICADO..."*

*De la revisión de toda la historia clínica del señor Conrado Flórez, se advierte que en el año 2012, se le había diagnosticado "diabetes mellitus" al paciente en la IPS demandada – Clínica Nuestra- así se dejó establecido el día 23 de julio de 2012: "análisis: pte de 43 años con glucometria al ingreso de 358 MG/DL con DM no diagnosticada sintomático estable, arterial elevada 150/100 se ingresa a observación para manejo, se ordena observación: SI, antecedentes personales: riesgo de caída: bajo, solicitud de confidencialidad: no solicita reserva especial, medicamentos: niega, conoce derechos y deberes del paciente: los conocía y se reforzaron, DIAGNOSTICO: Dx Principal: E 119- diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación. Dx Relacionado 1: I10X – hipertensión esencial (primaria)..."*

7.2. Así las cosas, de la simple lectura de los reportes consignados en la historia clínica emerge claramente, que el señor Conrado Flórez, padecía una condición de salud demasiado grave y crítica, ya que debido a que presentaba "liposarcoma desdiferenciado, sarcoma de alto grado - tumor de zuckerlandl" (cáncer en el órgano de Zuckerkandl<sup>5</sup>), en marzo de 2017 (hace 8 meses) se le había realizado resección de dicho tumor, lo cual informó en el momento de su primer ingreso al servicio de urgencias de Clínica Nuestra el 28 de noviembre de 2017, pero además, hace cinco (5) días había terminado el cuarto ciclo de quimioterapia, y desde ese entonces no toleraba la vía oral y presentaba los síntomas de "emesis (vómito) ... adinamia (sintomatología que puede sufrir el ser humano por la cual los músculos del cuerpo pierden prácticamente la totalidad de su fuerza), astenia (Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente)", y también, al realizarle el examen físico se registró: "paciente crónicamente enfermo".

Es del caso precisar que los médicos que trataron al paciente, en el primer ingreso al servicio de urgencias de la IPS demandada, el día 28 y durante la madrugada del 29 de noviembre de 2017, luego de evidenciar que el paciente presentaba una enfermedad muy grave (cáncer), que se le había extraído un tumor y se le estaban practicando quimioterapias, y que además tenía graves síntomas como los anotados en el párrafo que antecede, solamente le realizaron exámenes de "lipasa<sup>6</sup> y amilasa<sup>7</sup>", los cuales arrojaron un resultado "normal", y aunque se escribió en la historia clínica "mejoría posterior al manejo farmacológico con ondansetran", sin dar ninguna especificación frente a cuales síntomas de los que tenía el Sr. Conrado, supuestamente se evidenció mejoría, lo cierto es que se le dio de alta, omitiendo definir la causa -diagnóstico de dichos síntomas a pesar de ser un paciente oncológico y aunque ellos debido a su negligencia lo desconocían, el paciente también presentaba diabetes mellitus.

Adicionalmente, se observa varias irregularidades al diligenciar la historia clínica del Sr. Conrado, empecemos por mencionar que al momento de realizarle el "triage" en su primer arribo a la Clínica Nuestra, solamente se dejó en la historia clínica: "nivel triage: TRIAGE 02", sin ningún registro adicional, sin registrarse sus condiciones de salud, ni tampoco aparece que se hubiesen preguntaron sus antecedentes patológicos o al menos no existe constancia, pues NO se dejó ninguna anotación al respecto,

---

<sup>5</sup> El órgano de Zuckerkandl es una agrupación de paraganglios que se encuentra infra-diafragmático, en el espacio inter cavo-aórtico, por encima de la bifurcación aórtica, sitio en el cual la presentación de los paragangliomas es más frecuente. (<http://ve.scielo.org/scielo>)

<sup>6</sup> La prueba de la lipasa mide la cantidad de lipasa presente en la sangre. La lipasa es una enzima fabricada por el páncreas, que ayuda al organismo a digerir las grasas. Una concentración alta de lipasa en sangre puede ser un signo de que el páncreas está lesionado, irritado u obstruido

<sup>7</sup> La prueba de amilasa en la sangre se usa para diagnosticar o vigilar problemas del páncreas como pancreatitis (inflamación del páncreas)

encontrándose en la obligación, el profesional de la salud, de dejar consignado todo en el expediente clínico del paciente.

Tampoco se observa que, luego de habersele realizado el triage y haber anotado solo "nivel triage: TRIAGE 02", al momento de diligenciar la historia clínica de ingreso, se hubiese indagado al paciente, sobre el padecimiento de otra enfermedad, especificando el tipo de patología, únicamente se advierte que se registró antecedentes patológicos "niega". Pero si lo anterior fuera poco, son claras la falta de responsabilidad y cuidado cuando se diligenció la historia clínica, pues en ella se registró en el examen físico: "se revisa vagina con sangrado escaso", sin percatarse siquiera que se trataba de un paciente del género masculino- hombre-.

Pero además de todo lo anterior, resulta diamantino, que los médicos tratantes del paciente, al momento del primer ingreso al servicio de urgencias de la sociedad N.S.D.R. -Clínica Nuestra-, dejaron de consultar la historia clínica anterior del señor Conrado, con el fin de advertir las patologías que sufría, y así ordenarle los exámenes diagnósticos necesarios, para efectos de establecer el verdadero diagnóstico del paciente, encontrándose en el deber de hacerlo conforme a la lex artis, lo cual desencadenó que pasaran por alto la enfermedad de "diabetes mellitus" que presentaba el paciente, omitiendo también ordenarle el examen de glucometría, para así haber detectado que presentaba "cetoacidosis diabética", y por supuesto haberla tratado, antes de que le ocasionara su muerte.

7.3. Las anteriores apreciaciones se encuentran corroboradas con el dictamen pericial rendido a instancias de la parte demandante, elaborado por el médico especialista Dr. Carlos Alberto Varela Libreros, internista y nefrólogo, quien, en su dictamen, desde el principio al efectuar el "resumen de la historia clínica", expuso que se trataba de un paciente: "**con antecedente patológico de diabetes mellitus y un tumor tipo sarcoma retroperitoneal**, quien inicialmente consultó por síntomas constitucionales, debilidad, decaimiento y emesis. **En consulta inicial no fue tenido en cuenta el antecedente patológico de diabetes mellitus, no fue orientada su atención para la misma, no se tomaron glucometrías, no se realizaron medidas de hidratación y no se siguieron recomendaciones para el manejo de descompensación de diabetes mellitus según guías internacionales**, al contrario, **dan egreso y el paciente reconsulta por la misma sintomatología, pero con mayor compromiso de su condición funcional tornándose en malas condiciones generales, aumento de emesis, mayor tendencia a deterioro de su condición clínica, somnolencia reingresando el mismo día** (29 de noviembre de 2017) a la clínica en crítica situación y sólo en ese momento se enteran que el paciente cursaba por una descompensación relacionada a su enfermedad de base, diabetes mellitus llevando al paciente a falla respiratoria, requiriendo ventilación mecánica invasiva, soporte

vasoactivo (para mejorar tensión arterial) y sólo en ése momento piensan en causas infecciosas que pudiese tener asociadas." (negrillas por fuera del texto original).

Frente a las condiciones de salud con las que ingresó el paciente en su primera visita al servicio de urgencias de Clínica Nuestra el día de noviembre de 2017, y frente a la pregunta ¿considera usted que el paciente tuvo una complicación relacionada a su diabetes mellitus?, el perito respondió: "**Claramente el paciente tuvo una complicación relacionada a la diabetes mellitus que consiste en una cetoacidosis, me justifico en esta respuesta teniendo en cuenta los síntomas del paciente que eran debilidad, decaimiento, polidipsia o mucha sed, asociado a ello glucometrías altas o glicemias elevadas, que son niveles de azúcar elevado en sangre, asociado a acidosis metabólica, que es cuando en la sangre predomina más un estado ácido, un ph bajo con un bicarbonato bajo, lo cual nos indica que el paciente se encontraba en una cetoacidosis diabética,** sumado a los cuerpos cetónicos elevados en sangre que es una causa importante y determinante de morbilidad y mortalidad relacionada con la diabetes mellitus."

Cuando se le pregunta: "teniendo en cuenta las anotaciones en la historia clínica del 28 de noviembre de 2017 y siguientes, si el paciente se encontraba con una cetoacidosis diabética, ¿qué otros factores pudieron haber influenciado en la morbilidad y mortalidad que presentó el paciente?", respondió: "**Claramente hubo un retraso en la atención del paciente, en la primera atención no se enfocó, ni se pensó en una diabetes mellitus, ni se realizaron estudios que hayan podido evidenciar que el paciente se encontraba con una complicación relacionada a esto, puesto que no se le hizo ni glucometría, ni glicemias, ni gases arteriales, ni cetonemia ni cetonuria, por lo cual hubo claramente un retraso en la atención de este paciente,** no hubo ajustes a las guías internacionales, guías americanas y europeas de diabetes para el manejo de un paciente en crisis hiperglicémica, lo anterior impactó de una forma no adecuada el desenlace de este paciente que finalmente se tradujo en la mortalidad del paciente."

"Otro aspecto importante es el relacionado con las infecciones pues las principales causas de la descompensación de la diabetes son: 1. No tratamiento adecuado y 2. Causas infecciosas. **Desde la primera consulta, no se buscó ninguna causa infecciosa, es decir, no se hizo radiografía de tórax ni uroanálisis u otro estudio que haya buscado un proceso infeccioso en este paciente,** y en la última atención si se inició cubrimiento antibiótico empírico justificando una posible causa infecciosa relacionada, **lo que claramente deja en evidencia que en la atención inicial el paciente, aparte de tener un retraso en el diagnóstico, no se pensó en causas infecciosas relacionadas, y en el mismo día el paciente [re]consulta en una crítica situación y es ahí donde toman la decisión de iniciar antibiótico.**"

Cuando se le solicitó informar: "Según ingreso del 28 de noviembre de 2017 a las 12:14 pm en el motivo de consulta refieren que el paciente todo lo vomita, por favor informe, según su concepto médico, ¿cómo fue la atención desde su ingreso el 28 de noviembre de 2017 a las 12:14 hasta el momento de su egreso el 29 de noviembre de 2017 a las 2:59 am.?", contestó: "Se trata de un paciente diabético

con un tumor – liposarcoma desdiferenciado – sarcoma de alto grado quien ingresó por no tolerancia a la vía oral asociado a decaimiento y debilidad, al ingreso taquicárdico con frecuencia cardíaca de 130, álgico, al examen físico con deshidratación (datos obtenidos de evolución del 28 de noviembre de 2017 a las 12:14 pm), manifestando dolor epigástrico. Dan salida el 29 de noviembre de 2017 a las 2:59 am estando todo este tiempo en urgencias.”

Pero para explicar mejor acerca de la negligencia en la primera atención de urgencias del paciente el perito señaló: **“Considero se trata de un paciente que ingresa por que no tolera la vía oral, diabético, ingresa taquicárdico con una condición regular *sin que se haya realizado un enfoque diagnóstico apropiado teniendo en cuenta que no se buscaron causas de descompensación metabólica máxime en un paciente diabético, como lo son los gases arteriales, cetonemia, cetonuria buscando descartar una cetoacidosis diabética, no se solicita el examen más básico que es una glucometría o glicemia para evaluar su estado relacionado de control glicémico, no se ajustan a las guías internacionales como las guías americanas y europeas para el manejo del paciente diabético con posible descompensación metabólica estado hiperosmolar no cetosico ó cetoacidosis diabética. El paciente no fue valorado para descartar procesos infecciosos relacionados *que son agentes causales de descompensación metabólica en diabetes mellitus, Sin importar su condición al ingreso de no tolerancia a la vía oral, taquicardia y regular condición clínica se da salida el 29 de noviembre a las 2:59 am, en esta atención no se mencionó ni se tuvo en cuenta su condición de paciente diabético, es más, *hay errores en el examen físico ya que mencionan “examen genitourinario; vagina con escaso sangrado” a pesar de tratarse de un paciente de género masculino. El paciente se debió hospitalizar por tratarse de un paciente diabético, sin tolerancia a la vía oral, taquicárdico con probable descompensación metabólica de su enfermedad de base Diabetes Mellitus y a su vez realizar la reanimación hídrica y de manejo con insulino terapia y según lo estiman las guías internacionales mencionadas para el manejo que se requiere para estos casos.*”****

Más adelante al preguntársele expresamente sobre “el reingreso del paciente el 29 de noviembre de 2017 a las 17:22, ¿Se puede decir que hubo negligencia respecto de la atención brindada en el día anterior?” el especialista afirmó: “El paciente reingresa el 29 de noviembre de 2017 a las 17:22 según nota médica de evolución, por cuadro de cuatro días de síntomas como debilidad, decaimiento, polidipsia (ingesta abundante de agua), hiperemesis (vómito con mucha frecuencia) y se encuentra somnoliento, taquimédico (frecuencia respiratoria alta), con acidemia metabólica severa, bicarbonato en 3,4 cetonemia positivo y lactato elevado por lo que lo trasladan a UCI, debido a todo lo anterior, y teniendo en cuenta que el paciente había tenido una atención previa ese mismo día y le habían dado salida, considero esta complicación relacionada con la diabetes mellitus y que fue la causante de su muerte la cual pudo haber sido evitada si en las anteriores consultas se hubiese detectado o se hubieren solicitado paraclínicos para detectarla, es más, al ingreso describen en la nota que el paciente tiene alta posibilidad de requerir intubación orotraqueal y mencionan que debe descartarse sepsis como desencadenante del cuadro actual, le colocan catéter venoso central para reanimación. En la evolución del 29 de noviembre del 2017 a las 20:48 describen ya paciente con acidemia metabólica severa riesgo de

*falla respiratoria y labilidad hemodinámica sin respuesta a líquido endovenoso cristaloides y con requerimiento de soporte vasopresor lo cual significa que el paciente se encontraba en unas críticas condiciones generales y en un estado avanzado de descompensación por su patología de base (diabetes mellitus)."*

*Agregando a continuación: "De acuerdo con la historia clínica revisada, hubo negligencia teniendo en cuenta que no se pensó en la complicación relacionada con la diabetes mellitus no se hizo un diagnóstico ni se hicieron las pautas del tratamiento que se requería lo cual generó retrasos en la atención y mayor deterioro de la enfermedad de base (diabetes mellitus) obligándolo a consultar posteriormente perdiendo tiempo valioso en el proceso de atención lo cual impacta en el resultado adverso de morbilidad y mortalidad."*

*Concluyó el perito médico especialista en medicina interna y nefrología: **"Considero hubo negligencia en las primeras atenciones las cuales llevaron a retrasos en el diagnóstico y en la oportunidad de realizar un plan terapéutico apropiado que pudo haber impactado de forma definitiva en el pronóstico, en haber disminuido morbilidad y haber impactado en la mortalidad del paciente, se perdió tiempo valioso en la atención de este, que finalmente terminaron en impactar en su mortalidad. El enfoque diagnóstico se dio en relación con el tumor retroperitoneal y no se hizo énfasis en sus antecedentes como lo es Diabetes Mellitus como agente predisponente al cuadro de descompensación.** Considero la mortalidad de este caso está relacionada con su enfermedad de base y no directa del tumor retroperitoneal que tenía. Si bien el tumor de alto grado que tenía este paciente pudo impactar en mermar sus condiciones generales funcionales; la diabetes mellitus fue la enfermedad que causó su deceso. Lo anterior lo concluyo con base en los síntomas presentados por el paciente, los estudios realizados en su última consulta como lo son glicemias elevadas, acidosis metabólica severa, cetonemia positiva e hiperlactatemia. Todo lo anterior constituyen retrasos que pudieron ser evitados si desde un principio en sus consultas iniciales se hubiese hecho un abordaje acorde a las enfermedades del paciente"*

*7.3.1. Al momento de sustentar su dictamen en audiencia, el profesional de la salud, cuando se le preguntó si el paciente era pre-diabético o diabético, respondió: **"El paciente es diabético,** en primer lugar, hay que diferenciar el diagnóstico, entre prediabetes y diabetes, normalmente la glicemia en ayunas que es la glucosa que se toma en ayunas debe ser menor de 100 mg por decilitro, cuando la glucosa en ayunas está entre 100 y 126 se le denomina prediabetes que antes se denominaba alteración de la glucosa en ayunas, cuando está glucosa en ayunas esta mayor a 126 se denomina diabetes mellitus, el paciente claramente era diabético, con base en ello, en la evolución puntual del 28 de julio del año 2012 hacia las 14 y 15 horas, cuando al paciente consultó en ese momento a consulta externa en ese momento el paciente refería que era diabético desde hace más de tres años, es decir que estamos hablando del año 2012, **el paciente en esa consulta del 28 de julio, refirió que era diabético hace más de 3 años y consultó en ese momento el programa de diabetes, en ese momento, en esa misma consulta, el paciente manifestó que había consultado al servicio de Urgencias con sed, sensación de mareo, decaimiento y anotó en esa misma consulta diez días antes había presentado una glicemia en 350, una glucosa sanguínea en 350 no es normal, mayor a 126 es diabetes, el paciente claramente es diabético***

**tenía conocimiento de su enfermedad de base el 28 de julio de 2012 en una consulta que quedó registrada en la EPS del paciente, inclusive en ese momento en el año 2012 al paciente le formularon: glibenclamida y metformina.**"

Luego refirió las condiciones de salud del paciente el día 28 de noviembre de 2017, así: "Pues, se trata de un paciente diabético, con un liposarcoma de alto grado, que es una enfermedad neoplásica (...) generalmente que ataca el, la parte intraabdominal, el paciente, es un paciente que venía de sus controles normalmente en su EPS y consulta, finalmente consultado el 28 de noviembre de 2017, hacia las 12:14 de la tarde ese paciente, es un paciente que consultó en ese momento 28 de noviembre, muy importante, 28 de noviembre de 2017 por síntomas documentados en la historia clínica, síntomas que mencionan que el paciente se encontraba con decaimiento se encontraba con no tolerante a la vía oral, no tolerancia a la vía oral, es que el paciente no puede ingerir alimentos, porque, si requiere alimentos, se presenta el vómito, tenía vómito, no tolerancia a la vía oral, decaimiento, debilidad e ingreso taquicárdico, **frecuencia cardíaca en 130...**"

Cuando el juez de primera instancia le precisa que "Una de las defensas de los demandados es que, el paciente o su acompañante en la atención del 28 [de noviembre de 2017] no refirieron el estado de salud diabético, la patología, que usted dice patología de base, no refirieron al médico de urgencias que lo atendió que tenía diabetes, ¿hay algunas guías?, o, ¿protocolos médico que le obliguen al médico a indagar sobre exámenes o la historia clínica sobre los antecedentes?, porque, precisamente esa era una de mis preguntas a uno de los representantes, le decía, ósea que si el paciente entra inconsciente y no hay quien dé información [que pasaría?]" y el perito contestó:

**"la responsabilidad médica está en atender al paciente bajo unas guías, en primer lugar, el médico debe hacer una historia clínica completa, una historia clínica completa tiene que hablar de la anamnesis, es decir el interrogatorio sobre el motivo de la consulta y la enfermedad del paciente...**

El motivo de la consulta es lo que le hace consultar al paciente el servicio de urgencias; vómito decaimiento, malestar, y la enfermedad actual, es una narración cronológica que comienza a presentar ,uno le pregunta como médico al paciente, en donde el paciente le dice: llevo tantos días con esta sintomatología, el paciente llevaba tres días, por ejemplo en este caso en la primera consulta se vio, que el paciente(señor Conrado) llevaba cuatro días de cansancio, debilidad, náuseas, vómito, etc. Entonces, claramente en esa misma **consulta el médico está en la obligación, no que el familiar le cuente a uno los antecedentes, sino de preguntar, uno debe preguntar: ¿qué enfermedades sufren?**, es decir los antecedentes patológicos o médicos. Dos, ¿qué tratamientos farmacológicos y no farmacológicos recibe el paciente?, ¿desde hace cuánto tiene el diagnóstico de la enfermedad de base? Y, claramente es muy importante tener ese conocimiento, porque, por ejemplo, para este caso, **si yo no le pregunto, si es diabético o que tiene un proceso neoplásico .... los síntomas son muy diferentes respecto a un paciente que en realidad tenga esa enfermedad, porque, por ejemplo; si el paciente no es diabético y viene por debilidad, por malestar y por vómito, pues ese paciente yo lo enfoco, le doy un manejo sintomático, de quitar el dolor le doy un antiemético, pero si el paciente es diabético, yo me veo en la obligación de al paciente estudiarle las posibles complicaciones**

relacionadas con la diabetes, como era el caso de la cetoacidosis diabética por el estado hiperhomositososis .... que son las dos complicaciones graves que tiene un paciente diabético, para yo enterarme sobre esta situación, pues al paciente tengo que hacerle gases arteriales, **un hemograma, un uroanálisis, una radiografía de tórax, estudios que no le hicieron a este paciente.** Entonces, este paciente le dan salida el 29 de noviembre a las 3 de la mañana y el paciente se va para su casa y reingresa a las 14 horas, lo cual, es sumamente delicado, porque, dentro de la calidad que tiene una IPS, ellos miden los reingresos, no está bien que un paciente que haya ingresado, consulte a las 14 horas."

Más adelante, cuando la propia apoderada de la EPS demanda le preguntó sobre las irregularidades en el diligenciamiento de la historia clínica, el perito respondió: "hay un examen físico, Dr. ¿Usted leyó la parte del examen físico de la historia clínica? perito: Sí, doctora., **correcto inclusive hay unos errores en ese examen que hicieron, porque, reportan además que el paciente tiene un examen genitourinario con escaso sangrado ... a pesar que es un paciente de género masculino, hay un error, tanto en el examen físico como en la forma como se interroga el paciente...**" Al momento que la apoderada de la EPS lo interrogó: "Dr., le hago una pregunta, ¿esos errores de digitación se dan normalmente?" contestó: **"No, no se deben dar normalmente ... Es que es historia clínica, estamos hablando es de historia clínica"**

Sobre la forma como se debe diligenciar una historia clínica, explicó: "yo atiendo a un paciente en Urgencias, yo atiendo al paciente y **después de atender al paciente yo me siento en la historia clínica y escribo porque, yo no puedo estar con un paciente complicado en frente del paciente y haciendo la historia clínica.** Es diferente entonces, en consulta interna por ejemplo estoy frente del paciente y estoy escribiendo, en el área de Urgencias normalmente usted valora a su paciente depende de la característica clínica del paciente va haciendo la historia clínica del paciente, **o si el paciente está crítico usted va hablar con el paciente. Luego, se sienta a hacer la historia clínica eso se hace en las clínicas, depende también la institución en la que usted esté, si tiene historia clínica manual, digital, depende del sitio...**"

Además, precisamente sobre la obligación de preguntar específicamente sobre el padecimiento de "diabetes mellitus" y demás patologías al paciente y su respectiva anotación en la historia clínica dijo cuándo se le indagó: "quisiera que nos remitiéramos a la primera atención de clínica Nuestra de noviembre del 28 de noviembre del año 2017, donde dice: Motivo de consulta: "Todo lo vomito", enfermedad actual: paciente con diagnóstico de tumor de zuckerlandl con receptor completa de lesión del 17 de marzo de 2017, con reporte de patología de liposarcoma desdiferenciado, sarcoma de alto grado ingresa el día de hoy por presentar emésis, no tolerancia a la vía oral, adinamia, astenia. Paciente que manifiesta que terminó cuarto ciclo de quimioterapia, el jueves, pero que no ha podido tolerar la vía oral, ¿sí? Dr., quisiera que nos remitimos a esa atención frente a la parte de los antecedentes, usted ante esos antecedentes patológicos, ¿dónde encuentra la diabetes?", de manera contundente contestó: "no lo interrogaron acerca de la diabetes" y luego cuando lo contrainterrogó "¿Usted está seguro?"

¿A usted le consta que no le preguntaron dr?" respondió: "No está en la historia clínica, yo me baso en la historia clínica".

*Sobre las actuaciones médicas desarrolladas por los médicos tratantes del paciente en su primer ingreso a urgencias, y el equivocado diagnóstico en que incurrieron en ese momento, el perito explicó: " ... El motivo de la consulta es lo que le hace consultar al paciente el servicio de urgencias; vómito decaimiento, malestar, y la enfermedad actual, es una narración cronológica que comienza a presentar ,uno le pregunta como médico al paciente, en donde el paciente le dice: llevo tantos días con esta sintomatología, el paciente llevaba tres días, por ejemplo en este caso en la primera consulta se vio, que el paciente(señor Conrado) llevaba cuatro días de cansancio, debilidad, náuseas, vómito, etc. .... los síntomas son muy diferentes respecto a un paciente que en realidad tenga esa enfermedad, porque, por ejemplo; si el paciente no es diabético y viene por debilidad, por malestar y por vómito, pues ese paciente yo lo enfoco, le doy un manejo sintomático, de quitar el dolor le doy un antiemético, pero si el paciente es diabético, yo me veo en la obligación de al paciente estudiarle las posibles complicaciones relacionadas con la diabetes, como era el caso de la cetoacidosis diabética por el estado hiperhomositis, que son las dos complicaciones graves que tiene un paciente diabético, **para yo enterarme sobre esta situación, pues al paciente tengo que hacerle gases arteriales, un hemograma, un uroanálisis, una radiografía de tórax, estudios que no le hicieron a este paciente.**" (audiencia min. 1.18.11)*

*Luego agregó: "Entonces, este paciente le dan salida el 29 de noviembre a las 3 de la mañana y el paciente se va para su casa y **reingresa a las 14 horas, lo cual, es sumamente delicado, porque, dentro de la calidad que tiene una IPS ... En la misma nota médica de ese reingreso, reportan e interrogan al paciente y dicen que el paciente viene con cuatro días de síntomas, es decir, en esa primera atención no se identificó los días de síntomas del paciente, y pasaron, han pasado 28 horas en donde se había podido hacer un diagnóstico más precoz y haber dado un tratamiento más específico,** en esa consulta el paciente dice que sigue con debilidad, sigue con decaimiento, está con polidipsia, es decir, con muchas sed y emesis, vómito con mucha frecuencia y se encuentra más somnoliento, es decir, aquí ya hay algo más delicado, porque, el paciente ya está alterando su estado de conciencia, en el reingreso que tuvo... **es decir, con la frecuencia respiratoria alta y ya, ahí sí le realizan las gases arteriales .... encontrando una acidosis metabólica severa, en donde el pH sanguíneo baja y el bicarbonato baja en 3,4, que es algo ya prácticamente incompatible con la vida** (...) inmediatamente al paciente, lo trasladan a la sala de cuidados intensivos, lo entuban, usan medicamentos vasoactivos para subir tensión arterial, le empiezan a buscar un foco infeccioso le inician antibiótico forma empírica para un posible foco infeccioso pulmonar y finalmente el paciente fallece." (ver min. 1.19.40)*

*El juez de primera instancia le realizó al médico especialista las siguientes preguntas: "¿Doctor, dentro de sus experiencias, su conducta si le llega un paciente por Urgencias en estas condiciones o con estos síntomas, ¿su conducta habría sido diferente a la presentada por el médico?", el profesional de la salud le respondió:*

**"Claro, totalmente. Primero, hay que hacerle exámenes al paciente y dependiendo de los exámenes orientar las metas de reanimación. Estos pacientes normalmente, deben tener un control estricto de líquido administrado, de líquidos eliminados. Debe tener un adecuado uso de líquidos endovenosos por meta. Algunos de estos pacientes requieren dependiendo del comportamiento de la presión arterial, colocar un catéter venoso central, como se le colocó al paciente en el reingreso. Catéter venoso central para medir la presión venosa central, la saturación de oxígeno, un control estrecho de glucometría y con base en esas herramientas uno va orientando la situación, un uroanálisis, una radiografía de tórax con reactantes de fase aguda, para evaluar si el paciente tiene una infección pulmonar o no, e iniciar antibiótico. Eventualmente esta realidad cambia."**

"Doctor, cuénteles al despacho dentro de su experiencia, ¿usted considera que la atención al paciente fue oportuna o fue tardía o el diagnóstico fue tardío?" respondió: "Fue inoportuna. El diagnóstico no fue precoz, el diagnóstico fue tardío. Se perdieron aproximadamente unas veintiocho horas en hacerle un diagnóstico al paciente, algún tratamiento oportuno 1.30.29. Y, uno dice: veinte, veintiocho horas, es muy poquito tiempo, pero para estos pacientes es mucho tiempo, porque son pacientes que necesitan una reanimación hídrica adecuada, necesitan un diagnóstico oportuno y necesitan un cubrimiento antibiótico clínico rápido. Eso es lo que impacta la morbilidad y en la mortalidad de los pacientes."

"Doctor, las guías que nos dicen cuando se presentan síntomas parecidos, en este caso, con los interrogatorios de parte encontramos: que el vómito, el decaimiento prácticamente confluyen a un coma diabético, cetoacidosis o los efectos secundarios de una quimioterapia. ¿Qué se debe hacer dentro de su experiencia y especialidad?" contestó: "Claramente, se debe hacer un diagnóstico oportuno al paciente. Me baso en las guías HADA 2020 y en las guías HADA 2019, en el manejo de estos pacientes. **A todo paciente diabético que ingresa por estos síntomas, no de manera hipotética, sino con los síntomas reales que tuvo el paciente, debe hospitalizarse, se le debe canalizar, se deben colocar líquidos endovenosos, se le debe tomar glucometría, se le debe hacer uroanálisis, placa de tórax en busca de infección, deben hacerle un interrogatorio al paciente, a su familia acerca de los antecedentes que el paciente tenga sobre probabilidades de alergias y debe dar un tratamiento específico.**"

En cuanto a las condiciones de salud que debía presentar el señor Conrado para ordenar su egreso del servicio de urgencias de la IPS demandada, las cuales no se encuentran anotadas ni acreditadas en la historia clínica, el perito médico, señaló: **"Para determinar que un paciente se encuentre estable y dar egreso se tiene que: primero, hacer un diagnóstico, dos, establecer la causa por la cual el paciente ingresó al servicio de Urgencias y tres, estar asintomático desde el punto de vista de la tolerancias a la vía oral, es decir, el paciente debe salir sin fiebre, el paciente debe salir tolerando la vía oral, el paciente debe salir sin taquicardia, sin polipnea, con los síntomas obviamente el en proceso de descompensación y con un tratamiento dirigido frente a la causa que hizo que el paciente consultará por urgencias, pero aquí no sucede, porque, ni siquiera se identificó, cuál era la posible causa para que el paciente hubiera consultado el área de servicio de Urgencias."**

*Cuando el a quo específicamente le preguntó "¿aquí el alta al paciente se dio con todos estos requisitos sin fiebre, con diagnóstico, tolerando la vía oral?, ¿se registra en la historia clínica?", el perito respondió: "No, no se registra" (1.35.46 única audiencia parte 1)*

*Pero como si lo anterior fuese poco, el perito afirmó que en el caso hipotético de que el paciente no hubiese sido diagnosticado con diabetes mellitus (pues si lo fue, solo que ante la falta de diligencia de los médicos tratantes de indagar los antecedentes del paciente-consultando su historia clínica o preguntándole específicamente al paciente por esta patología-, estos no se percataron de esta enfermedad de base) lo cierto es que el tratamiento médico que se le brindó en su primera visita frente a sus síntomas fue inadecuado, así respondió cuando se le preguntó por parte de la apoderada de la demandada:*

*"Dr., le hago una pregunta, en la experiencia que usted tiene como médico, si a usted le llega un paciente con la sintomatología que presentó, ósea con lo que tenemos en la historia clínica. No con lo que usted tiene conocimiento, con la información que dice que conoció, o, que tuvo acceso. Sino, llega un paciente y le da la información que reposa en esta historia clínica del 28 de noviembre del 2017, usted, ¿qué tratamiento le da? Contestó: "No le puedo dar tratamiento hasta saber que tiene. Por tal razón, primero le hago exámenes, hago un adecuado interrogatorio al paciente le hago exámenes y tengo acceso a esos exámenes tomó una decisión para dar un tratamiento adecuado"*

*"Doctor si usted tiene un paciente que le reporta la información que se encuentre la atención del 28 de noviembre al ingreso, con los antecedentes patológicos que reporta acá, colecistectomía, resección de sarcoma, niega alergia, niega tos, niega tratamiento farmacológico, tumor de zuckerlandl. Toda esta situación, lo que hay ahí en la historia clínica. Me refiero en la atención del 28 de noviembre del 2017, a las 12: 14 pm. ¿Usted lo trata como un paciente diabético?" Contestó: "**le hago hemograma, glicemia**"*

*Aquí es del caso señalar que la propia doctora Ángela Molina Betancourth, médico general que atendió al paciente en su reingreso al servicio de urgencias de la clínica Nuestra, en su declaración testimonial confirmó que no revisó la historia clínica anterior del paciente, y que el mismo refirió que reingresaba con los mismos síntomas que presentó en su primer arribo el 28 de noviembre de 2017, así informó cuando se le preguntó: "Usted revisó los ingresos anteriores del 28", "**no yo revisé mi historia clínica del 29 para valorar al paciente**", ¿revisó los antecedentes del paciente del 28? "**No yo no reviso lo anterior yo le pregunto al paciente, el paciente me dice que llega con los mismos síntomas...**" (min. 15.00 única audiencia parte 2).*

*Pero también resulta importante agregar que conforme al testimonio de los médicos tratantes del señor Conrado desde su primer ingreso el 28 de noviembre (Lina Marcela Portilla, Dana Brigitte González), su dada de alta el 29*

*de noviembre de 2017 (Alexander Alzate) y su reingreso y fallecimiento ese mismo día (Ángela Molina Betancourth), afirmaron que en la historia clínica y en la información suministrada, no existía el antecedente de diabetes mellitus que presentaba el paciente, y tampoco se encontraban las historias clínicas unificadas y disponibles para ser revisadas en el servicio de urgencias por los médicos tratantes, configurándose otro hecho que demuestra la culpa en cabeza de ambas demandadas, ya que como quedó establecido en los precedentes doctrinales y jurisprudenciales, es obligación de todos los prestadores de los servicios de salud (EPS, IPS y médicos), trasladar la información de las atenciones en salud brindadas a cada paciente, y deber de las IPS consolidar la información y tenerla disponible, siendo el vehículo para pasar dicha información, el traslado de las historias clínicas de un prestador a otro, para asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente, sin que en este caso se hubiese cumplido con este deber.*

*Al tenor de las anteriores pruebas, a saber: la historia clínica, el dictamen pericial, el cual fue sustentado en audiencia, con la declaración efectuada por el mismo perito médico especialista, siendo interrogado tanto por el juez de instancia como por todas las partes del proceso, no cabe duda de que las instituciones de salud demandadas actuaron de manera culposa negligente e irresponsable en la atención brindada al Sr. Conrado Flórez en el primer ingreso por urgencias, ya que quebrantaron las guías médicas establecidas por la lex artis para efectos de determinar su diagnóstico, hechos que generaron el desconocimiento de la patología de base del paciente "diabetes mellitus", y que conllevaron a que se dejara de brindarle el tratamiento adecuado para tratarle la verdadera afección que presentaba "cetoacidosis", existiendo una inadecuada atención del paciente en general.*

*Así, los puntos más relevantes de esta desatención fueron los siguientes: no haber revisado la historia clínica completa y anterior del señor Conrado donde se encontraba diagnosticado con "diabetes mellitus" debiéndose encontrar disponible y unificada, para ser consultada por los médicos tratantes de acuerdo a la ley, no haber efectuado el interrogatorio de antecedentes patológicos al paciente de manera expresa y no haber dejado su constancia en la historia clínica, frente a los síntomas que presentaba, no le realizaron los exámenes diagnósticos indicados por la lex artis para determinar la causa de los mismos y así efectuar su diagnóstico adecuado y su consecuente tratamiento, haberle dado egreso al paciente sin que sus síntomas hubiesen desaparecido y no haber dejado constancia de ello en el expediente clínico.*

7.3.2. Pero además, aquí vale la pena indicar que con respecto a la obligatoriedad en la realización de un examen diagnóstico como- glucometría- para determinar los niveles elevados de azúcar en la sangre que provocan un estado ácido, en un paciente como el señor Conrado que padecía "diabetes mellitus" y de acuerdo a los síntomas que presentaba en la fecha de su primer ingreso, que fue posible establecer, eran similares a los que tenía al momento de su reingreso, las apoderadas de las demandadas y los testimonios técnicos que atendieron al paciente que se encontraban adscritos a la IPS demandada, señalaron que en esa institución de salud, el examen se ordena por el profesional de la salud que realiza el "triage" (enfermero (a) jefe), en dos eventos: i) si el paciente responde afirmativamente al interrogante de padecimiento de diabetes mellitus, lo cual no se hizo expresamente pues no aparece en la historia clínica ya que solo se señaló "nivel triage: triage 02", o si se observa que el paciente si padece diabetes mellitus, como en este caso que se encontraba diagnosticada la enfermedad en la historia clínica -, pero que los médicos tratantes no se percataron de este hecho, porque omitieron revisar la historia clínica completa o porque no se encontraba grabada en el sistema debiendo estar disponible para hacer el diagnóstico y, ii) si las condiciones de salud así lo ameritan, como por ejemplo cuando el paciente presenta vómito o aumento de la frecuencia respiratoria (taquicardia), como el Sr. Conrado la presentaba, así lo expresaron:

Cuando el juez interrogó a la representante legal de la Clínica Nuestra Señora del Rosario Clínica Nuestra y le preguntó: "¿Entonces la glucometría está diagnosticada para qué clase de síntomas?", ella respondió: "La glucometría está formulada, para un paciente que llegue con otra clase de sintomatología, por **ejemplo: el vómito, diarrea, el paciente tiene taquicardia, el paciente presenta sudoración, frío, otra clase de sintomatología.**", frente a lo que el juez le respondió: "o sea que entre ellos el vómito... el vómito sería frecuente entre un paciente diabético y con efectos secundarios de la quimioterapia, ¿cierto? Entonces ya vamos en el vómito..."

Luego afirmó: "Aquí en la historia clínica no tengo, no observó el triage. No nos envían el triage para revisarlo, **sin embargo, si en el triage hubieran tomado glucometría, me hubiera podido orientar mucho más. Sin embargo no tomaron glucometría en el triage,** pero debió ser lo mismo lo que ellos presentaban lo que nos podemos fijar es que el paciente, **desde el momento del triage, también preguntan antecedentes, en el triage no preguntaron o no respondieron que era diabético,** lo más probable que la persona que hizo el triage tampoco tuvo esa impresión diagnóstico, por lo tanto no tomo glucometría. **Todo paciente diabético que llega en el triage se le toma glucometría"**

A su turno la médico general Lina Portilla, quien atendió al paciente a su arribo al servicio de urgencias en un primer momento, cuando se le

preguntó: "¿La glucometría está diagnosticada para que pacientes o para que síntomas?" explicó: "**La glucometría está para los pacientes que refieren que son diabéticos** que son insulino-requiere, ósea, que se aplican insulina. Por lo tanto, se toma la glucometría. También para pacientes que por ejemplo que vienen en estado de estupor, que son pacientes que vienen con mal estado de conciencia. Entonces no no sabe, este paciente que tiene, no me habla, no me escucha, no me dice nada se le manda una glucometría. Ya claro el paciente si podía hablar, podía decirnos cuales eran sus síntomas si era diabético o no, si tomaba medicamentos o no. Por lo tanto no creo que la jefe, también tuvo esa impresión diagnóstica"

Aquí, en el caso del Sr. Conrado se estableció que tenía como enfermedad de base "diabetes mellitus" debidamente diagnosticada, pero además que el día 28 de noviembre de 2017, cuando ingresó por primera vez en el servicio de urgencias, presentaba un crítico estado de salud y entre sus síntomas: "emesis (todo lo que como lo vómito) y aumento de su frecuencia cardíaca - taquicardia- FC 130", como se evidencia en su historia clínica, hechos corroborados por el perito que rindió su dictamen en este proceso, los cuales no fueron controvertidos por la contraparte, así dijo el especialista en medicina interna y urología:

"Se trata de un paciente diabético con un tumor – liposarcoma desdiferenciado – sarcoma de alto grado quien ingresó por no tolerancia a la vía oral asociado a decaimiento y debilidad, **al ingreso taquicárdico con frecuencia cardíaca de 130**, álgido, al examen físico con deshidratación (datos obtenidos de evolución del 28 de noviembre de 2017 a las 12:14 pm), manifestando dolor epigástrico. Dan salida el 29 de noviembre de 2017 a las 2:59 am, estando todo este tiempo en urgencias".

A su turno la doctora Lina Marcela Portilla Montiel, quien atendió al paciente, en su primer arribo al servicio de urgencias el 28 de noviembre de 2017, a las 12:14 horas, en su testimonio técnico frente al estado del paciente y sus síntomas, indicó: "Al ingreso, entonces los signos vitales los encuentra, que tiene la presión arterial estable, está en 100-60, no está hipotenso, **está taquicárdico, con una frecuencia de 130, que puede ser debido a su misma deshidratación, también encuentro saturación de 98%**, no tenía dificultad respiratoria en ese momento sin embargo, **el examen físico refiere que tiene mucosa semisecas, por lo cual infiero que está en un estado de deshidratación**"

Pero para abundar en razones, y para lo que importa a este proceso, la propia médico general Dana Brigitte González, que atendió al paciente en el servicio de urgencias el día 28 de noviembre de 2017, a las 4:00 p.m., reconoció que pudo cometer un error al no ordenarle el examen de glucometría al Sr. Conrado, así lo expreso en audiencia al rendir su declaración: "Yo no lo sospeché, inicialmente por lo que no veía el antecedente y mi paciente, o la historia del paciente, estaba más enfocado a sus terapias. O sea, si de pronto fue un error, en el momento en que no le mandé la glucometría, porque no

*lo recuerdo en este momento, ¿Qué habrá pasado?, pero a lo que voy es que los síntomas del paciente, no lo sospechaba. Era más clara por lo que la sintomatología venía presentando...”.*

*En este orden de ideas, se puede concluir con alto grado de certeza que, en la primera atención del paciente por el servicio de urgencias, se le debió realizar un examen de “glucometría”, para efectos de haber descubierto que presentaba un estado de cetoacidosis en la sangre, y así haberle suministrado el tratamiento adecuado para controlar dicha afección y salvarle la vida.*

**8.** *Aquí el despacho entra a resolver los reparos presentados por los apelantes tanto de las demandadas como de la llamada en garantía relacionados con la indebida valoración probatoria en cuanto a la demostración de la culpa en cabeza de las demandadas.*

**8.1.** *Empecemos por analizar las alegaciones relacionadas con que se debe tener en cuenta las declaraciones de los testigos técnicos, pues las mismas acreditan el actuar diligente de las demandadas en las atenciones brindadas al paciente en el servicio de urgencias desde su primera visita, frente a las cuales el despacho se pronuncia de la siguiente manera:*

*En primer lugar, se debe precisar que los testimonios técnicos rendidos en el proceso corresponden a los de los médicos tratantes del paciente desde su primer ingreso el día 28 de noviembre de 2017 a las 12:14 horas, su dada de alta el día 29 de noviembre de 2019 a las 2:59 a.m., y su reingreso ese mismo día a las 17:22 horas, quienes contrario a acreditar la diligencia y cuidado en la atención de salud, brindada al Sr. Conrado, corroboraron de alguna manera las conclusiones del dictamen pericial rendido en el proceso, conforme se pasa a dilucidar a continuación:*

*Así la doctora Dana Brigitte González, que atendió al paciente en el servicio de urgencias el día 28 de noviembre de 2017, a las 4:00 p.m., informó las atenciones que ella le suministró al paciente, así: “...como la Dra. le puso un medicamento, pues hasta el momento no había tenido mejoría, yo le puse un antiemético para pacientes que son manejados o que presentan ese tipo de náuseas y vómitos secundarios a quimioterapia que es el Ondacetron... o sea el Dr. inicial lo ingresó por un cuadro de hiperémesis, secundario ... a paciente que venía de quimioterapia, su última quimioterapia había sido como cinco días antes y desde entonces él no toleraba la vía oral. **Entonces él ya hizo su tratamiento el paciente persistía con los mismos síntomas, entonces lo que hice yo, fue reforzarle esa medicación para mejorar la sintomatología.**”*

*La profesional de la salud reconoció que podría haber incurrido en un error al omitir ordenarle la realización de glucometría: “O sea, si de pronto fue un*

error, en el momento en que no le mandé la glucometría, porque no lo recuerdo en este momento, ¿Qué habrá pasado?, pero a lo que voy es que los síntomas del paciente, no lo sospechaba". También reconoció que no revisó las historias clínicas anteriores, así dijo: "las historias clínicas inicialmente se piden cuando uno hace el ingreso **ya cuando hace uno la valoración, no, porque no es el mismo tiempo de la atención inicial.**"

Cuando el juez le preguntó: "durante toda esta audiencia que estamos, se ha logrado determinar que el paciente Conrado era un paciente diabético, los síntomas, escuchando al perito, inclusive al representante legal de salud Total, hablaba de unos síntomas muy similares de los efectos secundarios de la quimio a los del coma diabético que fue lo que finalmente le ocasionó la muerte, ¿que se le impone a la IPS, para cuando ya esa similitud de síntomas, descartar que no sea lo uno o lo otro?", la testigo respondió: "los paraclínicos", a continuación el juez indagó: "¿Dentro de los para clínicos que exámenes hay los que normalmente se formulan?", la médico contestó: "hemograma, electrolitos una glucosa central, si el paciente manifiesta que es diabético, pues se podría pedir un hemoglobina glucosada para ver si está controlado" (Min. 5:19:48 única audiencia, parte 1).

Cuando el juez le preguntó porque no consideró "ampliar esos exámenes para la toma de la glucosa central para los niveles de azúcar" afirmó: "No lo recuerdo muy bien **pero si en el triage se solicita la glucometría cuando se hace triage el paciente, se le solicita glucometría y si la glucometría está alterada es donde el médico entra a pedir una glucosa central o un examen más específico. No sé qué pasó en el triage o en el ingreso si verificaron la glucometría**", confirmando el hecho de la omisión de anotación y registro de la atención del paciente en la etapa inicial del servicio de urgencias.

Concluye el despacho que dicho testimonio técnico acredite la diligencia y atención adecuada de las demandadas, pues como se dijo en momento alguno se refirió siquiera al respecto, es más la propia apoderada de la EPS demandada en varias de sus intervenciones aclaró que la médico declaraba como testigo de las atenciones brindadas al paciente no como perito, así dijo en una de ellas: "La testigo fue citada a este despacho a rendir testimonio respecto de sus atenciones no como perito. Entonces no puede hacer referencia a temas generales, sino específicamente a su atención."

Ocurre lo mismo con el testimonio de la médico Lina Marcela Portilla Montiel, quien atendió al paciente, en su primer arribo al servicio de urgencias el 28 de noviembre de 2017, a las 12:14 horas, quien informó de las atenciones brindadas al paciente de acuerdo a las anotaciones hechas en la historia clínica, luego explicó que los antecedentes patológicos se deben arrastrar de las historias clínicas anteriores, sino no están guardados y que en este caso no aparecieron antecedentes.

También confirmó que no se dejaron anotaciones de triage, así: "Aquí en la historia clínica no tengo, **no observó el triage. No nos envían el triage para revisarlo, sin embargo, si en el triage hubieran tomado glucometría, me hubiera podido orientar mucho más.** Sin embargo no tomaron glucometría en el triage, pero debió ser lo mismo lo que ellos presentaban lo que nos podemos fijar es que el paciente, desde el momento del triage, también preguntan antecedentes, en el triage no preguntaron o no respondieron que era diabético, ... Todo paciente diabético que llega en el triage se le toma glucometría"

Por su parte el médico Alexander Alzate quien atendió al paciente a la madrugada del día 29 de noviembre de 2017, y le dio de alta, en su testimonio señaló que: "...es un paciente que consulta el servicio de urgencias un poco más temprano, yo lo veo alrededor de la madrugada dos de la mañana si no estoy mal. Por un cuadro de dolor abdominal, náuseas, vómito y pues los síntomas que eso conlleva, el malestar, toma constitucionales asociados, con eso se enfocó al paciente como un síndrome emético, un efecto secundario seguramente a su patología a él le estaban haciendo unos ciclos de quimioterapia por un cáncer un liposarcoma, desde eso estaba con mucho vómito y dolor abdominal, sin vía oral, entonces se enfocó como una deshidratación y un vómito, y los medicamentos para controlar los síntomas se le pidieron exámenes, para descartar que no hubiera algo que corregir de pronto, en cuanto a la deshidratación cuando llega un paciente vomitando hay que descartar que no tenga electrolitos bajos, que no está con falla renal, etc. Reviso los paraclínicos, en mi nota los describo dentro de límites normales no para dejar más tiempo al paciente en observación y hospitalización y finalmente se le da egreso, se le dan recomendaciones y signos de alarma eso es lo que leo en mi nota e historia clínica, lo que recuerdo al leerla."

En cuanto al egreso del señor Conrado, cuando se le preguntó "¿Cuáles fueron los criterios que usted tuvo en cuenta para darle egreso al paciente? Teniendo en cuenta que la atención que tuvo para esas fechas del 28 de noviembre del año 2017", el testigo explicó: "**Criterios para darle egreso, pues que ya llevaba un tiempo considerable en el servicio de urgencias, con medicamentos, líquidos, y en palabras del paciente hay una parte que uno pone subjetivo que es lo que dice el paciente, no lo que no ve, que ha mejorado el dolor abdominal, el vómito.** La parte objetiva es lo que uno observa del paciente, y esta con signos vitales estables y paraclínicos que no requieran manejo adicional que demande tenerlo hospitalizado por más tiempo." (Min. 1.20.33 ibídem)

De la anterior respuesta se desprende que el médico no se basó en criterios científicos –exámenes diagnósticos- que acreditaran la causa y mejoría de los síntomas, sino que su decisión se basó en el tiempo que el tiempo llevaba en el servicio de urgencias y en la afirmación del paciente de que había mejoría de los síntomas, hechos que enseñan una negligencia en la atención, al no buscar la causa real de las afecciones la cual solo es posible obtener con estudios médicos, y así lograr establecer el diagnóstico real del paciente.

*Por su parte la doctora Angela Molina Betancourth, quien atendió al paciente el día 29 de noviembre de 2017, en su reingreso al servicio de urgencias, explicó que cuando llegó el Sr. Conrado, en el servicio de triage le realizaron una glucometria y se la remitieron. Pero además aceptó que no revisó las historias clínicas anteriores, así dijo: "Para valorar al paciente reviso los antecedentes del paciente del 28? Si yo pregunto todo nuevamente ... No yo no reviso lo anterior yo le pregunto al paciente, el paciente me dice que llega con los mismos síntomas...Yo coloco que el paciente tiene electrolitos normales, un hemograma normal, unas amilasas y unas lífasas normales que fue lo que le tomaron en el día anterior Que diferencia había entre los síntomas del 28 y del 29? **No revise la historia clínica del día anterior, solo revise el resultado de los exámenes del día anterior, que fue lo que reporto yo en mi historia clínica** Que síntomas tenía el paciente el día en el que usted le hizo el reingreso? El paciente esta somnoliento, esta con aumento de la frecuencia respiratoria polimerico y esta deshidratado"*

*Por lo anterior no es de recibo el cuarto reparo (5.4.) formulado por la sociedad N.S.D.R. Clínica Nuestra, pues en ningún momento los testimonios provenientes de los médicos que trataron al paciente, demostraron la diligencia y cuidado con que debían obrar las demandadas, en el suministro del servicio médico al Sr. Conrado, por el contrario, varias partes de sus declaraciones aparecen contradictorias, y en otras corroboran la negligencia e irresponsabilidad con la que actuaron las enjuiciadas.*

*8.2. Tampoco son de recibo, los raparos números 5.3. y 7.2., provenientes de la IPS demandada y de la aseguradora llamada en garantía respectivamente, relacionados con que se cumplieron adecuadamente con los procedimientos de atención del paciente, ya que se ordenaron los exámenes (hemograma: lipasa y amilasa- electrolitos), encaminados a descartar infecciones, sintomatología grave derivada de su tratamiento médico oncológico, así como de patologías asociadas a los síntomas descritos, porque al contrario de lo argumentado por los impugnantes, dichos estudios clínicos resultaron insuficientes porque no correspondieron al examen adecuado -como por ejemplo la glucometría-, para valorar los niveles de azúcar en la sangre del paciente, y poder evidenciar la "cetoacidosis" que presentaba, siendo procedente y adecuado practicarlo (glucometria), debido a su condición de diabético, y debido al síntomas de taquicardia (aumento de la frecuencia cardiaca) que tenía en su primer ingreso a la Clínica Nuestra.*

*Resulta igualmente desafortunado el reparo número 5.10, según el cual en este caso la culpa no fue probada, pues, al contrario de lo argumentado por la clínica demandada, la valoración razonada y lógica de las pruebas obrantes en la actuación, nos llevan a la totalidad convicción de la*

*negligencia e inadecuada atención del paciente, en su primer ingreso al servicio de urgencias de la IPS, ya que debido a las irregularidades en la prestación del mismo, se omitió un diagnóstico correcto de las afecciones que presentaba el paciente, y así mismo el tratamiento brindado fue inadecuado, lo cual generó que la "cetoacidosis" en su sangre, le ocasionara la muerte.*

*En este sentido, tampoco encuentra prosperidad el reparo 5.5., que refiere que "en ningún momento las historias clínicas de Clínica Nuestra y de Salud Total E.P.S., fueron tachadas de falsas", lo cual es cierto y a las mismas nunca se les restó credibilidad como lo afirma el apelante Salud Total EPS, muy por el contrario sus anotaciones y registros cobraron total importancia y contundencia al momento de resolver el caso, ya que, entre otras cosas, en dicha prueba documental, se fundamentó la decisión de primera y segunda instancia. Otra cosa muy diferente es que se haya demostrado como los propios apelantes lo reconocieron al momento de formular la alzada, que las historias clínicas del paciente no se encontraban unificadas y disponibles al momento de la atención médica que es objeto del presente litigio, siendo una obligación de todos los prestadores de servicio de salud, tanto de la EPS SALUD TOTAL como de todas las IPS, el traslado de la información del uno al otro, pero que dicha obligación fue incumplida en este asunto por las demandadas.*

*En cuanto al error de transcripción que reclama el apelante SALUD TOTAL EPS, al decir que "las atenciones a los pacientes en urgencias normalmente están en momentos de mucho trabajo y congestión, en aras de atender a todos los pacientes a veces se pueden escribir con errores de ortografía o dejar algo de la preforma de la Historia Clínica como fue el caso", se advierte que como se dijo desde los albores de la presente providencia, se evidencia otra irregularidad al momento de diligenciar la historia clínica el día 28 de noviembre de 2017, en el primer ingreso del paciente, al hacer el examen físico, ya que se anotó: se revisa vagina con sangrado escaso", correspondiente a un paciente del género masculino- hombre-, sin embargo en este preciso hecho no se fundamentó la declaratoria de responsabilidad de las demandadas, por lo que, el hecho de que el a quo y esta autoridad judicial, nos percatáramos de dicha falencia, que por demás, no se debió haber presentado, en nada influyó para tomar la decisión y por lo tanto ese argumento tampoco prospera.*

*8.3. Aquí resulta conveniente resolver los reparos 5.6., 5.7, 6.2.1., 6.2.4. y 7.3., en los cuales las demandadas alegan que el paciente no era diabético, además que no era juicioso ni adherente al tratamiento suministrado para su "diabetes", mediante los cuales también afirman que*

*el paciente no informó sobre su enfermedad de base diabetes mellitus, los cuales se pasan a resolver de la siguiente manera:*

*En primer lugar, se debe establecer que el señor Conrado Flórez se encontraba diagnosticado con "diabetes mellitus", desde el año 2012, como se observa en las anotaciones de toda su historia clínica obrante en el proceso.*

*No es cierto que el paciente fuera pre-diabético como lo quisieron hacer ver los representantes legales de las demandadas, quienes no son médicos, sino abogados, por el contrario, dentro de la actuación con los reportes y registros de la historia clínica y con el dictamen pericial, se acreditó que el señor Conrado era diabético, pruebas que no fueron desvirtuadas en el transcurso del proceso.*

*El médico especialista en su dictamen estableció: "en la evolución puntual del 28 de julio del año 2012 hacia las 14 y 15 horas, cuando al paciente consultó en ese momento a consulta externa en ese momento el paciente refería que era diabético desde hace más de tres años, es decir que estamos hablando del año 2012, el paciente en esa consulta del 28 de julio, refirió que era diabético hace más de 3 años y consultó en ese momento el programa de diabetes ... en esa misma consulta, el paciente manifestó que había consultado al servicio de Urgencias con sed, sensación de mareo, decaimiento y anotó en esa misma consulta diez días antes había presentado una glicemia en 350, una glucosa sanguínea en 350 no es normal, mayor a 126, **es diabetes, el paciente claramente es diabético tenía conocimiento de su enfermedad de base el 28 de julio de 2012 en una consulta que quedó registrada en la EPS del paciente, inclusive en ese momento en el año 2012 al paciente le formularon: glibenclamida y metformina**"*

*Tampoco tiene ningún viso de éxito el alegato de los apelantes relacionado con que el paciente no tenía diabetes mellitus antes de la recesión del tumor de zuckerlandl, que se le realizó en marzo de 2017, porque después de consultada la literatura médica, se observa que la diabetes no desaparece del todo, o no tiene cura<sup>8</sup>, solamente se controla y entonces es importante que se revise la historia clínica donde aparecen los antecedentes patológicos antes de determinar, frente a los síntomas, el diagnóstico del paciente, cosa que no se hizo en este caso.*

*Frente al alegato relacionado con que el paciente cuando ingresó al servicio de urgencias no informó sobre su patología de base "diabetes mellitus", esta Sala considera que, si bien es cierto en la historia clínica de la fecha de su primer arribo a la Clínica, aparece documentado frente a*

---

<sup>8</sup> "Hasta el momento, no existe una cura para la diabetes" TEENS HEALTH (<https://kidshealth.org/es/teens/treating-type1-esp.html#:~:text=Hasta%20el%20momento%2C%20no%20existe,tratarse%20durante%20toda%20la%20vida.>)

*antecedentes "niega", lo cierto es que no se preguntó específicamente por ese antecedente "diabetes mellitus", como debía haberse efectuado, pero además, aun admitiendo en gracias de discusión que se tuviera por cierto este hecho, es decir que el paciente hubiese negado su patología de base, lo cierto es que era la obligación de la IPS demandada tener consolidada y unificada toda la historia clínica del paciente, la cual debía encontrarse disponible para que los médicos tratantes la consultaran, antes de efectuar el diagnóstico, lo cual no se hizo.*

*Aquí es del caso, precisar que como la representante legal de la clínica demandada y los testigos médicos que atendieron al paciente, coincidieron en afirmar que, para la época de los hechos de la demanda, contaban con una historia clínica digital (formato CNT), y que no arrastró los antecedentes de las anteriores atenciones porque no fueron grabadas, lo cierto es que era responsabilidad del prestador de servicios garantizar la integralidad y disponibilidad de la historia clínica y era deber de los médicos consultarlas previo a emitir un diagnóstico.*

*Al respecto el Ministerio de Salud en su comunicado denominado "Interoperabilidad de Datos de la Historia Clínica en Colombia", señaló: "Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o sistemas de información, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en las resoluciones 1995 de 1999, 2003 de 2014 y 839 de 2017. **El prestador de servicios de salud que utilice medios electrónicos para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, debe garantizar que el mecanismo utilizado cumple con características de: autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones.** ... El prestador debe definir el proceso, reglamentarlo y adoptarlo en el marco del comité de historia clínica definido por la resolución 1995 de 1999, el cual tiene como función velar por el cumplimiento de todas las disposiciones incluidas en la normatividad vigente." (negritas por fuera del texto original)*

*De ninguna manera es de recibo el argumento de los apelantes según el cual, el paciente era poco adherente a los tratamientos para tratar la diabetes mellitus, evidenciándose la falta de compromiso para asistir a sus controles, hechos aducidos por las demandadas en sus interrogatorios, pero que no fueron comprobados con argumentos científicos dentro de la actuación, por el contrario, el perito médico especialista en su dictamen explicó: "Claramente, en la evolución del 13 de agosto de 2015 y en la evolución del 18 de diciembre del 2015, de acuerdo a esas evoluciones y a la historia clínica reza y está escrito que el paciente sí se adhirió a las dietas y a los cambios nutricionales. Así, como también se concluye que el paciente realizaba los ejercicios indicados y recomendados por la persona de riesgos cardiovasculares. **En ese orden de ideas,***

**claramente yo puedo decir que el paciente es adherente al tratamiento, porque no solamente al tratamiento farmacológico, sino también al tratamiento no farmacológico, la diabetes tiene esa bondad de nosotros poner hacer tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.**

*Pero con todo si se admitieran como ciertos estos hechos, en nada cambiarían la decisión final, pues no influirían en la declaratoria de responsabilidad endilgada a las demandadas, ya que se acreditó con las pruebas obrantes en el proceso la culpa y negligencia de las demandadas en la atención del paciente en su primera visita al servicio de urgencias, lo cual generó un equivocado diagnóstico y el consecuente fallecimiento del paciente.*

*El reparo número 5.8., relativo a la indebida valoración del testimonio de la señora Adriana Vargas Fernández, pues la misma a pesar de su amistad con el paciente por más de 30 años no tenía conocimiento de su diabetes, no tiene fundamento algún, ya que la testigo no estaba obligada a conocer el antecedente médico de su amigo, y tampoco este hecho le resta credibilidad y valor probatorio alguna a la historia clínica donde se documenta que el paciente fue diagnosticado con diabetes mellitus.*

*8.4. Frente a los reparos números: 5.2., 6.2.3. y 7.1., relativos a que el dictamen pericial del Dr. CARLOS ALBERTO LIBREROS, no cumple el requisito establecido en el num. 10 de art. 226 del CGP, básicamente porque al mismo no se aportaron los documentos utilizados para la elaboración del dictamen, se advierte que dicho cuestionamiento, no es de recibo para esta Sala de decisión, pues mediante auto de primero de diciembre de 2020, el juez de primera instancia decidió aceptar y decretar como prueba el dictamen pericial del Dr. Libreros médico especialista en medicina interna y nefrología, el cual, ninguna de las partes del proceso controvirtió, ni formuló recurso alguna contra la mentada decisión, sin que este momento sea el adecuado para alegar dicha inconformidad.*

*Pero para abundar en razones, la mencionada inconformidad ya fue resuelta por el juez de primera instancia en audiencia donde se practicaron las pruebas del proceso, aclarando que como el perito lo señaló, para la realización del dictamen se tuvo en cuenta la historia clínica obrante en el proceso, sin que se presentaran controversias al respecto, quedando subsanada así dicha irregularidad.*

*El a quo resolvió de la siguiente manera cuando las apoderadas de las demandadas señalaron "en el dictamen pericial que se está debatiendo en esta oportunidad no se aporta como anexos al numeral décimo del artículo 226, las historias clínicas a las cuales tuvo acceso", el resolvió: "Discúlpeme, por favor, Dr. ya le hice la misma aclaración a la Dra., se tuvo en cuenta el primero de diciembre [de 2020],*

*pero con seguridad les voy a responder de una vez, el numeral décimo dice relacionar y adjuntar los documentos e información utilizada para la elaboración del dictamen. Recuerden ustedes ... que el perito dentro de su información dice que consultó la historia clínica que obra en el proceso y a pesar de todo las aportemos. El despacho verificó los requisitos y lo tuvo en cuenta como prueba en auto de primero de diciembre, teniendo presente que cumple los requisitos necesarios ... en este caso concreto están las historias clínicas ahí. Adicional a ello si ustedes tenían alguna glosa con el dictamen debieron haber cuestionado el auto de pruebas del primero de diciembre, pero quedó ejecutoriado y hoy nos encontramos aquí para su práctica"*

*Por esta misma razón, tampoco prosperan los alegatos relativos a que el perito en su dictamen no cumplió con su obligación de acceder a toda la historia clínica del paciente tanto de la Clínica de Occidente donde le estaban realizando el tratamiento oncológico al paciente y en general de SALUD TOTAL EPS, efectuando manifestaciones concluyentes sin poseer todos los elementos de juicio requeridos, desconociendo la historia clínica y "haciendo ver al paciente como diabético crónico desconociendo apartes de la historia clínica", pues como viene de verse, el médico especialista, para la realización del dictamen accedió a la historia clínica obrante en el expediente, donde se encuentra debidamente acreditado y registrado que el señor Conrado con anterioridad a las atenciones objeto del presente litigio, se había diagnosticado con "diabetes mellitus", pero para lo que importa a este proceso, en unas ocasiones en la propia demandada Clínica Nuestra por ejemplo el día 23 de julio de 2012 como aparece en la historia clínica de esa fecha, y no existe discusión ni controversia alguna por ninguna de las partes, frente al hecho que el paciente, presentaba "DX de tumor de zuckerlandl, con resección completa de la lesión el 17/03/2017, con reporte de patología de liposarcoma desdiferenciado, sarcoma de alto grado", como aparece registrado en la totalidad de la historia clínica del paciente, que reposa en el expediente.*

*Por lo demás no es cierto como lo dice el apoderado de Salud Total en su reparo segundo (6.2.2, 6.2.3, 6.2.6.), que en el dictamen pericial se hizo referencia a apartes de la historia clínica de las atenciones realizadas en unidades propias de Salud Total EPS, las que resultan parcializadas porque no se tuvo en cuenta la totalidad de la historia clínica que fue aportada al momento de la contestación de la demanda, ya que por el contrario, en audiencia de práctica de la prueba pericial se aclaró que el perito tuvo acceso a toda la historia clínica obrante en el expediente, porque además la contestación de la demanda se efectuó con anterioridad –febrero de 2020- a la presentación del dictamen pericial -31 de agosto de 2020-.*

*Tampoco es de recibo los reparos números 6.2.3 y 6.2.5., según los cuales se controvirtió la prueba pericial, ya que al momento de contrainterrogar al perito en punto a específicas situaciones descritas en la prueba*

*documental refería no recordar y requerir la revisión de la historia clínica, porque es normal que el profesional de la salud se remitiera a las anotaciones de la historia clínica para revisarlas, pues ante lo extensas que son las mismas y la cantidad de paciente que tratan los médicos, es imposible memorizar cada de una de las historias clínicas, pero además nunca respondió con evasivas sino de manera concreta, verosímil, coherente y contundente, a todas las preguntas efectuadas tanto por el juez de instancia, las demandadas, la llamada en garantía y la parte actora.*

*Aquí es del caso añadir que el dictamen pericial fue sustentado por el perito médico especialista en audiencia con argumentos serios, fundados y contundentes, y al momento de ser contrainterrogado por la parte demandada, fue coherente en las explicaciones y fundamentaciones emitidas desde el momento de rendir la experticia, prueba que además quiso ser controvertida con otro dictamen pericial, pero que al final, se desistió del mismo, por lo tanto el dictamen pericial presentado a instancias de la parte actora, no fue desvirtuado con ningún elemento de juicio practicado en el proceso.*

*8.5. El reparo relacionado con la falta de congruencia de la sentencia de primera instancia, se advierte del todo equivocado, ya que las pretensiones de la demanda corresponden inequívocamente a que se declare la responsabilidad civil de las demandadas, por la negligencia e impericia en que incurrieron en la atención médica del Sr. Conrado Flórez durante los días 28 y 29 de noviembre de 2017, las cuales guardan estricta relación con lo probado y resuelto por el a quo mediante la sentencia de primera instancia cumpliéndose así con lo dispuesto en el art. 281 del C.G.P., que establece: "La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley".*

*8.6. El reparo número 5.11., según el cual, en audiencia celebrada el 10 de diciembre de 2020, se vulneró la duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo que es de 8 horas, toda vez que la misma duró desde las 9:00 am hasta las 9:30 pm aproximadamente, y conforme al art. 167 del Código del Trabajo la distribución de las horas de trabajo, las cuales deben distribuirse al menos en dos secciones, con un intermedio de descanso para almorzar, no encuentra prosperidad alguna pues, dicha inconformidad debió alegarse en la mencionada audiencia, no en este momento procesal establecido únicamente para resolver el recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia.*

Con todo se advierte que el legislador estableció en el art. 107 del C.G.P. que **"toda audiencia o diligencia se adelantará sin solución de continuidad"**. El juez deberá reservar el tiempo suficiente para agotar el objeto de cada audiencia o diligencia" (negrillas del despacho), por lo cual, ha ordenado que las audiencias se realicen y lleven a cabo, de manera continua y concentrada, sin ruptura, autorizando así que se extiendan a horas no laborales.

**9.** Como quedó establecido desde los albores de la presente providencia, para que sea viable la declaratoria de responsabilidad médica, además de la culpa y el daño, es necesaria la demostración de la relación de causalidad entre el actuar de los demandados y los perjuicios.

Pero efectos de establecer la causa determinante del daño ocasionado a la parte demandante -fallecimiento del paciente, por el equivocado diagnóstico-, según lo decantado por la jurisprudencia nacional, se requiere de un análisis técnico, propio del campo de la medicina, el cual no puede abordar el Juez sin el auxilio o cooperación de peritos técnicos, pues éste no puede invadir una ciencia ajena a su labor.

En el caso sub examine, para dicha finalidad se practicó el dictamen pericial del médico especialista Carlos Libreros, el cual da cuenta de la causa de la muerte del señor CONRADO FLOREZ, de la siguiente manera:

El profesional especialista en medicina interna y nefrología Dr. Carlos Libreros, al rendir su dictamen pericial explicó que: **"Considero se trata de un paciente que ingresa por que no tolera la vía oral, diabético, ingresa taquicárdico con una condición regular sin que se haya realizado un enfoque diagnóstico apropiado teniendo en cuenta que no se buscaron causas de descompensación metabólica máxime en un paciente diabético, como lo son los gases arteriales, cetonemia, cetonuria buscando descartar una cetoacidosis diabética, no se solicita el examen más básico que es una glucometría o glicemia para evaluar su estado relacionado de control glicémico, no se ajustan a las guías internacionales como las guías americanas y europeas para el manejo del paciente diabético con posible descompensación metabólica estado hiperosmolar no cetosico ó cetoacidosis diabética**. El paciente no fue valorado para descartar procesos infecciosos relacionados que son agentes causales de descompensación metabólica en diabetes mellitus, Sin importar su condición al ingreso de no tolerancia a la vía oral, taquicardia y regular condición clínica se da salida el 29 de noviembre a las 2:59 am, en esta atención no se mencionó ni se tuvo en cuenta su condición de paciente diabético. (...)

El paciente reingresa el 29 de noviembre de 2017 a las 17:22 según nota médica de evolución, por cuadro de cuatro días de síntomas como debilidad, decaimiento, polidipsia (ingesta abundante de agua), hiperemesis (vómito con mucha frecuencia) y se encuentra somnoliento, taquimédico (frecuencia respiratoria alta), con academia metabólica severa, bicarbonato en 3,4 cetonemia positivo y lactato elevado por lo que

lo trasladan a UCI, debido a todo lo anterior, y teniendo en cuenta que el paciente había tenido una atención previa ese mismo día y le habían dado salida, **considero esta complicación relacionada con la diabetes mellitus y que fue la causante de su muerte la cual pudo haber sido evitada si en las anteriores consultas se hubiese detectado o se hubieren solicitado paraclínicos para detectarla,** es más, al ingreso describen en la nota que el paciente tiene alta posibilidad de requerir intubación orotraqueal y mencionan que debe descartarse sepsis como desencadenante del cuadro actual, le colocan catéter venoso central para reanimación."

Al momento de sustentar al dictamen pericial el medico especialista se refirió expresamente al nexo de causalidad entre los errores médicos de las demandadas, lo que generó un equivocado diagnóstico y la muerte del señor Conrado Flórez Arias, así: "la atención fue inoportuna. El diagnóstico no fue precoz, el diagnóstico fue tardío. Se perdieron aproximadamente unas veintiocho horas en hacerle un diagnostico al paciente, algún tratamiento oportuno Y, uno dice: veinte, veintiocho horas, es muy poquito tiempo, pero para estos pacientes es mucho tiempo, porque son pacientes que necesitan una reanimación hídrica adecuada, necesitan un diagnóstico oportuno y necesitan un cubrimiento antibiótico clínico rápido. Eso es lo que impacta la morbilidad y en la mortalidad de los pacientes." (Min. 1.30.29 única audiencia.)

Cuando se le preguntó "¿De haberse realizado el manejo adecuado y haberse aplicado los protocolos para la atención de un paciente diabético sin tolerancia a la vía oral se hubiera podido, podido de posibilidad, evitar la muerte del señor Conrado?" contestó: "**Yo respondo: sí. En el caso de haber detectado inicialmente una cetoacidosis diabética el pronóstico pudo, pudo de posibilidad, haber cambiado y las posibilidades de recuperación del paciente hubieran sido con un pronóstico muy bueno. Es el concepto mío, que es un concepto particular frente a una situación específica. Yo no puedo asegurar que el paciente se haya salvado, pero en cuanto a mi experiencia, en mi experticia las posibilidades son mucho mayores, son mucho mayores, porque se hubiera dado un tratamiento orientado...**"

Aquí es necesario resaltar que las conclusiones del dictamen pericial, incluidas las que determinan el nexo de causalidad del actuar negligente de las demandadas y el daño, no fueron desvirtuadas dentro del expediente, con ninguna de los elementos probatorios debidamente practicados.

Por lo anterior resulta impróspero el reparo número 5.12., según el cual la cetoacidosis es una patología que no se da un momento a otro y tiene un porcentaje de muerte de hasta el 10%, pues lo cierto es que el perito médico en su declaración adujo que el fallecimiento se dio por dicha afección, afirmación que se encuentra corroborada en la historia clínica donde se dejó anotado que el diagnóstico del paciente antes de fallecer era "diabetes mellitus y cetoacidosis".

*El médico también dictaminó que si se hubiera otorgado el tratamiento adecuado al paciente existía un porcentaje muy alto de posibilidades de que se hubiese recuperado, un 90 %, y en este entendido el hecho de que exista una probabilidad de 10% de muerte, no desvirtúa en nada la declaratoria de responsabilidad, ya que, al tratarse la ciencia médica, la misma no es absoluta.*

*Así respondió el médico internista y nefrólogo cuando se le preguntó: "Doctor, sírvase indicar a este despacho el porcentaje de sobrevivencia de la cetoacidosis", respondió: "Yo hablé de las guías, porque las guías son públicas, si por eso hablo de guías, pero en cetoacidosis diabética bien tratada la sobrevivencia es mayor del 90%" .*

*Tampoco no son de recibo los alegatos según los cuales: no se probó que la patología de cáncer no le afectó o complicó más la glicemia del paciente y que el cáncer disminuía la expectativa de vida del paciente (reparo 6.2.6), pues los mismos se basan en aseveraciones sin comprobación alguna meramente especulativas, en las cuales por supuesto, no se puede fundamentar la decisión.*

**10.** *La Sala procede a resolver el reparo número 6.1., formulado por SALUD TOTAL EPS, mediante el cual alega que el llamamiento en garantía que formuló contra la sociedad N.S.D.R. S.A.S., debió haber prosperado ya que contrario a lo considerado por el a quo, la relación contractual existente entre la llamante y la llamada se acreditó con el contrato de prestación de servicios de salud del 15 de diciembre de 2012, vigente a la fecha de los hechos, además porque la EPS puede exigir el reembolso del perjuicio que sufrió con la sentencia a la IPS, si se logra acreditar que la culpa fue suya y que en la falla del servicio nada tuvo que ver la entidad promotora, el cual se resuelve de la siguiente manera:*

*El llamamiento en garantía, se encuentra previsto en el artículo 64 del Código General del Proceso, norma que establece, textualmente:*

*"Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación"*

*Queda claro, entonces que entre el llamante y el llamado en garantía debe existir una relación legal o contractual, que permita evidenciar el vínculo*

*que existe entre ambos, toda vez que se estaría discutiendo una posible responsabilidad por parte de la entidad llamada en garantía.*

*Pues bien, como la fuente de la obligación de garantía puede ser contractual o legal, se establece que en el presente resulta manifiesto que no existe la contractual; ni mucho menos la legal, la cual suele encontrarse en el artículo 2344 del Código Civil, según el cual "...Si un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo el perjuicio procedente del mismo delito o culpa...".*

*En este sentido, la ley ha consagrado que cuando el delito o culpa es cometido por varias personas, surge evidente que la responsabilidad de aquellos es solidaria frente a ese hecho dañoso, por lo que es dado, que contra cada uno de ellos, individualmente considerados o en conjunto, pueda perseguirse el resarcimiento del hecho dañoso lamentado.*

*Al respecto, en un caso de similares contornos, referidos a la responsabilidad en la prestación del servicio médico, ha señalado la Corte Constitucional:*

*"...La prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas<sup>9</sup>.*

*Sin perjuicio de que se pueda individualizar al causante del daño y que, posteriormente, la persona jurídica demanda en un proceso de responsabilidad civil pueda repetir contra quien lo ocasionó, una vez se demuestre la relación de causalidad entre el hecho culposo ocasionado de forma subjetiva por el médico, quien generó un perjuicio y sea el llamado a indemnizar...". Sentencia T-113A de 2013 ( Lo subrayado es de la Sala).*

*En el presente asunto, a pesar de existir una relación contractual entre la llamante-EPS- y la llamada IPS- para la prestación de servicios de salud a los afiliados a la EPS, lo cierto es que la EPS SALUD TOTAL, de acuerdo a las pruebas practicadas en el proceso y como quedó señalado en párrafos anteriores, incurrió en culpa, pues no acreditó que hubiese trasladado la información de las historias clínicas del paciente Conrado, anteriores a los hechos de la presente demanda, a la Clínica Nuestra – IPS que correspondía a uno de sus contratados para la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, para efectos de que se unificara la información y estuviese disponible al momento de consultarla por los médicos tratantes y así poder*

---

<sup>9</sup> Corte Suprema de Justicia M.P. William Namén Vargas. Decisión de 17 de noviembre de dos mil once (2011) Exp. 11001-3103-018-1999-00533-01

*advertir los antecedentes patológicos del paciente, entre ellos el de "diabetes mellitus", y así haber garantizado la continuidad y la seguridad de la prestación del servicio médico al Sr. Conrado Flórez, por lo que participó en la configuración del daño y por lo tanto, no se reúnen los presupuestos legales para que el llamamiento en garantía en contra de sociedad N.S.D.R. S.A.S. Clínica Nuestra, pueda prosperar.*

**11.** *Para resolver el reparo número 6.3., según el cual para la recurrente SALUD TOTAL EPS "en punto al daño moral, debe precisarse el mismo con los antecedentes jurisprudenciales actualizados", es necesario destacar lo dicho sobre éste tópico, ha expresado la Corte Suprema de Justicia que:*

*"tal perjuicio, como se sabe, es una especie de daño que incide en el ámbito particular de la personalidad humana en cuanto toca sentimientos íntimos tales como la pesadumbre, la aflicción, la soledad, la sensación de abandono o de impotencia que el evento dañoso le hubiese ocasionado a quien lo padece, circunstancia que, si bien dificulta su determinación, no puede aparejar el dejar de lado la empresa de tasarlos, tarea que, por lo demás, deberá desplegarse teniendo en cuenta que las vivencias internas causadas por el daño, varían de la misma forma como cambia la individualidad espiritual del hombre, de modo que ciertos incidentes que a una determinada persona pueden conllevar hondo sufrimiento, hasta el extremo de ocasionarle severos trastornos emocionales, a otras personas, en cambio, puede afectarlos en menor grado. Aparte de estos factores de índole interna, que pertenecen por completo al dominio de la psicología, y cuya comprobación exacta escapa a las reglas procesales, existen otros elementos de carácter externo, como son los que integran el hecho antijurídico que provoca la obligación de indemnizar, las circunstancias y el medio en que el acontecimiento se manifiesta, las condiciones sociales y económicas de los protagonistas y, en fin, todos los demás que se conjugan para darle una individualidad propia a la relación procesal y hacer más compleja y difícil la tarea de estimar con la exactitud que fuera de desearse la equivalencia entre el daño sufrido y la indemnización reclamada ..." (G. J. Tomo LX, pag. 290)". (Sentencia del 10 de marzo de 1994)*

*Agregase que en relación con los perjuicios morales solicitados, no existe ningún parámetro capaz de dar la medida o intensidad de los sentimientos, de allí, que no puedan ser cuantificados o valorados, como acontece con los perjuicios materiales, reiterándose la tesis de la Honorable Corte Suprema de Justicia que enseña que "...el derecho lastimado de las víctimas se restablece no propiamente con la cabal reparación del mismo, por ser inconmensurable, sino con una equitativa satisfacción el llamado pretium doloris, no busca tanto reparar ese perjuicio cabalmente, resarcimiento que es el objetivo de toda indemnización, sino procurar algunas satisfacciones equivalentes al valor moral destruido, permitiendo a quienes han sido víctimas de sufrimiento, hacerles, al menos, más llevadera su congoja".*

*En este orden de ideas, corresponde al sentenciador de cada caso en concreto la valoración de los daños morales, atendiendo en todo caso a criterios de racionalidad y equidad.*

*Así las cosas, goza el juez de conocimiento de autonomía al momento de calificar y tasar los perjuicios, decisión que no puede ser modificada a menos que se demuestre un grave error de juicio o una conclusión contraevidente, lo cual no fue ni siquiera enrostrada por el apelante en sus reparos, y tampoco se evidencia al revisar el caudal probatorio, además porque la cuantía establecida por dicho perjuicio, es decir la suma de \$ 75.000.000, para la pareja sentimental y los dos hijos, de la víctima fallecida, luce proporcionada para paliar de alguna manera, la ausencia de su esposo y padre, dados los dramáticos acontecimientos con los que se generó el débito de indemnizar, por la falla medica en que incurrieron las demandadas, además se encuentra dentro de los parámetros establecidos por la jurisprudencia para la liquidación de este perjuicio<sup>10</sup>, y por lo tanto, en criterio de la Sala debe prevalecer la autonomía del fallador, en cuanto a esta determinación.*

**12.** *Por lo que atañe a los daños en la vida de relación que fueron objeto de reparos, tanto por la parte demandante como por las demandadas (reparos 4, 5.12 y 6.3.), se tiene que decir que el carácter general de las disposiciones relacionadas con el derecho de daños le concede al juzgador la posibilidad de reconocer, en forma prudente y razonada, nuevas clases de perjuicios resarcibles, encaminados a desarrollar el principio de reparación integral y salvaguardar los derechos de las víctimas.*

*Así dijo la Corte Suprema de Justicia, sobre el tema:*

*" constituyen una afectación a la esfera exterior de la persona, que puede verse alterada, en mayor o menor grado, a causa de una lesión infligida a los bienes de la personalidad o a otro tipo de intereses jurídicos,(...) esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad. Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que los demás, como quiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales*

---

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia sentencia de 20 de enero de 2009, M.P. Pedro Octavio Munar Cadena

*hasta lo más simple se puede tornar difícil. Por lo mismo, recalca la Corte, la calidad de vida se ve reducida, al paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente...” (C.S.J. M.P. César Julio Valencia Copete. Mayo 13 de 2.008.)*

*Además dentro del ordenamiento jurídico no existen parámetros para la fijación de perjuicios por daños a la vida de relación, por lo que deberá acudir al arbitrio judicial así lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia:*

*“Respecto de la cuantía de la indemnización, su determinación corresponderá al juez, en cada caso, conforme a su prudente arbitrio, lo que implica que deberá tener en cuenta las diferentes pruebas practicadas en relación con la intensidad del perjuicio, de modo que la suma establecida para compensarlo resulte equitativa. Y es obvio que debe hablarse de compensación, en estos eventos, y no de reparación, dado que, por la naturaleza del perjuicio, será imposible, o al menos muy difícil, en la mayor parte de los casos, encontrar un mecanismo que permita su reparación in natura o con el subrogado pecuniario” (ibídem)*

*Aplicando los anteriores postulados al caso concreto que ocupa nuestra atención, resulta incuestionable que el fallecimiento del señor Conrado, debido a la inadecuada prestación del servicio de salud, a cargo de las demandadas, genera una tristeza y congoja a los demandantes, imposible de desconocer, pues ya nunca más verán ni compartirán a su compañero permanente y a su padre, condición de suma importancia que ocupaba la víctima fallecida al interior del hogar y por lo demás irremplazable, lo cual genera sin lugar a dudas un gran detrimento en las relaciones familiares y con la sociedad en general y dado que el monto señalado por concepto de daños a la vida de relación efectuada por el a quo, se encuentra razonable para de alguna manera paliar estos daños, deberá mantenerse esta decisión.*

*Igualmente, el reparo de la parte actora en el cual aduce que la suma establecida por el a quo por concepto de daños a la vida de relación “no se compadece con las reglas fijadas por la C.S.J”, no encuentra asidero, pues en momento alguno endilgó algún yerro a la determinación del a quo, simplemente dicho alegato corresponde a una aseveración carente de respaldo fáctico y jurídico, encontrándose la tasación por este concepto (\$50.000.000 para cada demandante), dentro los límites establecidos por la jurisprudencia para el señalamiento de estas perjuicios, además debido a que esta Sala de decisión, no evidencia equivocación alguna en su liquidación, refrendará la sentencia también en este sentido.*

**13.** *Por último esta Sala se pronuncia frente a los reparos de las demandadas y de la llamada en garantía (5.1., 6.2.7 y 7.4.), con respecto a la liquidación del lucro cesante, como se procede a hacer a continuación.*

*Empecemos por mencionar que las demandadas y la llamada en garantía aducen que el juez de primera instancia, incurrió en una indebida valoración probatoria al momento de liquidar el lucro cesante, pues tuvo en cuenta el salario establecido en la certificación expedida por el Instituto Comercial del Valle, sin embargo la información que ahí aparece no corresponde a la realidad, pues también se aportó al proceso por la parte demandada, el certificado de la ADRES<sup>11</sup>, evidenciándose que el Sr. Conrado se encontraba afiliado al sistema de salud por medio del régimen contributivo desde el 04 de octubre de 2007, hasta el 29 de noviembre de 2017, en calidad de beneficiario, y quien cotizaba, su pareja sentimental, lo hacía sobre el salario mínimo, base sobre la cual se debe liquidar el lucro cesante, ya que además, si supuestamente tenía un contrato de prestación de servicios debía efectuar los pagos al sistema de seguridad social, como lo ordena la ley, sin que los mismos se evidencien.*

*Pero además, se contradice la parte actora pues en el interrogatorio de parte, la señora Luz Dary, afirmó que el Sr. Flórez se encontraba incapacitado, sin embargo no acreditó dicho hecho y tampoco el certificado de la Institución Educativa, mencionó esa circunstancia, pero si así hubiese sido, durante los días de incapacidad no se hubiesen generado honorarios, agregando que ese documento no se debe tener en cuenta además por la inestabilidad de ese tipo de relación contractual, y porque para liquidar los perjuicios patrimoniales, se debe deducir, los gastos de impuestos, seguridad social, gastos propios de la persona y demás que por razones obvias implican que el señor Conrado no recibiría el 100% de la remuneración mensual.*

*Para resolver los anteriores planteamientos, resulta importante destacar que cuando de la valoración de los medios de persuasión se trata, tal cometido debe realizarse en conjunto y de acuerdo con las reglas de la sana crítica, según lo establece el art. 167 del C.G.P. Este sistema evaluativo, también conocido como de persuasión racional, le impone al juzgador determinar el alcance de aquéllos, fundado en las reglas de la lógica, la ciencia y la experiencia, obviamente, con la exposición de las razones sobre las cuales determina su mérito demostrativo.*

---

<sup>11</sup> Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social

*Así lo ha expresado la Honorable Corte Suprema de Justicia, desde antaño en su jurisprudencia: "La apreciación razonada de la prueba, o, lo que es lo mismo, la sana crítica de esta, presupone que el fallador, teniendo por derrotero únicamente las reglas de la lógica, de la ciencia y de la experiencia que, según su entender, sean aplicables a un determinado caso, goza de libertad para valorarla, cuidándose, claro está, de exponer razonadamente el mérito que le asigne a cada prueba (...). Dado que el juez no siempre logra recaudar la prueba categórica de los supuestos fácticos debatidos en el proceso que le permitan predicar con certeza el hallazgo de la verdad para el pronunciamiento de su decisión, sino que con frecuencia debe acudir a hipótesis, en tal laborío ha de apoyarse en las señaladas pautas o "máximas nacidas de la observación de la realidad que atañen al ser humano y que sirven de herramienta para valorar el material probatorio de todo juicio"<sup>12</sup>. Esa ponderación le permitirá otorgarle o no eficacia a un determinado elemento de juicio y obtener conclusiones adecuadas sobre lo sucedido." (CSJ, sentencia SC 16 de noviembre de 1999, radicación 5223)*

*Ahora bien, en el presente asunto, tendiente a demostrar los ingresos del señor Conrado Flórez Arias, se allegó con la demanda el documento expedido por el rector del Instituto Comercial del Valle, quien certificó que "el señor CONRADO FLOREZ ARIAS... laboró en esa Institución desde el día 8 de febrero del 2010 hasta el deceso noviembre 30 del 2017 mediante contrato de prestación de servicios como profesional independiente, desempeñando labores relacionadas con el mantenimiento de la planta física de esta institución además de conductor en horario flexible y de acuerdo al manejo de su tiempo disponible, recibía honorarios profesionales mensuales por un valor de \$ 2.500.000 (dos millones quinientos de pesos (sic) m/c)"*

*Según ha quedado visto, únicamente fue aportada la certificación antes señalada, más no el contrato debidamente celebrado entre contratante y contratista, pero además no se aportó ninguna clase de comprobante de haber sido realizados los pagos allí referidos y menos de forma mensual y por igual o similar cuantía, menos los aportes que el paciente como trabajador independiente debía efectuar a salud y pensiones conforme a la ley<sup>12</sup>, por tanto, dicho documento, no se muestra suficiente para sustentar el estipendio base de la liquidación indemnizatoria.*

*Pero además de lo anterior, reposa en el expediente, y una vez verificada la página de la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social<sup>13</sup>), entidad adscrita al Ministerio se evidencia certificado de la ADRES<sup>14</sup>, evidenciándose que el Sr. Conrado se encontraba afiliado al sistema de salud por medio del régimen contributivo desde el 04 de octubre de 2007, hasta el 29 de noviembre de 2017, **en calidad de***

---

<sup>12</sup> Art. 45 del Decreto 806 de 1998

<sup>13</sup> [https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua\\_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=7QO25BRbgZcVC3Y4zrdGXg==](https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=7QO25BRbgZcVC3Y4zrdGXg==)

**beneficiario**, información corroborada en la historia clínica del Sr. Conrado, donde aparece su afiliación a SALUD TOTAL EPS, como beneficiario de la señora LUZ DARY PÉREZ SALAZAR, quien corresponde a la cotizante.

Así las cosas, al evaluar las manifestaciones que constan en la aludida certificación, esas atestaciones en conjunto, se muestran carentes de respaldo probatorio, pues ni siquiera se determinaron las funciones que desempeñaba el paciente para recibir esa remuneración (\$2.500.000), ni tampoco el término de duración del contrato, y por lo tanto no era posible otorgarles mérito para edificar sobre ellas el lucro cesante reclamado en este proceso, como equivocadamente lo hizo el a- quo, ya que esta ganancia debe probarse de manera certera y contundente, como lo establece la jurisprudencia.

Lo anterior evidencia la falta de acreditación del citado componente indemnizatorio, toda vez que ni con los aludidos medios probatorios, ni con los restantes recaudados se pudo dilucidar cuál era en realidad, el ingreso mensual del compañero permanente y padre de los demandantes, menos si se tiene en cuenta que no se acreditó que el causante cotizara para pensión y tampoco puede obtenerse aquél dato, de los aportes al SGSSS<sup>5</sup>, puesto que la cotizante era su compañera permanente y él, su beneficiario.

Y aquí existe una contradicción, en el hecho que la señora Lux Dary no trabajaba, pues se dedicaba a las actividades del hogar, no percibiendo ningún ingreso, dependiendo económicamente de su ex compañero sentimental que fue quien siempre trabajó para sostener a su familia, de lo que da cuenta, las declaraciones extrajuicio aportadas en la demanda, y la prueba testimonial practicada a solicitud de la parte actora, pero ella era quien contribuía al SGSSS como cotizante, pero lo que importa a este proceso, es que en momento alguno se acreditara de manera clara, fidedigna y veras, el valor del ingreso real del paciente.

Téngase en cuenta que el resarcimiento del daño, en su modalidad de lucro cesante, resulta viable en la cuantía solicitada, en cuanto el expediente registre prueba concluyente y demostrativa de la verdadera entidad y extensión cuantitativa del mismo. En caso contrario, se impone **"rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con**

---

<sup>15</sup> Sistema General de Seguridad Social en Salud

**el rigor debido**” (CSJ SC11575-2015, rad. 2006-00514-01) (subraya la Sala).

*En un asunto de similares aristas al aquí planteado, la Corte Suprema de Justicia, consideró que los elementos de juicio aportados a la actuación no ofrecían la suficiente certeza del ingreso mensual de la víctima, por lo cual se debía liquidar el lucro cesante con el salario mínimo mensual vigente, así dijo:*

*“Para la Sala está por fuera de discusión la prestación de servicios de la señora María Esperanza Castellanos en el establecimiento de comercio “Cantares 60 y 70”, a la fecha del acaecimiento del accidente de tránsito que da cuenta el plenario; **aun así, no se pudo demostrar con suficiencia que esa vinculación tenga por causa un contrato de trabajo; apuntando más el caso analizado a una forma diferente de contratación, como se aprecia en las distintas certificaciones. Del mismo modo, la cuantía aseverada de los ingresos percibidos no ofrece una pauta seria y razonable para su aceptación, dado que los soportes documentales arrojados al expediente en las instancias y los acompañados en virtud del decreto oficioso de pruebas, reflejan datos distintos sobre ese particular asunto** (...) Esa falta de claridad ... **conlleva a descartar las certificaciones antedichas por no ofrecer credibilidad sus contenidos, y en aras de efectivizar el principio de reparación integral, se tendrá en cuenta para determinar los ingresos adicionales el valor del salario mínimo mensual legal vigente...**” (Corte Suprema de Justicia, sent. de 3 de julio de 2018, M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO) (negritas por*

*Así las cosas, como lo ha establecido la mencionada Corporación, en desarrollo de los principios de reparación integral y equidad, se calculará el lucro cesante con base en el salario mínimo legal mensual vigente, pues si sólo ahora se va a efectivizar la indemnización, la actualidad de la prestación, permite que la pérdida del poder adquisitivo del dinero quede involucrada.*

*Este mecanismo orientado a la obtención del ingreso base de la liquidación, efectiviza los antedichos postulados, los cuales han de orientar al sentenciador quien “está dotado de...relativa libertad o de determinada discrecionalidad para llegar a conclusiones que consulten la equidad (...)”, con miras al proferimiento de una decisión resarcitoria que les represente a los damnificados una solución patrimonial, si no igual, por lo menos cercana a la que ellos tenían antes de acaecer el suceso lesivo, pues en casos como el actual, una justicia matemáticamente exacta, se torna una quimera.*

*El aludido proceder, según lo expuesto, ha sido adoptado por la Corte suprema, entre otros en la providencia CSJ SC 6 de agosto de 2009, cuando dijo:*

*"Por consiguiente, con apoyo en los citados principios, ante la falta de otros elementos de juicio, la Corte acoge el salario mínimo legal como base para establecer el ingreso mensual de (...), cuya productividad fue lesionada con ocasión del suceso generador de la responsabilidad atribuida a la opositora, es decir, cual lo dijo la Sala en otra ocasión, que 'la pauta para establecer el valor mensual... **tiene que ser, a falta de otra prueba categórica sobre el particular, el salario mínimo por mensualidades' (...). Y como también lo sostuvo, 'en esta dirección cumple prohibir ahora el razonable argumento de que el salario mínimo mensual a tener en cuenta es el hoy vigente, por supuesto que, como apenas ahora haríase efectiva la indemnización, el nuevo salario legal fijado trae 'implícita la pérdida del poder adquisitivo del peso' (...).**" (negritas por fuera del texto original).*

*Por lo anterior, resultan prósperos los reparos de las demandadas y llamada en garantía, relacionados con que no se debe tener en cuenta como salario base para la liquidación de lucro cesante, la certificación de la Institución Educativa aportada con la demanda, sino el salario mínimo legal mensual vigente.*

*Pero el alegato elevado por la llamada en garantía según el cual "para la realizar de la tasación [no se debe hacer] estimación de vida promedio, [porque] nos encontramos frente a un paciente que presentaba patologías, que claramente disminuían su sobrevivencia", no encierra asidero factico ni jurídico, pues no es posible determinar con datos científicos, fidedignos y a ciencia cierta, en que momento hubiese fallecido el paciente, de no ser por el inadecuado servicio de salud suministrado por las demandadas, por lo cual la ley y la jurisprudencia ha establecido promedios aplicables a todos los ciudadanos en general, sin efectuar distinción alguna (por ejemplo el padecimiento de enfermedades graves), para efectos de liquidar los mencionados perjuicios.*

*En relación con el lucro cesante pasado, se tiene que el mismo corresponde a la cantidad de dinero dejada de percibir por la víctima o por los reclamantes desde el momento en que se produjo el daño (noviembre de 2017), hasta el momento en que se efectúa la liquidación (abril de 2021) y el lucro cesante futuro es la cantidad de dinero que se dejara de percibir desde el momento en que se efectúa la liquidación (ibídem) hasta la finalización del periodo indemnizable<sup>16</sup> (vida probable de la víctima en este caso, porque es menor a la de la ex compañera, quien para el*

---

<sup>16</sup> ISAZA Posse María Cristina, De la Cuantificación del Daño, Cuarta Edición, Editorial Temis, 17 de mayo de 2.015, pág. 40 y 42.

*momento de los hechos contaba con 42 años de edad y el paciente 48 años).*

*Como se dijo anteriormente, según la jurisprudencia señalada, la base para la liquidación del lucro cesante pasado y futuro, será el salario mínimo legal mensual vigente al momento de la liquidación, es decir el del año 2021, igual a \$908.526.*

*Así, a dicho valor se incrementará en una cuarta parte la que corresponde a las prestaciones sociales que le correspondía por ley a la víctima<sup>17</sup> lo que arroja un resultado de \$ 1.135.657.5 y a éste valor se le restará un 25%, como quiera que se presume que el Sr. Conrado Flórez los destinaba para su propia manutención<sup>18</sup>, quedando como suma base de liquidación la suma de \$851.744.*

*Así las cosas, el ingreso base de la liquidación equivalente a \$ 851.744, en principio, será repartido en dos partes iguales, entre la compañera permanente y los dos hijos, es decir, el 50%, para una y el 50% para otros. Con ese fundamento, inicialmente, se procederá a liquidar el lucro cesante denominado "pasado o consolidado" y luego el "futuro", primero para la compañera permanente y seguidamente para los descendientes hasta que cumplan los 25 años, y luego el resto para la compañera, como a continuación se expone:*

*Así las cosas, el periodo indemnizable a tener en cuenta para los hijos de la víctima, se extenderá hasta la edad límite de 25 años, como también lo plantea la parte demandante al momento de liquidar esta pretensión en la demanda, pues de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, normalmente a ese momento de la existencia se culmina la educación superior, y la persona ya se halla en capacidad de valerse por sí misma<sup>19</sup>.*

*Resultan datos relevantes para estimar el monto de la mencionada indemnización los siguientes:*

*Fecha de nacimiento de la víctima: 5 de julio de 1969*

*Fecha de la muerte: 30 de noviembre de 2017*

*Edad al momento del deceso: 48.6 años.*

---

<sup>17</sup> Según jurisprudencia del Consejo de Estado documentada en las siguientes sentencias: Sección Tercera, subsección A. Enero 26 de 2.011. M.P. Gladys Agudelo Ordoñez. Sentencia que a su vez cita como precedentes las sentencias identificadas así: Febrero 11 de 2.009. Exp. 17.407 y Octubre 4 de 2.007. Expediente 16.058.

<sup>18</sup> C.S.J. sent. de 30 de junio de 2.005 M.P. Jaime Alberto Arrubla Pacuar

<sup>19</sup> CSJ SC 11149-2015, radicación 2007-00199-01, entre otras.

*Esperanza de vida certificada para el año 2021<sup>20</sup>: 73.6  
Años de vida probable de la víctima: 25 años.*

*Sentadas las anteriores bases, se procederá a estimar la cuantía de la indemnización a que tiene derecho la demandante LUX DARY PÉREZ (compañera permanente), así:*

### **13. INDEMNIZACIÓN PASADA.**

*Para deducirla se aplicará la siguiente fórmula:*

$$S = R \frac{(1+i)^n - 1}{i}$$

*Dónde:*

*R= 50% del salario base de liquidación*

*n= Período indemnizable en meses (contados desde diciembre de 2017 hasta abril de 2021 = 40)*

*i= 0.004867 (mensual)*

$$S = \$ 425.872 \frac{(1.004867)^{40} - 1}{0.004867}$$

$$S = 18.755.919$$

*La primera indemnización pasada, por concepto de lucro cesante para LUX DARY PEREZ SALAZAR, corresponde a un valor total de \$ **18.755.919***

### **13.2 INDEMNIZACIÓN FUTURA:**

*En la cual para todos los efectos en este proceso se aplicará la siguiente fórmula:*

$$S = R \frac{(1+i)^n - 1}{i(1+i)^n}$$

*Dónde:*

*R= 50% del salario base de liquidación*

---

<sup>20</sup> Hombres: 73.6 años Mujeres: 80.04 años (edad establecida por el DANE como probabilidad de vida para el año 2021)

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estimaciones-del-cambio-demografico>

$n =$  Período indemnizable en meses (contados desde mayo de 2021 hasta la vida probable de la víctima – noviembre de 2042) = 258 meses  
 $i = 0.004867$  (mensual)

$$S = \$ 425.872 \frac{(1.004867)^{258} - 1}{0.004867 (1.004867)^{258}}$$

$$S = \$ 425.872 \frac{(2.499570220576149)}{0.004867 (3.499570220576149)}$$

$$S = \$ 425.872 \frac{(2.499570220576149)}{0.017032408263544}$$

$$S = \$ 425.872 (146.753775619987)$$

$$S = \$ 62.498.324$$

La primera parte de la indemnización futura, por concepto de lucro cesante para LUX DARY PEREZ SALAZAR, corresponde a un valor de **\$ 62.498.324**

**13.2** Ahora se procederá a estimar la cuantía de la indemnización a que tiene derecho la demandante LUX DARY PÉREZ (compañera permanente), una vez su hijo VICTOR ALFONSO FLOREZ PÉREZ, cumplió la mayoría de edad pues le correspondería el 25% de este, y hasta que su otro hijo IVAN ANDRES FLOREZ PÉREZ, cumpla la mayoría de edad le correspondería el otro 50%, hasta la vida probable del causante (noviembre de 2042).

### **13.2.1 INDEMNIZACIÓN FUTURA:**

En la cual para todos los efectos en este proceso se aplicará la siguiente fórmula:

$$S = R \frac{(1+i)^n - 1}{i (1+i)^n}$$

Dónde:

$R = 25\%$  del salario base de liquidación

$n =$  Período indemnizable en meses (contados desde marzo de 2022 cuando su hijo Víctor Alfonso cumpla la mayoría de edad, hasta que su otro hijo cumpla la mayoría de edad (junio de 2026) = 51 meses

$i = 0.004867$  (mensual)

$$S = \$ 212.936 \frac{(1.004867)^{51} - 1}{0.004867 (1.004867)^{51}}$$

$$S = \$ 212.936 \frac{(0.280966558375407)}{0.006234464239613}$$

$$S = \$ 9.596.317$$

La indemnización futura, por concepto de lucro cesante para la demandante cuando su hijo VICTOR ALFONSO FLOREZ PÉREZ, cumpla la mayoría de edad, corresponde a un valor total de \$ **9.596.317**

**13.3** Ahora se procederá a estimar la cuantía de la indemnización a que tiene derecho la demandante LUX DARY PÉREZ (compañera permanente), una vez su hijo IVAN ANDRES FLOREZ PÉREZ, cumpla la mayoría de edad, hasta la vida probable del causante (noviembre de 2042).

### **13.3.1. INDEMNIZACIÓN FUTURA:**

En la cual para todos los efectos en este proceso se aplicará la siguiente fórmula:

$$S = R \frac{(1+i)^n - 1}{i(1+i)^n}$$

Dónde:

R= 50% del salario base de liquidación

n= Período indemnizable en meses (contados desde junio de 2026, hasta la vida probable de la víctima (noviembre 2042) = 197 meses

i= 0.004867 (mensual)

$$S = \$ 425.872 \frac{(1.004867)^{197} - 1}{0.004867 (1.004867)^{197}}$$

$$S = \$ 425.872 \frac{(1.602502040820621)}{0.012666377432674}$$

$$S = \$ 425.872 (126.5162079164663)$$

$$S = \$ 53.879.711$$

La indemnización futura, por concepto de lucro cesante para la demandante cuando su hijo IVAN ANDRÉS FLOREZ PÉREZ, cumpla la mayoría de edad, corresponde a un valor total de \$ **53.879.711**

En este orden de ideas, la indemnización futura, por concepto de lucro cesante para LUX DARY PEREZ SALAZAR, corresponde a un valor total de \$ **125.974.352**

Para un total de \$ **144.730.271** por concepto de perjuicios materiales a favor de LUX DARY PEREZ SALAZAR.

**14.** Ahora se procederá a estimar la cuantía de la indemnización a que tiene derecho el demandante VICTOR ALFONSO FLOREZ PÉREZ (hijo de la víctima), quien para la fecha de los hechos tenía 19.7 años, y hasta que cumpliera los 25 años, son 5.2 años como periodo indemnizable, así:

#### **14.1. INDEMNIZACIÓN PASADA.**

Para deducirla se aplicará la siguiente fórmula:

$$S = R \frac{(1+i)^n - 1}{i}$$

Dónde:

R= 25% del salario base de liquidación

n= Período indemnizable en meses (contados desde diciembre de 2017 hasta abril de 2021 = 40)

i= 0.004867 (mensual)

$$S = \$212.936 \frac{(1 + 0.004867)^{40} - 1}{0.004867}$$

$$S = \$ 9.377.959.15$$

La indemnización pasada, por concepto de lucro cesante VICTOR ALFONSO FLOREZ PÉREZ, corresponde a un valor total de \$ 9.377.959.15

#### **14.2 INDEMNIZACIÓN FUTURA:**

En la cual para todos los efectos en este proceso se aplicará la siguiente fórmula:

$$S = R \frac{(1+i)^n - 1}{i(1+i)^n}$$

Dónde:

R= 25% del salario base de liquidación

*n= Período indemnizable en meses (contados desde mayo de 2021 hasta que el demandante cumpla la mayoría de edad (marzo de 2022) = 10 meses*

*i= 0.004867 (mensual)*

$$S = \$ 212.936 \frac{(1.004867)^{10} - 1}{0.004867 (1.004867)^{10}}$$

$$S = \$ 212.936 \frac{(0.0499749899086259)}{0.005109132758853}$$

$$S = \$ 2.082.833.81$$

*La indemnización futura, por concepto de lucro cesante para VICTOR ALFONSO FLOREZ PÉREZ, corresponde a un valor total de \$ 2.082.833.81*

*Para un total de \$ **11.460.793** por concepto de perjuicios materiales a favor de VICTOR ALFONSO FLOREZ PÉREZ.*

**15.** *Ahora se procederá a estimar la cuantía de la indemnización a que tiene derecho el demandante IVAN ANDRÉS FLOREZ PÉREZ (hijo de la víctima), quien para la fecha de los hechos tenía 16.4 años, y hasta que cumpliera los 25 años, son 8.5 años como periodo indemnizable, así:*

### **15.1. INDEMNIZACIÓN PASADA.**

*Para deducirla se aplicará la siguiente fórmula:*

$$S = R \frac{(1+i)^n - 1}{i}$$

*Dónde:*

*R= 25% del salario base de liquidación*

*n= Período indemnizable en meses (contados desde diciembre de 2017 hasta abril de 2021 = 40)*

*i= 0.004867 (mensual)*

$$S = \$212.936 \frac{(1+ 0.004867)^{40} - 1}{0.004867}$$

$$S = \$ 9.377.959.15$$

*La indemnización pasada, por concepto de lucro cesante IVAN ANDRÉS FLOREZ PÉREZ, corresponde a un valor total de \$ 9.377.959.15*

## **15.2. INDEMNIZACIÓN FUTURA:**

*En la cual para todos los efectos en este proceso se aplicará la siguiente fórmula:*

$$S = R \frac{(1+i)^n - 1}{i(1+i)^n}$$

*Dónde:*

*R= 25% del salario base de liquidación*

*n= Período indemnizable en meses (contados desde mayo de 2021 hasta que el demandante cumpla la mayoría de edad (junio de 2026) = 61 meses*

*i= 0.004867 (mensual)*

$$S = \$ 212.936 \frac{(1.004867)^{61} - 1}{0.004867 (1.004867)^{61}}$$

$$S = \$ 212.936 \frac{(0.0344694515387456)}{0.006544628206391}$$

$$S = \$ 11.214.979.52$$

*La indemnización futura, por concepto de lucro cesante para IVAN ANDRÉS FLOREZ PÉREZ, corresponde a un valor total de \$ 11.214.979.52*

*Para un total de \$ **20.592.938.62** por concepto de perjuicios materiales a favor de IVAN ANDRÉS FLOREZ PÉREZ.*

**16.** *En este orden de ideas, en presencia de los elementos configurativos de la responsabilidad de los demandados, habrá de confirmarse la decisión de primera instancia, pero ante la prosperidad de los reparos de las demandadas y la aseguradora, se modificará lo relacionado con la condena a título de lucro cesante pasado y futuro a favor de los demandantes.*

### **III. DECISIÓN**

*En mérito de lo expuesto, El Tribunal Superior de Cali, en su Sala Civil de Decisión, administrando justicia en nombre de la república y por autoridad de la ley,*

### **IV. RESUELVE**

**PRIMERO: MODIFICAR** el numeral tercero de la sentencia apelada, y en consecuencia se CONDENAN a SALUD TOTAL y a la sociedad N.S.D.R.,

*a pagar a título de lucro cesante consolidado, las siguientes sumas de dinero, a favor de los demandantes:*

*A favor de LUX DARY PEREZ SALAZAR la suma de \$ 144.730.271 por concepto de lucro cesante consolidado.*

*A favor de VICTOR ALFONSO FLOREZ PÉREZ la suma de \$ 11.460.793 por concepto de lucro cesante consolidado.*

*A favor de IVAN ANDRÉS FLOREZ PÉREZ la suma de \$ 20.592.938.62 por concepto de lucro cesante consolidado.*

**SEGUNDO. CONFIRMAR** en lo demás la sentencia de 10 de diciembre de 2020, proferida por el Juzgado Trece Civil del Circuito de Cali, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual adelantado por LUX DARY PEREZ SALAZAR y otros contra SALUD TOTAL EPS y la Sociedad N.S.D.R. S.A.

**TERCERO:** Ante la prosperidad parcial de la alzada, se condena a las demandadas y a la llamada en garantía a pagar a la parte demandante las costas en una proporción del 50%. Se señalan como agencias en derecho de esta instancia la suma de medio salario mínimo a favor de cada uno de los demandantes.

**CUARTO:** Condenar en costas, ante la improsperidad de la alzada a la parte actora. Se señalan como agencias en derecho de esta instancia la suma de un salario mínimo a favor de las demandadas y la llamada en garantía.

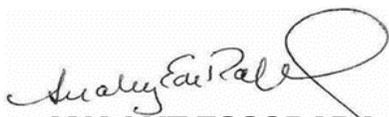
**QUINTO: DEVUÉLVASE** el expediente al Juez de conocimiento para lo de su cargo.

*Notifíquese y cúmplase,*

*Los Magistrados,*



**CÉSAR EVARISTO LEÓN VERGARA**



**ANA LUZ ESCOBAR LOZANO.**



**JORGE JARAMILLO VILLARREAL**

*Esta decisión fue enviada por medios virtuales por el Magistrado Ponente a los demás integrantes de la Sala y aprobada por ellos en igual forma.*