

TEMA: RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - Las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen, y los prestadores de servicios de salud son responsables de la Calidad de la atención en salud de su población afiliada y usuaria, en el marco de las obligaciones que les asigna la ley y son solidariamente responsables por las fallas en la atención médica. La responsabilidad médica se basa en la culpa probada y en la adecuada atención según los protocolos médicos. /

HECHOS: Los actores presentaron demanda, para que la EPS demandada fuera condenada a pagar los perjuicios ocasionados a raíz de un diagnóstico y tratamiento tardío y defectuoso brindado a la señora Diana Marcela Hoyos que condujo a su fallecimiento; en consecuencia, le sean indemnizados los perjuicios por el deceso de quien era su hija y hermana. El juzgado Séptimo Civil del Circuito de Medellín, denegó las pretensiones de la demanda. El juez consideró que no se demostró una deficiente atención médica y que la paciente fue atendida adecuadamente según los protocolos médicos. Debe resolver el Tribunal si es cierto, que existió una deficiente atención e indebida interpretación de los síntomas, ya que no le diagnosticaron de manera oportuna, lo que propició que, no se le suministrara el tratamiento correcto.

TESIS: En la prestación del servicio médico ofrecido por el SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSS) intervienen, entre otros: Las EPS que “son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. (...) Específicamente, están obligadas, según el artículo 178 de la ley 100 de 1993 a: Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional (...) Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. (...) Debe resaltarse lo que el Decreto 2174 de 1996, en su artículo 6° prescribe, taxativamente en torno a la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud: “Las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen, y los prestadores de servicios de salud son responsables de la Calidad de la atención en salud de su población afiliada y usuaria, en el marco de las obligaciones que les asigna la ley; sin perjuicio de las responsabilidades propias de los demás integrantes del sistema”. (...) Las IPS que son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios, laboratorios, etc.) contratadas por la EPS o de su grupo. (...) La prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudar, 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. (...) 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. (...) La Corte Suprema de Justicia señala que: “la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnosticas 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.(...) Hasta aquí, no hay manera de afirmar, con algún grado de certeza, que fuera el comportamiento de los médicos intervinientes lo que produjo la muerte o, como lo asegura la parte demandante en su recurso, que si al consultar por el servicio de urgencias se hubiese pasado de inmediato o en un menor tiempo con un nefrólogo, la joven Diana Henao Calle no habría fallecido o, cuando menos hubiera podido extender su vida. (...) Una vez comenzada una actuación médica, aún que requiera atención intrahospitalaria, no existe garantía de que el paciente recuperará su salud. Las cargas obligacionales de los médicos y de las instituciones sanitarias no van más allá de poner todo su empeño, conocimientos y diligencias al servicio del paciente para en lo posible sacarlo adelante, sin que pueda garantizarse un resultado, como que del contrato de prestación del servicio médico no surge una obligación de resultado sino de medios. (...) consultada la historia clínica, se observa que en un lapso de 6 meses y según la etapa de la enfermedad, la paciente fue tratada por un grupo interdisciplinario, siendo atendida por “médico, general, médico Internista y, ya en la hospitalización mencionaron que estuvo con cuidado intensivo intensivista, reumatólogo y nefrólogo. (...) Si así son las cosas, no se hace viable una imputación directa a la EPS demandada, para acceder a la reparación de algún daño, como lo sería por ejemplo, i) una desinformación sobre los alcances del tratamiento a la que se sometió, con la vicisitud de que no existe uno preventivo ni curativo, solo paliativo; ii) incompetencia del grupo interdisciplinario de médicos que la atendió; iii) limitaciones técnico científicas del establecimiento clínico en donde se atendió; iv) alguna falla originada en la falta de disponibilidad de una sala de urgencias como lo preceptúa el numeral 2 del artículo 159 de la Ley 100 de 199. (...) De igual forma, el dolor y sufrimiento, la angustia de la familia nuclear de la demandante, al ver que su hija y hermana perdió la vida a lo largo del penoso del tratamiento, tampoco es estribo suficiente para edificar la responsabilidad médica reclamada. De ahí que el confirmar la sentencia acusada, se impone y así se declarará.

MP. JULIÁN VALENCIA CASTAÑO

FECHA: 25/11/2024

PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA CUARTA CIVIL DE DECISIÓN

Medellín, veinticinco (25) de noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

Proceso:	Verbal
Radicado:	05001 31 03 007 2018 00295 01
Demandante:	Luciano Antonio Henao Martínez y otros
Demandada:	EPS Suramericana S.A.
Providencia	Sentencia
Tema:	Responsabilidad de quienes intervienen en el suministro y prestación de servicios médicos. Efectos y alcances del derecho al diagnóstico y al tratamiento de una enfermedad incurable.
Decisión:	Confirma sentencia impugnada
M. Ponente	Julián Valencia Castaño

Se apresta la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto frente a la sentencia del pasado 13 de octubre de 2023 proferida por el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín-Antioquia, en el trámite del procedimiento verbal de Responsabilidad Médica promovido por Jonathan y Angie Yesenia Henao Calle, Luciano Antonio Henao Martínez y Esneda Calle Sinitave, actuando en nombre propio y en representación de su hija menor Anny Asbleidy Henao Calle, en contra de EPS Suramericana S.A. Labor jurisdiccional que se acomete en el siguiente orden,

I. ANTECEDENTES

1. Demanda y pretensiones. Los actores presentaron demanda tal y como fue reformada, para que la EPS demandada fuera condenada a pagar los perjuicios ocasionados a raíz de un diagnóstico y tratamiento tardío y defectuoso brindado a la señora Diana Marcela Hoyos que condujo a su fallecimiento el pasado 25 de agosto del año 2011. Reclaman, entonces, le sean indemnizados los perjuicios por el deceso de quien era su hija y hermana de la siguiente manera: **i)** por concepto de perjuicios materiales, la suma de **\$222.282.725** a razón de **\$10.000.000** por daño emergente, **64.522.279.00** por concepto de lucro cesante consolidado y, **147.760.446.00** por concepto de lucro cesante futuro; **ii)** la suma equivalente a **100**

smlmv para cada uno de los demandantes, **iii)** el daño a la salud, solicitan sea resarcidos con el pago de **100 smlmv** para cada uno de los padres y **50 smlmv** para cada uno de sus hermanos, o más o menos, o lo que su despacho señale discrecionalmente.

2. Fundamentos Fácticos. Los hechos se sintetizan de la siguiente manera:

2.1. Que Diana Marcela Henao Calle afiliada a la EPS SURA, consultó a la IPS de su red de prestadores de servicios, debido a que comenzó a presentar un deterioro en su estado de salud que consistió en dolores poliarticulares, inflamación con enrojecimiento, calor e hinchazón, a raíz de lo cual, luego de la realización de varios exámenes le diagnosticaron “...una *artritis reumatoide y lupus eritomatoso sistemático...*”

2.2. Se narró que los medicamentos que le prescribieron no fueron efectivos, en tanto se trataba de analgésicos como ibuprofeno y acetaminofén para inhibir el dolor que presentaba la hoy causante, además de prednisolona, la que destruyó los órganos de su cuerpo, por lo que, advierte, entonces, que nunca se le suministró un tratamiento efectivo que contrarrestara los efectos de dicha enfermedad, misma catalogada de alto riesgo para quien la sufre y que ni siquiera fue remitida a un nutricionista.

2.3. Que el progreso de la enfermedad comprometió “...*sus órganos como riñones, corazón, pulmones entre otros, situación que también obviaron los galenos que la trataron, ya que tal y como se ha venido manifestando en los hechos de la demanda, solo se le suministró un tratamiento basado en analgésicos, pero no tuvieron en cuenta la gravedad de la enfermedad que padecía...*” y tras no mostrar mejoría “...*tuvo que ser intervenida de forma urgente, donde es llevada de manera inmediata a la Unidad de Cuidados Intensivos, falleciendo el pasado 25 de agosto del año 2011...*”

2.4. Por lo anterior, advierte que “*queda evidenciada una falta de tratamiento adecuado y agresivo con el tipo de enfermedad padecida por la hija y hermana de mis prohijadas, lo que trae como consecuencia una PERDIDA DE OPORTUNIDAD, en recuperar la salud, o continuar con vida padeciendo su enfermedad pero contralada y pudiendo llevar una vida digna, como lo hacen muchos pacientes que padecen el mismo trastorno. OPORTUNIDAD, que no fue brindada por la EPS al no*

suministrar los tratamientos y medicamentos indicados...”

2.5. La familia de la paciente acusa sufrimiento moral y consideran que dicho daño se dio por negligencia e imprudencia y desconocimiento de normas, protocolos y guías por parte de los médicos tratantes de la EPS Suramericana S.A., los cuales generaron un daño inmaterial, en la modalidad de perjuicio moral, pero, además, aducen que se generó un daño material pues la señora Diana Marcela Hoyos (q.e.p.d.) devengaba un salario mínimo para 2011 del cual destinaba el 60% a su hogar, debido a que sus padres no trabajaban, situación que, estiman, debe ser indemnizada con las sumas ya descritas, debidamente indexadas.

2.6. No se logró acuerdo conciliatorio.

3. Actuación procesal. El Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Medellín admitió la demanda mediante providencia del 27 de junio de 2018 (cfr. pdf. 06), la que fue notificada a la parte demandada, quien la contestó oportunamente de la forma como pasa a precisarse.

3.1. La EPS demandada reconoció el parentesco y los vínculos familiares que se narraron en la demanda y que, además, a su través se atendió al paciente en las dependencias de las diferentes IPS en las que consultó, no obstante, hizo la salvedad que, como Entidad Prestadora de Salud, cumplió su obligación contractual al autorizar todos los estudios que requería la paciente; además, que autorizó valoraciones y remisiones durante la evolución de su patología. Que no le consta el diagnóstico ni el deterioro de la paciente, dado que no se especifican en la demanda las circunstancias de tiempo y modo, además, que atendió a la paciente en febrero del 2011 y las consultas se intensificaron a partir de agosto del mismo año, así mismo, adujo que los medicamentos que se le prescribieron fueron compatibles con su patología.

Resalta que el deterioro y posterior muerte de la joven obedeció a las complicaciones propias de la enfermedad de base diagnosticada y no a fallas en la atención médica brindada, pues los médicos tratantes tuvieron en cuenta los antecedentes de la paciente, galenos que, por cierto, no estaban adscritos a la EPS Suramericana S. A., si no a las IPS CONFAMA -donde fue atendida-. Así mismo, hizo énfasis en que el lupus que afectaba a la paciente no tiene cura y que *“...para su tratamiento las guías de medicina ordenan suministro de antiinflamatorios*

(ibuprofeno, naproxeno) y corticosteroides e inmunosupresores (prednisolona); los cuales fueron brindados a la paciente...”

Advierte, además, que la paciente fue atendida por el servicio de urgencias el 21 de agosto de 2011 y allí se ordenó su remisión al Hospital Manuel Uribe Angel. En virtud del deterioro progresivo que presentó fue trasladada a la UCE el 24 de agosto y a la UCI de la misma institución el 25 de agosto, falleciendo en esta fecha.

Seguidamente se opuso a las pretensiones de la demanda y formuló las siguientes excepciones: **i)** Ausencia de culpa. Diligencia y cuidado; **ii)** ausencia de nexo de causalidad causa extraña.

3.2. Llamamientos en garantía. En escrito separado, **la EPS Suramericana S.A.** con fundamento en contrato de prestación de Servicios de Salud celebrado el 01 de febrero de 2010 llamó en garantía a la **Caja De Compensación Familiar de Antioquia -Comfama-**, dado que la paciente fue atendida en una IPS de sus instalaciones y con el fin de que fuera condenada a reembolsar las sumas que le correspondiera pagar por virtud de la sentencia. La llamada en garantía dijo oponerse a los hechos de la demanda y formuló las excepciones que se dio en llamar: **i)** diligencia y cuidado, ausencia de culpa en la prestación del servicio médico por parte de la IPS; **ii)** ausencia de nexo causal; **iii)** inexistencia de una pérdida de oportunidad; **iv)** excesiva e indebida tasación de perjuicios extrapatrimoniales.

3.3. A su turno, la **Caja De Compensación Familiar de Antioquia - Comfama-** con fundamento en sendos contratos de prestación de servicios médicos con números **12719; 12993; 13638** y **14097** llamó en garantía a la sociedad **SUMIMEDICAL S.A.S.** con el fin de que fuera obligada a reembolsar las sumas que se impusieran por virtud de la sentencia, dado que en dichos contratos se obligó a prestar los servicios de salud de forma autónoma e independiente, bajo su propia responsabilidad y con sus propios recursos humanos técnicos, financieros y administrativos.

La llamada en garantía admitió los hechos del llamamiento remitiendo al debido análisis de las atenciones brindadas a la paciente, dijo oponerse a los hechos de la demanda y formuló las excepciones que se dio en llamar: **i)** ausencia de culpa; **ii)** ausencia de nexo causal; **iii)** culpa exclusiva de la víctima; **iv)** causa extraña respecto de los codemandados. Hecho de la naturaleza; **v)** ausencia de

elementos que configuran la responsabilidad médica.

3.4. Por su parte, la entidad empresarial **SUMIMEDICAL S.A.S.** con fundamento en póliza de Seguro De Responsabilidad Civil n° **1004874** llamó en garantía a la **Previsora S.A. Compañía De Seguros**, vínculo aseguraticio que se encontraba vigente para el momento de la presunta falla médica, lo anterior, a fin de que fuera obligada a reembolsar dentro de la cobertura del seguro, las sumas que eventualmente se le impusieran por virtud de la sentencia. Dijo oponerse a los hechos del llamamiento en garantía frente al cual formuló las siguientes excepciones: **i)** ausencia de vínculo contractual; **ii)** ausencia de cobertura-límite temporal.

Respecto de las pretensiones elevadas en la demanda principal opuso las siguientes excepciones: **i)** inexistencia de responsabilidad de nuestro asegurado; **ii)** culpa médica debe ser probada; **iii)** diligencia y cuidado; **iv)** la obligación médica es de medio y no de resultado; **v)** indebida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos.

3.5. Seguidamente, **SUMIMEDICAL S.A.S.** con fundamento en contrato de prestación de servicios médicos llamó en garantía a los **doctores Pedro Antonio viola Miranda, Luis Carlos Ovalle Gómez; Oscar Hernán Duarte Loaiza, Alejandro Giraldo Echavarría, José Fernando Álvarez Mercado y Badzaida Margarita Reales Guerrero** quienes prestaban los servicios médicos en COMFAMA, con el fin de que fuera obligada a reembolsar las sumas que se eventualmente se impusieran por virtud de la sentencia. Todos y cada uno se opusieron a los hechos de la demanda y blandieron excepciones referidas al debido cumplimiento de las reglas de la medicina, ausencia de culpa y del nexo de causalidad.

3.6. El médico llamado en garantía **Luis Carlos Ovalle Gómez** -con fundamento en las pólizas de seguro número 1005790, 1020183 y 1021177-, llamó en garantía a la **Previsora S.A. Compañía De Seguros**, vínculo aseguraticio que se encontraba vigente para el momento de la presunta falla médica, lo anterior, a fin de que fuera obligada a reembolsar dentro de la cobertura del seguro, las sumas que eventualmente se le impusieran por virtud de la sentencia. La compañía aseguradora, dijo oponerse a los hechos del llamamiento en garantía frente al cual formuló las siguientes excepciones: **i)** límite del valor asegurado; **ii)** sub-límite

pactado por concepto de daños extrapatrimoniales; **iii)** deducible; **iv)** ausencia de cobertura-límite temporal.

Respecto de las pretensiones elevadas en la demanda principal dijo oponerse, ya que no están demostradas los elementos de la responsabilidad civil demandada.

3.7. A su vez, el médico llamado en garantía **Luis Carlos Ovalle Gómez**, llamó en garantía a los médicos **Neguit Virgilio Pérez Picalua, Iván Darío Giraldo García, Zully Paola Morengo Romero, Leire Melet Gómez Jiménez, William Guillermo Palencia Ramírez, Marisol Jiménez Arias, Rafael Augusto Vallejo Rodríguez, Pedro Antonio Viola Miranda, Oscar Hernán Duarte Loaiza, Alejandro Giraldo Chavarría, José Fernando Álvarez Mercado y Betzaida Margarita Reales**, no obstante, el llamamiento fue declarado ineficaz, tras dejar vencer el término de seis meses, conforme lo establece el artículo 66 del C. G. del P.

4. la sentencia impugnada. Fenecido el trámite del proceso previsto en el C. G. del P., incluido el decreto de pruebas, el juzgado Séptimo Civil del Circuito de Medellín profirió sentencia el pasado **13 de octubre de 2023**, en donde optó por denegar las pretensiones de la demanda y condenar en costas a la parte demandante.

Para decidir de esa manera, el juez de primer grado comenzó por entablar el problema jurídico a resolver, señalando que consistía en establecer si quedó demostrado que existió por parte de la EPS Suramericana S.A. una defectuosa atención médica y un inadecuado tratamiento frente a la afiliada Diana Marcela Henao Calle, para su enfermedad de Lupus Eritematoso Sistémico.

Para el efecto, comenzó por recabar sobre la responsabilidad solidaria entre IPS y EPS, los elementos que deben confluir para el éxito de la pretensión y el régimen probatorio aplicable a este tipo de asuntos. De esta manera, a partir del análisis de la historia clínica, de la naturaleza de la enfermedad y de los testimonios de los médicos en la instrucción del proceso, estimó no demostrada la alegada deficiente atención médica, en tanto que entre enero y agosto de 2011 la paciente Henao calle tuvo al menos 16 consultas con profesionales de la salud, entre médicos generales y especialistas que la atendieron en episodios de crisis o brotes

de lupus eritematoso sistémico que llevaron a los facultativos en cada una de esas consultas a ordenarle, medicamentos, exámenes, ayudas diagnósticas, remisión a especialistas e incapacidades.

Resaltó así mismo que tampoco se cuestionó al centro hospitalario ni la idoneidad de los médicos y que *“...se reconoció por la perito que un adecuado y temprano diagnóstico y que el tratamiento empleado es el indicado conforme a la literatura médica de ese entonces, que es el mismo de ahora para atender la enfermedad autoinmune deficiente que padecía la paciente... Tampoco se demostró que la paciente, conforme su sintomatología, presentaba alergia o intolerancia a los medicamentos cloroquina o a la prednisolona, y menos que hayan sido esos medicamentos y no un brote o crisis de lupus, los que destruyeron los órganos de la paciente ni que fueron esos los medicamentos los que provocaron la falla multisistémica que produjo su muerte...”*

Luego, agregó que *“...los médicos y la perito explicaron que en caso de haberse advertido desde un inicio que existía falla renal, tampoco se hubiese suspendido la prednisolona, pues en esos casos se realiza exámenes clínicos para determinar “si se podían adicionar otros medicamentos” y remataron diciendo que es posible que la falla orgánica multisistémica que desencadenó en un choque multifactorial e irreversible, haya sido secundaria al lupus eritematoso sistémico, también explicó la perito en el interrogatorio que, a pesar de cumplirse con el tratamiento farmacológico de LES el paciente, puede presentar refracción o recaídas, riesgo que aumenta si abruptamente se suspenden los medicamentos, que es lo que en el argot médico llaman poca adherencia al tratamiento y eso fue justamente lo que lo que advirtió por los médicos en dos oportunidades con Diana Marcela, uno, en consulta de 28 de mayo, donde indicó que no tenía el medicamento Cloroquina, sin especificar las razones por las cuales no lo tenía y dos, el 25 de agosto, cuando ya se encontraba hospitalizada, donde la paciente reconoció que la prednisolona solo la tomaba ocasionalmente...”*

Desestimó así mismo que la paciente no fuera tratada por otros especialistas entre los meses de enero y agosto de 2011, ya que también fue valorada por reumatólogo intensivista y nefrólogo, según el progreso de la enfermedad, donde además del tratamiento que le venían dispensando, se le brindó también fármacos para la presión norepinefrina. En orden a lo anterior anotó que no se demostró un actuar culposo en los médicos ni del centro hospitalario en el que fue atendida la

paciente, fallando de esa manera uno de los elementos de la responsabilidad demandada.

5. El recurso de apelación. Dentro de los términos fijados por la ley, el extremo activo de la *litis* reclamó contra la sentencia proferida en los términos que a continuación se compendian:

5.1. No admite la valoración probatoria que le imprimió el juez al asunto, calificándola de errada e insuficiente, por cuanto se dejaron de analizar argumentos que fueron expuestos al momento de presentarse alegaciones finales, donde remite a una valoración íntegra de la historia clínica para que se evidenciara “...desde cuándo la afectada directa comenzó con los padecimientos médicos, que finalmente evidenciaron la existencia del lupus eritematoso Sistémico, desde cuando fue diagnosticados, y cuando fue tratado...”, advirtiendo de la tardanza con que la paciente fue valorada por especialistas y tratada por médico internista, solo 6 meses antes del fallecimiento.

Advierte que “...puede evidenciarse claramente como desde el día 26 de agosto de 2007, 4 años antes del fallecimiento Diana Marcela comenzó con constante asistencias médicas, que solo dan lugar a ser atendida por médico internista hasta el día 28 de febrero de 2011, a escasos 6 meses del fallecimientos, antecedentes médicos primarios sobre los cuales no se pudo indagar con perito pues la misma no tuvo acceso ni conocimiento a historias de años anteriores al año del fallecimiento, lo que claramente evidencia falencias que impiden al juez simplemente decidir de manera inmediata; el director del proceso en este tipo de actuaciones conforme lo ha indicado la Corte Suprema de justicia debe dotarse, e investirse de una serie de conocimientos que vayan más allá de tarifar la prueba, a que se diga en dictamen si existió o no responsabilidad; este tipo de circunstancias conllevan a ratificar la solicitud realizada a los fines de que en la segunda instancia, se pueda practicar complementación de la prueba, a los fines de poderse cuestionar(lo que no pudo realizarse en audiencia de sustentación y contradicción de dictamen) sobre la preexistencia de atenciones médicas relacionadas con la patología diagnosticada a la afectada directa, en el año 2011; si estas circunstancias conllevaban a que la atención por médico internista no fuera desde el mes de febrero de 2011, sino que debió haberse sometido a la paciente a una atención y tratamiento médico, que contrastaran las consecuencias propias de esta enfermedad, pues si

bien no es la cura, si llevar una vida que contrarreste los daños, y no que una enfermedad luego de 6 meses de detectada llegue al deceso...”

Abonó argumentos sobre la prueba del daño, el nexo causal y el juicio de reproche culpabilístico lo que abre paso a la responsabilidad extracontractual demandada “...Esto en virtud de que las entidades vinculadas ciertamente, fueron quienes brindaron las atenciones médicas a la causante, superando con ello la legitimación por pasiva, que dar lugar al llamado nexo de causalidad y finalmente frente a la culpa, basta con anunciar la negligencia y falta de pericia, al no haberse brindado un tratamiento adecuado, se sirva tener en cuenta lo ya anunciado...”

Culminó señalando que “...se muestra oposición frente a las costas que fueran impuestas, pues el acudir a la jurisdicción en búsqueda de dilucidar una pretensión no puede convertirse en un trámite que victimice doblemente a una persona que se ha visto afectada, siendo una cifra exorbitante y desajustada la realizada por el juez de instancia, ante pretensores que solo buscaban justicia ante el fatídico evento que tuvieron que vivir con su hija y hermana...”

Agotado el trámite previo del recurso y expuestos los antecedentes y fundamentos en que se respalda la alzada, se procede abordar su estudio con fundamento en las siguientes,

III. CONSIDERACIONES

1. Los presupuestos procesales. Encuentra la Sala satisfechos los requisitos o presupuestos procesales para que pueda abordarse el estudio de la apelación interpuesta por la parte demandante, de igual manera, no se observa que en el transcurso del proceso se haya irrumpido en alguna causal de nulidad, además, se les ha permitido a los apoderados de las partes exponer las razones que los llevan a sustentar su tesis dentro del término de sustentación y traslado del recurso de apelación.

2. Responsabilidad de quienes intervienen en el suministro y prestación de servicios médicos. En la prestación del servicio médico ofrecido por el SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSS) intervienen, entre otros: **Las EPS** que “...son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad

y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.”

Específicamente, están obligadas, según el artículo 178 de la ley 100 de 1993 a: **3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional (...)** **6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.**

Además, según el artículo 156 ib., están obligadas a: “...e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno.

2.1. Puntual normativa que también le es inherente a las susodichas Entidades, lo constituye el Decreto 1485 de 1994. Éste, regulando la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, y más específicamente la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, en su artículo segundo, literal D, establece que: “Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones: Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.”

Así mismo, debe resaltarse lo que el Decreto 2174 de 1996, en su artículo 6to prescribe, taxativamente en torno a la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud: “...*Las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen, y los prestadores de servicios de salud son responsables de la Calidad de la atención en salud de su población afiliada y usuaria, en el marco de las obligaciones que les asigna la ley; sin perjuicio de las responsabilidades propias de los demás integrantes del sistema*”.

2.2. las IPS que son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios, laboratorios, etc.) contratadas por la EPS o de su grupo. El usuario puede escoger la IPS de su elección, dentro de la lista que le ofrece la EPS. También puede suceder que una IPS que no le pertenece, ni con la cual tenga contrato previo la EPS, le presta el servicio de salud al afiliado a la EPS.

2.3. El médico que es la persona natural que tiene como profesión la medicina y presta un servicio, obvio, profesional dirigido a mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.

2.4. Ahora, con pábulo en la normatividad que también cita la EPS recurrente, la Sala Civil de la Corte Suprema De Justicia ha establecido la responsabilidad solidaria de las EPS, IPS y los profesionales de la salud, por las culpas y faltas en que incurran estos últimos, en la prestación de los servicios de salud:

*“...la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, 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.**”¹*

¹ Corte Suprema de Justicia, Sentencia sustitutiva del 17 de noviembre de 2011, Exp. No.11001-3103-018-1999-00533-01 William Namén Vargas.

2.5. Dichas consideraciones, quedaron igualmente sentadas en el pronunciamiento que hizo la Corte Suprema de Justicia² donde realizó un juicioso análisis de la responsabilidad sistémica de las personas jurídicas, para concluir que, en los casos de responsabilidad médica, las EPS responden como si la falla del servicio médico hubiera sido obra suya. Destáquese de aquella providencia lo siguiente:

“Se ha afirmado líneas arriba que la atribución de un daño a un sujeto como obra suya va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas.

Uno de esos deberes es el que la Ley 100 de 1993 les asigna a las empresas promotoras de salud, cuya «función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...)». (Art. 177)

*Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones, las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, **por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos**, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.*

Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.”

2.6. Entonces, si varias personas jurídicas o naturales, intervinieren contractualmente en la atención de un paciente con cuya conducta se causa daño a otro, luego, entonces, todos se hacen responsables solidariamente; ello deviene de la ley; además, es reafirmado por la jurisprudencia imperante en nuestro país.

² CSJ el 30 de septiembre del 2016, M. P. Ariel Salazar, -radicado SC13925-2016-

3. Derecho al diagnóstico. En cuanto la atención adecuada del paciente, no puede pasarse por alto -ya sea el paciente quien busque al médico o que le sea asignado por el sistema de salud-, que a partir de ese primer contacto, si el médico acepta el contrato, queda obligado primeramente a someter al enfermo a una completa anamnesis, esto es, debe auscultar todos los antecedentes de salud y los síntomas actuales que le sirvan para evaluar el caso, pasando a interrogarlo sobre sus dolencias, escribirlas en la historia clínica y de ahí proseguir con un examen clínico o a través de los sentidos, como, por ejemplo, frente a un cuadro de infección renal y dolor agudo en la zona renal, a lo que se suman los antecedentes del paciente, pero sólo si el médico estima -de acuerdo con la ciencia médica-, que requiere de exámenes diagnósticos, deberá ordenarlos y, luego de esos resultados, producir un diagnóstico, que puede ser provisional, sin importar que finalmente resulte certero o no.

Hasta aquí podemos concluir, que primeramente existe una valoración inicial o diagnóstico clínico del médico, que no necesariamente es definitiva, pues a partir de ese primer diagnóstico empieza una planeación estratégica para tratar la enfermedad provisionalmente diagnosticada y, luego de una observación, el médico podrá, hacia el futuro, según la evolución positiva o negativa del paciente, mantener el diagnóstico y el tratamiento o replantearlos, ordenando nuevos exámenes para acercarse a la causa real de la enfermedad, lo que explica por qué desde el primer momento el diagnóstico puede no ser acertado y eso no conlleva *per se* a un error médico que pueda responsabilizar al galeno, a quien sólo se le exige que -de acuerdo con los síntomas y evidencias de una posible enfermedad que presenta el paciente-, le preste la atención debida, examinándolo exhaustivamente, para luego, si la ciencia médica o la *lex artis* se lo exige, ordenarle los exámenes diagnósticos que sean obligados o mandatorios para el descubrimiento de la enfermedad, que le permitan al galeno hacer un diagnóstico correcto desde el punto de vista médico y así poder fijar un tratamiento adecuado con la enfermedad padecida.

De acuerdo con lo anterior, no es que frente a cualquier manifestación de dolor o síntoma cualquiera de un paciente el médico quede obligado a practicarle y ordenarle todas las ayudas diagnósticas que la ciencia médica ofrece como útiles para el diagnóstico de la enfermedad, pues, su deber está sólo en ordenar aquellas que sean necesarias o mandatorias para el caso en particular, ya sea para desatar la duda que surja frente a un cuadro clínico confuso o difuso, pues se trata de brindar una atención que resulte adecuada y suficiente para el caso, sin que al galeno pueda

exigírsele que vaya más allá, ofreciendo procedimientos que ya sean experimentales o que no se hacen indispensables o necesarios de acuerdo con el arte medical.

Y es que no es un secreto el desafío que presenta cada día la ciencia médica a los profesionales que la practican; por consiguiente, al médico no puede exigírsele que emita un diagnóstico certero, sino que de acuerdo con la ciencia médica, lo que siempre deberá exigírsele es que haga un diagnóstico correcto, esto es, que su diagnosis sea adecuada y esté acorde con los síntomas que el paciente presentaba en el momento de ser examinado y, cuando sea el caso, ayudándose de los resultados que los exámenes diagnósticos arrojen, puesto que en uno y otro caso, esto es, frente al diagnóstico meramente clínico o al diagnóstico prevalido de otros exámenes, siempre habrá la posibilidad de errar, de ahí que un diagnóstico errado no pueda conllevar -de buenas a primeras-, a la responsabilidad galénica.

Lo anteriormente dicho justifica que en ese tipo de responsabilidad galénica se exija la culpa probada, pues si todos los pacientes no suelen presentar los mismos síntomas o reaccionar de la misma manera, ni dentro del mismo tiempo frente a la misma enfermedad, luego, de esos hechos podría seguirse una equivocidad diagnóstica inicial o un diagnóstico tardío, por lo que hay razón en exigir que la responsabilidad culpable del médico se deba mirar desde el punto de vista de la ciencia médica, no para averiguar si finalmente fue acertado o certero en el diagnóstico, sino para averiguar –en cada caso-, si para llegar al diagnóstico el médico respetó los protocolos o pasos que la ciencia médica exige, claro está, teniendo en cuenta los síntomas percibidos en el paciente en el momento de su valoración clínica, independientemente de que al final el diagnóstico haya sido acertado y eficaz o no, pues en la cuenta del médico no puede cargarse el álea que implica la particular manifestación de la enfermedad de cada persona, y por eso **no** se equivocan quienes sostienen que **“no existen enfermedades sino enfermos”**, lo que conlleva a que todos los seres humanos no reaccionemos del mismo modo frente a la misma enfermedad.

En conclusión, esa equivocidad de los síntomas que se hacen tan variados y difusos, inclusive para la misma enfermedad, es lo que dificulta o no permite desde un comienzo un diagnóstico acertado, lo que conlleva a que siempre deba demostrarse una negligencia o impericia del médico, para que realmente pueda predicarse de él una culpa en el diagnóstico. Así lo ha admitido la Corte en la

sentencia del 26 de noviembre de 2010, expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01, con ponencia de Pedro Octavio Munar Cadena, de la cual se destaca:

*“2.2.1. 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 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.

Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.

Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron.

En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.”.

4. Problema jurídico. Debe resolver el Tribunal si es cierto, como lo aseguran los demandantes, que existió una **deficiente atención** concretada en la indebida interpretación de los síntomas (**diagnóstico no conclusivo**) que presentaba Diana Marcela Hoyos (q.e.p.d.), al momento de su ingreso a urgencias de la clínica CIS

Comfama de Bello-Antioquia, de modo que, en sentir del demandante aquí recurrente, la muerte de la paciente obedeció a una sumatoria de fallas en la prestación de los servicios médicos, representada en la negligencia de los médicos en su atención, ya que no le diagnosticaron de manera oportuna lo que propició a que no se le suministrara el tratamiento correcto que necesitaba y ello condujo a su muerte.

Se incluyen en la demanda definiciones de patologías -artritis reumatoide y lupus eritomatoso sistemático-, de síntomas *-dolores poliarticulares (las articulaciones pueden presentar dolor, Artralgia) o también inflamación (artritis), con enrojecimiento, calor e hinchazón-* y de medicamentos, todos en un lenguaje médico y, según argumenta, los galenos no previeron **que la prednisolona que le prescribieron a la paciente, destruyó algunos órganos de su cuerpo.**

4.1. Sin embargo, con todo lo afirmado y no probado dentro del plenario, de entrada, se observa que la parte demandante da a entender que la responsabilidad sobreviene por el simple hecho de la muerte de la paciente en las instalaciones médicas, luego de 6 meses de detectada la enfermedad. Y, obviamente, no es así como lo tiene resuelto el derecho, por la potísima razón de que nadie está obligado a lo imposible, ni los médicos están obligados a curar, sino a poner todo su empeño en lograr la curación, pero no se les puede exigir que así suceda, con mayor razón, cuando debido a la naturaleza misma de la enfermedad de ser autoinmune la cual hasta el momento no ofrece posibilidades de respuesta curativa al tratamiento específico.

4.2. Según lo explica la experta Adriana Lucía Vanegas García Médico y cirujano de la Universidad de Antioquia (Especialista en medicina interna de la Universidad de Antioquia, Especialista en reumatología de la Universidad de Antioquia), el Lupus Eritematoso Sistémico -LES-: *“...es una enfermedad crónica a la que a la fecha no existe cura. Existe tratamiento para controlar síntomas, puede permanecer apagada, sin síntomas por muchos años o por un período de tiempo determinado o nunca controlarse, pero a la fecha no tiene cura ...”* (cfr. mnto 46:48 segundos audio 113 CD01 continuación ppal) y, además, en su trabajo pericial detalló que *“...es una enfermedad autoinmune (el sistema inmune propio reacciona contra el propio cuerpo), sistémica (compromete varios órganos del cuerpo), crónica, que cursa con períodos en que se “apaga” (remisión) y otros en que se “prende” (recaídas, crisis o brotes), con aumento en el riesgo de mortalidad y para*

la que a la luz de la evidencia actual existe tratamiento para controlarla, pero no hay tratamiento preventivo o curativo. Es una enfermedad heterogénea en su forma de presentación y evolución, con síntomas que pueden ir desde leves pasando por moderados hasta graves, no en todos los pacientes se comporta de la misma forma ni todos los síntomas los presentan todos los pacientes..." (cfr. pdf. 97 C04pruebas de oficio).

4.3. Es clara también la experta en señalar que la prednisolona estaba indicada para el año 2011 y actualmente lo está, pues: *"...la prednisolona se utiliza para aliviar rápidamente la inflamación causada por el lupus. Las dosis altas de esteroides como la prednisolona se indican para tratar manifestaciones inflamatorias graves que amenazan la función de órganos vitales o la vida del paciente..."*. (cfr. pdf. 97 C04pruebas de oficio). Por supuesto, no se soslaya lo agresivo del medicamento y los efectos secundarios del mismo, tales como *"...gastritis o inflamación del estómago, ardor en la boca del estómago, aumento de peso, aumento del apetito, depende de la dosis, depende del tiempo de uso los que voy a mencionar, aumento del azúcar en la sangre, osteoporosis, fracturas, glaucoma en los ojos, y riesgo de infecciones, no todos los pacientes se infectan, pero como bajan las defensas están en mayor riesgo de desarrollar infecciones repito, dependiendo de la dosis que se use de la cantidad de miligramos y del tiempo de uso a mayor tiempo de uso y mayor dosis, mayor riesgo de todas estos efectos* (cfr. mnto 39:17 segundos audio 113 CD01 continuación ppal).

4.4. Sin embargo, ello no es estribo suficiente para deducir que dicho medicamento estaba contraindicado y menos proscrito como lo entiende la parte demandante, pues ello conllevaría a deducir que, los *esteroides* como la prednisolona por el mero hecho de su composición, su uso, más que restringido, estaría prohibido en el ejercicio de la medicina para pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), lo cual sería una ligereza argumentativa, ya que los efectos del medicamento podrían generar esas reacciones adversas en mayor o menor medida, tanto en pacientes con esa enfermedad, como en los que no la padecen.

4.5. A trasluz de esta premisa, se debe precisar que, una cosa es la reacción secundaria o adversa de determinado medicamento y otra, bien distinta, es que esté contraindicado, según la literatura hipocrática: ***"Una contraindicación es una situación específica en la cual no se debe utilizar un fármaco, un procedimiento o***

una cirugía ya que puede ser dañino para la persona. Existen dos tipos de contraindicaciones:

- La **contraindicación relativa** significa que se debe tener cautela cuando se utilizan dos fármacos o procedimientos juntos. (**Es aceptable hacerlo si los beneficios superan a los riesgos**).
- La **contraindicación absoluta** significa que el evento o sustancia podría ocasionar una situación potencialmente mortal. Un procedimiento o un medicamento que esté incluido dentro de esta categoría se debe evitar.³

4.6. Lo segundo, es decir, la **contraindicación absoluta** tendría lugar si, por ejemplo, la señora Diana Marcela Henao durante su tratamiento hubiese tenido reacciones adversas al medicamento, información que debía ser conocida por los médicos tratantes que hiciera indebido el suministro, sin embargo, no se otea en la historia clínica esa circunstancia, por lo que la experta fue conteste al señalar al respecto: “...en la historia no se menciona puntos que me puedan hacer pensar en *alergia al medicamento...*” (cfr. mnto 43:12 segundos audio 113 CD01 continuación ppal), agregando que “...los síntomas descritos en la historia obedecían al *lupus, a la enfermedad.* (cfr. mnto 39:17 segundos audio 113 CD01 continuación ppal)

5. Llegados a este punto, debe precisarse que los hechos que originaron la demanda no tuvieron un proceso de etiología desde el año 2007 -como pretende hacerlo ver la parte recurrente- quien, si bien en el escrito genitor omitió fijar un marco temporal en que se pudo haber brindado una atención defectuosa a la paciente, no obstante, la historia clínica aportada como anexo suplió esa falencia, para ubicar el litigio en el año 2011 (cfr. pdf 003anexosdelademanda), específicamente, en el mes de abril, cuando fue diagnosticada con *Lupus Eritematoso Sistémico (LES)*, en razón de múltiples consultas por el servicio de urgencias por malestar general, cefalea, vómito, adinamia, odinofagia, edema en cara y en manos con eritema que condujo a los galenos de aquel entonces a ordenar “...ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DESCARTAR ENFERMEDAD DE TIPO AUTOINMUNE...” (cfr. pdf. 27 C04pruebas de oficio) con la finalidad de obtener un diagnóstico certero.

³ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002314.htm>

5.1. Por la línea temporal que se trae, en manera alguna es dable indagar y proveer sobre el alegato de la censora, quien sugiere que desde el año 2007 ya la paciente venía con síntomas de la enfermedad, valiéndose del historial de autorizaciones que aportó la EPS demandada al contestar la demanda (cfr. p. 37 pdf. 008 contestación EPS Sura), sin que pueda aceptarse que, a la hora de apelar, introduzca este hecho totalmente novedoso, expresando un interés distinto al inicialmente manifestado en la demanda, como es el hecho de anunciar que los síntomas de Diana Marcela Henao perduraron 4 años, entre el año 2007 al 2011, sin ser detectados por los galenos, pues ello implicaría desconocer el derecho de defensa de la parte demandada, la cual asumió su posición de acuerdo con los hechos planteados en el escrito de demanda. Con mayor razón, si al reevaluarse cronológicamente las anotaciones de los actos médicos vertidos en la historia clínica, no hay uno que describa los motivos de consulta de aquella época, solo existe registro de consulta de febrero del año 2010 y otras dos consultas en diciembre de esta misma anualidad, pero por diagnóstico relacionado con “*vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis...*” (cfr. p. 107-111 pdf 003anexosdelademanda), de modo que el extremo temporal anotado, no forma parte del objeto litigioso.

5.2. En realidad, los hechos litigados ocurrieron entre febrero y agosto de 2011, con el desenlace lamentable ya conocido. Pero en ese lapso de tiempo la paciente fue atendida, de acuerdo con la sintomatología que en ese momento presentaba, de manera ambulatoria inicialmente y luego, bajo hospitalización, a voces de la experta “*...cuando el lupus inicia con dolor en las articulaciones con artritis y síntomas generales, y si no hay otras manifestaciones. Puede ser imposible de diferenciar de una artritis reumatoide inicialmente...*” (cfr. mnto 23:48 audio 113 CD01 continuación ppal), por lo que estima entonces que “*...fue un diagnóstico hecho como dentro lo de los rangos de tiempo que usualmente se describe que se diagnostica el lupus, especialmente cuando se presenta con síntomas generales que suelen ser muy inespecíficos, es decir, que no son indicativos 100% de esta enfermedad y se puede compartir por otras enfermedades...*”

5.3. Por eso, los síntomas con los cuales llegó a consulta la paciente en febrero del año 2011 con malestar general cefalea, vómito, adinamia, odinofagia, edema en cara y en manos con eritema, dolores poliarticulares, inflamación con enrojecimiento, calor e hinchazón, si bien podían sugerir la presencia del Lupus Eritematoso Sistémico (LES), de todas maneras, la conducta de proceder con “*estudios complementarios para descartar una enfermedad de tipo autoinmune*”, ni

de lejos, podría ser tomada como un indicio de responsabilidad cuando esa era la conducta exigida, esto es, que luego del diagnóstico clínico se ordenaran pruebas para un diagnóstico científico, pues no cabe duda que los médicos tuvieron que encarar varias de los retos y dificultades que implica una diagnosis compleja, como suele ser aquella de nula o deficiente especificidad de los síntomas y la analogía o similitud de los mismos que apuntan o señalan varias patologías, como bien lo refiere la Corte Suprema de Justicia⁴ al señalar que:

“...la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o **insólitos**), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnosticas 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.

(...)

aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad...”

5.4. Hasta aquí, no hay manera de afirmar, con algún grado de certeza, que fuera el comportamiento de los médicos intervinientes lo que produjo la muerte de la señora Diana Hoyos; o, como lo asegura la parte demandante en su recurso, que si al consultar por el servicio de urgencias se hubiese pasado de inmediato o en un menor tiempo con un nefrólogo, la joven Diana Henao Calle no habría fallecido o, cuando menos hubiera podido extender su vida, pero no hay manera de tener certeza de tal hecho, que resulta como una mera hipótesis lanzada por un neófito en medicina, sin valerse de ningún apoyo científico.

5.5. Es que por el volumen de pacientes que deben atender los médicos que prestan su servicio en urgencias, por los motivos de consulta más frecuentes, el manejo por síntomas es lo usual en la práctica de la medicina y, por ello no puede reprocharse a los galenos que, inicialmente, agoten esa posibilidad de manejo como cuando en este caso llega una paciente con malestar general cefalea, vómito,

⁴ *Ib.* Corte Suprema de Justicia el 26 de noviembre de 2010. Pedro Octavio Munar Cadena.

adinamia, etc. Fue lo sucedido aquí, pues hay prueba de que a la paciente en cada interconsulta se le dio de alta con signos de alarma mientras se obtenían las pruebas diagnósticas y, para abril 2011, es decir, transcurridos 2 meses de la primera consulta por urgencias, entre exámenes y procedimientos, ya se obtuvo el diagnóstico certero. Nótese aquí que el lupus eritematoso que sufría no se manifestó desde ese momento y mucho menos con síntomas que amenazaran su vida, lo que sí ocurre cuando hay *“...compromiso con falla de los riñones o una insuficiencia renal, una insuficiencia respiratoria, una hemorragia pulmonar, convulsiones, psicosis o alucinaciones, fiebre con deterioro yo del estado general, con postración en cama, o el compromiso de la piel grave con ulceraciones con isquemia o pérdida de la perfusión o de la circulación en los dedos de las manos o de los pies, por ejemplo, son algunas de las manifestaciones que se consideran graves o amenazantes de órgano o de la vida...”* (cfr. mnto. 30:48 audio 113 CD01 continuación ppal), por lo que la atención y procedimiento hasta ese momento fueron adecuados desde el punto de vista médico, porque según informa el historial clínico, apenas hasta el 21 de agosto vino a presentar insuficiencia renal y respiratoria, cuando ya estaba hospitalizada, brindándosele allí también la atención que requirió.

5.6. Ahora, una vez comenzada una actuación médica, aún que requiera atención intra hospitalaria, no existe garantía de que el paciente recuperará su salud. Las cargas obligacionales de los médicos y de las instituciones sanitarias no van más allá de poner todo su empeño, conocimientos y diligencias al servicio del paciente para en lo posible sacarlo adelante, sin que pueda garantizarse un resultado, como que del contrato de prestación del servicio médico no surge una obligación de resultado sino de medios.

5.7. Además, también quedó claro en la instrucción del proceso la alta mortalidad de la enfermedad, su impredecible progreso, lo cual hace que la atención de determinado especialista dependa del cuadro sintomático que exteriorice el paciente según el órgano afectado, tal y como lo explica la experta *“...En general se habla de equipos multidisciplinarios o un equipo de trabajo, el reumatólogo a la cabeza y el internista y, dependiendo de las manifestaciones o complicaciones y el órgano afectado, pues va a variar por ejemplo, si están los riñones muy enfermos, sería el nefrólogo, si está infectado, sería el infectólogo y así sucesivamente, según los órganos afectados, pero el reumatólogo, en su defecto, el internista, es la cabeza del equipo de trabajo...”*(cfr. mnto. 36:53 audio 113 CD01 continuación ppal).

5.8. Y consultada la historia clínica, se observa que en un lapso de 6 meses y según la etapa de la enfermedad, la paciente fue tratada por un grupo interdisciplinario, siendo atendida por “...*médico, general, médico Internista y, ya en la hospitalización mencionaron que estuvo con cuidado intensivo intensivista, reumatólogo y nefrólogo...*” (cfr. mnto. 56:54 audio 113 CD01 continuación ppal).

5.9. Entonces, si en la misma demanda se reconoce que el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), sufrido por la Joven Diana Marcela Henao Calle, era el más agresivo del síndrome “...*pues ataca todos y cada uno de los órganos como sucedió en este caso concreto...*” (cfr. fl. 08 pdf. 04 escrito demanda) y fuera de eso se reprocha la prueba técnica, sin aportar una que contrarreste las conclusiones, no le basta suponer como lo hace en su recurso de apelación que, porque el manejo no se dio por la especialidad de nefrología desde el inicio y se produjo el óbito a solo 6 meses de detectada la enfermedad, ya hubo responsabilidad, debió ir más allá de acreditar el lamentable fallecimiento de la paciente, mucho más, cuando a pesar del tratamiento de la enfermedad era inevitable ese fatal desenlace. Lo contrario, sería entregarle efectos al simple paso del tiempo.

6. Si así son las cosas, no se hace viable una imputación directa a la EPS demandada, para acceder a la reparación de algún daño, como lo sería por ejemplo, **i)** una desinformación sobre los alcances del tratamiento a la que se sometió, con la vicisitud de que no existe uno preventivo ni curativo, solo paliativo; **ii)** incompetencia del grupo interdisciplinario de médicos que la atendió; **iii)** limitaciones técnico científicas del establecimiento clínico en donde se atendió; **iv)** alguna falla originada en la falta de disponibilidad de una sala de urgencias como lo preceptúa el numeral 2 del artículo 159 de la Ley 100 de 199, etcétera.

De igual forma, el dolor y sufrimiento, la angustia de la familia nuclear de la demandante, al ver que su hija y hermana perdió la vida a lo largo del penoso del tratamiento, tampoco es estribo suficiente para edificar la responsabilidad médica reclamada. De ahí que el confirmar la sentencia acusada, se impone y así se declarará.

7. Por último, frente a la inconformidad por la imposición de las costas, bástenos indicar que, de acuerdo con el numeral 1° del artículo 365 del Código General del Proceso el legislador tomó partido delantamente por un criterio objetivo para su imposición al vencido, con total independencia de su conducta

procesal. El doctrinante Hernán Fabio López Blanco, quien destaca el carácter genérico del concepto, expresa que: *“...las costas son la carga económica que debe afrontar quien no tenía la razón, motivo por el cual obtuvo decisión desfavorable y comprende a más de las expensas erogadas por la otra parte, las agencias en derecho, o sea el pago de los honorarios de abogado que la parte gananciosa efectuó y a la que le deben ser reintegradas...”*⁵

7.1. Ese carácter ha sido reconocido por la Corte Constitucional entre otras en las sentencias C-480 de 1.995; C-274 de 1.998 y C-089 de 2002, particularmente en esta última se lee: *“...El ordenamiento procesal civil adopta un criterio objetivo, no solo para la condena, pues "se condena en costas al vencido en el proceso, incidente o recurso, independientemente de las causas del vencimiento", sino también para la determinación de aquellas en cada uno de sus componentes, siguiendo en este punto la teoría moderna procesal pues, como lo señala Chioventa, "la característica moderna del principio de condena en costas consiste precisamente en hallarse condicionada al vencimiento puro y simple, y no a la intensión ni al comportamiento del vencido (mala fe o culpa)". En efecto, aun cuando el carácter de costas judiciales dependerá de la causa y razón que motivaron el gasto, y la forma en que se efectuó, su cuantificación está sujeta a criterios previamente establecidos por el legislador, quien expresamente dispuso que "solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación...”*

7.2. Se observa, entonces, que la razón estuvo del lado de EPS demandada, quien emprendió una labor defensiva encaminada a hacer ver que cumplió con sus obligaciones, que no hubo retardo en la atención o un suministro incorrecto del tratamiento y que, teniendo en cuenta lo plasmado en la historia clínica, la paciente recibió una atención compatible con sus padecimientos según el estadio de la enfermedad, luego, procedía la respectiva imposición de costas, en virtud a que aparecían comprobadas, se advierte además, que la parte demandante desdeñó de forma obstinada el requerimiento realizado por el Juzgado para acceder al amparo de pobreza (cfr. pdf. 13), que fue rechazado mediante providencia del pasado 10 de marzo de 2020 (cfr. fl. 292 pdf. 14) sin mostrar inconformidad al respecto.

8. Costas de segunda instancia a cargo de la parte demandante.

⁵ LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. “Instituciones del Derecho Procesal Civil”. Tomo I. Dupré Editores. Bogotá D.C. 2012. pág. 1059.

En mérito de lo expuesto, la **SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

III. FALLA

PRIMERO: SE CONFIRMA el fallo proferido por el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, el pasado **13 de octubre de 2023**, al interior de la presente causa declarativa de responsabilidad médica, de conformidad con las consideraciones en que está sustentada la presente providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas por el trámite de segunda instancia a la parte demandante recurrente favor de EPS demandada. Para el efecto, en su momento procesal, se fijarán las respectivas agencias en derecho por el magistrado sustanciador.

TERCERO: Cumplida la ritualidad secretarial de rigor, devuélvase el expediente al Juzgado de origen

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, DEVUÉLVASE Y CÚMPLASE,

JULIÁN VALENCIA CASTAÑO
Magistrado

PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA
Magistrada

BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA
Magistrado

Firmado Por:

Julian Valencia Castaño
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 010 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Benjamin De Jesus Yepes Puerta
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Piedad Cecilia Velez Gaviria
Magistrada
Sala 002 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

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

Código de verificación: **a9bf0bf8a0acb552e91882334823d5161f0cd2116729a91f5d8a9a469bfcaa3**

Documento generado en 26/11/2024 08:09:01 PM

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