

TEMA: RESPONSABILIDAD MEDICA- El análisis de la pérdida de oportunidad se da como un elemento de atribución de responsabilidad médica, específicamente como un hecho fundamental para evaluar la posible conducta culposa de la parte demandada en la ausencia de un adecuado diagnóstico, la tardanza en la práctica de una evaluación médica, la demora en un tratamiento o la activación y observancia de protocolos de emergencia, entre otros, son diversos supuestos en los que puede evaluarse el alcance de esa noción de pérdida de la oportunidad en el tema médico.

HECHOS: VIVIANA MARCELA SÁNCHEZ PIEDRAHITA y JEISSON ALEJANDRO CANO HINCAPIÉ (padres biológicos), EMELYN CIFUENTES SÁNCHEZ (hermana), MARÍA PAULA CANO OSORIO y JUAN MANUEL CANO OSORIO (hermanos medios) y ANDERSON CIFUENTES LARA (padre de crianza) de JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ (fallecido), pretenden la declaratoria de responsabilidad civil de las demandadas por el deceso de JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ y el reconocimiento de perjuicios extrapatrimoniales, dado falla en el servicio médico prestado por SERVID SALUD INTEGRAL SAS El Juzgado Décimo Civil del Circuito de Oralidad profirió sentencia desestimatoria de las pretensiones el 17 de enero de 2024, al no acreditarse el nexo causal como uno de los presupuestos configurativos de la responsabilidad civil. Por tanto, los problemas jurídicos a resolver son: ¿Se acreditó el nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad médica? ¿Pérdida de oportunidad o de chance como elemento estructural de culpa en la responsabilidad médica?

TESIS: La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de la acción resarcitoria, por cuanto se encuentra soportada en idénticos presupuestos; cuando se ha infligido daño a una persona nace el deber indemnizatorio. Los involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de dicho compromiso; si en desarrollo de su actividad sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, debe indemnizarlos siempre y cuando se acredite por la víctima los elementos de la responsabilidad médica. (...) Para derivar responsabilidad civil de los médicos o de las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud, el demandante debe probar (i) culpa médica, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos o *lex artis* (no sometidos a modelos prefigurados); (ii) daño; y (iii) que el daño fue causado por ese desconocimiento o culpa médica (nexo de causalidad). El nexo causal, como condición necesaria para la configuración de la responsabilidad, sólo puede ser develado en términos que la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en “las reglas de la vida, el sentido común y la lógica de lo razonable, pues estos criterios permiten particularizar, de los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, cuál de ellos tiene la categoría de causa.” (...) Este doble análisis resulta exigible en la evaluación de la configuración del nexo causal de cara al resultado dañoso de una omisión médica; la falta de una conducta, cuando era exigible, evidencia una consecuencia de la que deviene una situación perjudicial para la víctima; por ello, es necesario que el aspecto fáctico sea probado a través de cualquiera de los medios reconocidos en el estatuto procesal. (...) Conforme lo analizado se advierte por esta Sala Civil que lo único que se le brindó al paciente fue la atención primaria por parte de auxiliares enfermeros; olvidando y no aplicando el protocolo de reanimación cardiorrespiratorio; los auxiliares se limitaron a informar a los superiores la situación; sin embargo, (i) no activaron el código azul ni el protocolo institucional para reanimación cardiopulmonar; (ii) Juan Pablo no fue atendido por médico general y el procedimiento de su reanimación no fue supervisado ni dirigido por el médico de turno a quien sólo se le enteró del fallecimiento una vez terminadas las maniobras básicas por parte de los auxiliares de enfermería y por vía virtual; (iii) no fueron intervenidas ni despejadas por personal especializado sus vías aéreas respiratorias, que se encontraban según el relato del auxiliar, obstruidas con vómito y fluidos; (iv) no se respetaron las directrices de masaje especializado ni se aplicaron medicamentos para la reanimación; no se utilizó el desfibrilador; no se llamó ambulancia

ni fue el médico disponible quien dirigió la decisión de dejar de prestar atención primaria; situación que conduce a la pérdida de oportunidad en la prestación del servicio médico de reanimación.(...) Por ello como precisión liminar se aclara que el análisis de la pérdida de oportunidad se hará como un elemento de atribución de responsabilidad médica, específicamente como un hecho fundamental para evaluar la posible conducta culposa de la parte demandada aunado a lo considerado en párrafos precedentes sobre pérdida de oportunidad en la no aplicación y observancia del protocolo de reanimación cardiopulmonar.(...) La ausencia de un adecuado diagnóstico, la tardanza en la práctica de una evaluación médica, la demora en un tratamiento o la activación y observancia de protocolos de emergencia, como cuando se presenta paro cardiopulmonar, entre otros, son diversos supuestos en los que puede evaluarse el alcance de esa noción de pérdida de la oportunidad en el tema médico; precisando que en este campo la pretensión indemnizatoria tendrá que confeccionarse bajo unos parámetros muy específicos; de esta manera, el daño como tal se concibe como la pérdida de oportunidad para que un paciente pueda ser atendido oportunamente. (...)Así que, aún sin determinarse la causa de la muerte como la desencadenante de la serie de sucesos que la produjo “a definir según hallazgos de patología y tóxicos en nuestras recolectadas”, el conocimiento del mecanismo fisiopatológico hallado por el forense y explicado por la testigo técnica, correspondiente a “paro cardiopulmonar”, es de especial trascendencia para el estudio del nexo de causalidad, teniendo en cuenta que no se siguió el protocolo especializado para la reanimación cardiopulmonar -código azul diseñado por SERVID SALUD, lo que representaría falla en la prestación del servicio médico de la institución prestadora de servicios de salud, que desencadenó en una actuación insuficiente conforme lo que le era técnicamente exigible, porque no se activó ni observó el protocolo de reanimación cardiopulmonar, limitándose el centro médico a prestar únicamente un servicio primario de masajes por parte de auxiliares de enfermería, sin supervisión de médico presente ni el equipo interdisciplinario que debió intervenir para brindarle los procedimientos protocolarios; no hubo presencia de médico que definiera hasta qué punto era necesario iniciar, sostener y culminar funciones de reanimación más allá del masaje cardíaco inicial; truncando las posibilidades de reanimación del paciente.(...) Como se precisó en el acápite inicial de las consideraciones, dada la forma como se planteó la demanda, teniendo presente las pruebas y atendiendo a los fundamentos de disenso del recurso de apelación, la pérdida de oportunidad es indicativa de un supuesto de negligencia o culpa tanto de la entidad prestadora de los servicios de salud EPS SURAMERICANA SA como de la IPS SERVISALUD INTEGRAL SAS, dado que en el régimen de seguridad social en salud existe solidaridad entre la EPS de la cual era beneficiario el paciente y la IPS donde se desembocó el padecimiento, porque la atención fue brindada en SERVID SALUD por un encargo preestablecido por la EPS y son dos sujetos de derecho diferentes respecto de las cuales existe “unidad de objeto prestacional”, que les extiende a ambos la carga de resarcir los daños inferidos al paciente como lo ha preestablecido la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2769 de 2020.(...) Cuando se presenta una inadecuada praxis médica por parte de la IPS, surge ipso jure la responsabilidad solidaria de ésta y la EPS; los centros prestadores de servicios de salud y su personal adscrito, obran como ejecutores de las obligaciones de origen legal de la EPS.

M.P: RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ

FECHA: 17/05/2024

PROVIDENCIA: SENTENCIA

SALVAMENTO DE VOTO: MARTHA CECILIA LEMA VILLADA



SALA SEGUNDA DE DECISIÓN CIVIL

Medellín, diecisiete de mayo de dos mil veinticuatro

De conformidad con la Ley 2213 de 2022 se procede a decidir por escrito, el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia proferida el 27 de enero de 2024 por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Medellín, en el proceso verbal adelantado por VIVIANA MARCELA SÁNCHEZ PIEDRAHITA, EMELYN CIFUENTES SÁNCHEZ, ANDERSON CIFUENTES LARA, JEISSON ALEJANDRO CANO HINCAPIÉ, MARÍA PAULA CANO OSORIO y JUAN MANUEL CANO OSORIO contra SERVID SALUD INTEGRAL SAS y contra EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA SA.

1. ANTECEDENTES

1. VIVIANA MARCELA SÁNCHEZ PIEDRAHITA y JEISSON ALEJANDRO CANO HINCAPIÉ (padres biológicos), EMELYN CIFUENTES SÁNCHEZ (hermana), MARÍA PAULA CANO OSORIO y JUAN MANUEL CANO OSORIO (hermanos medios) y ANDERSON CIFUENTES LARA (padre de crianza) de JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ (fallecido), pretenden la declaratoria de responsabilidad civil de las demandadas por el deceso de JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ y el reconocimiento de perjuicios

extrapatrimoniales, dado falla en el servicio médico prestado por SERVID SALUD INTEGRAL SAS; expresando en la parte introductoria de la demanda:

“...demanda declarativa de responsabilidad civil contractual, en razón al contrato de afiliación a la seguridad social en salud que el occiso tenía, en la modalidad de responsabilidad medica en contra de la EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A, con número de identificación tributaria 800088702-2, representada legalmente por quien haga sus veces, con domicilio en Medellín y SERVID SALUD INTEGRAL S.A.S, con número de identificación tributaria 900798265-4, con domicilio en el Carmen de Viboral Antioquia, para que se el reconocimiento y pago de los perjuicios morales padecidos por mis mandantes a raíz al fallecimiento dentro de las instalaciones de la entidad al parecer por presunta negligencia médica del joven JUAN PABLO CANO SANCHEZ, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía 2 número 1.000.897.622, hecho acaecido el 18 de julio de 2021, todo ello con base en los siguientes...” (destacado no original).

Y en las pretensiones:

“PRIMERO: Que se declare que, SERVID SALUD INTEGRAL S.A.S, con número de identificación tributaria 900798265-4, con domicilio en el Carmen de Viboral Antioquia, representada legalmente por quien haga sus veces es civil y contractualmente responsable del fallecimiento del señor JUAN PABLO CANO SANCHEZ JUAN PABLO CANO SANCHEZ, quien en vida se

identificaba con la cédula de ciudadanía número 1.000.897.622, hecho acaecido el 18 de julio de 2021.”

2. JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ fue diagnosticado con ***“lumbociática izquierda bilateral”*** en enero de 2019; las terapias no mejoraban su estado de salud por lo que encontró alivio a su dolor físico en el medicamento ***“tramadol”*** recetado el 12 de marzo de ese año, se hizo dependiente a opiáceos.
3. El 15 de agosto de 2019 en consulta por primera vez con Psiquiatría se le diagnosticó ***“otros trastornos de ansiedad especificados y trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de opiáceos”***; ingresó al programa multidisciplinario en adicciones sin resultados; el médico tratante le sugirió que, ***“no fuera internado en centro de rehabilitación, toda vez que él no era un adicto a las drogas y que en un lugar de esos podía ser rechazado o consumir otras sustancias...”***; fue atendido en el Hospital Pablo Tobón Uribe en 4 oportunidades.
4. El problema de la columna y la dependencia a los opioides, lo condujeron a padecer serios episodios de epilepsia y un paro cardiorrespiratorio (por sobredosis) en noviembre del 2020, que requirió reanimación cardiopulmonar con maniobras de soporte vital avanzado e instancia en unidad de cuidados intensivos.
5. El 21 de enero de 2021 fue atendido por Psiquiatría en la Clínica CES que a través de la EPS SURA que lo remitió a internación a la institución SERVID para tratamiento por adicción a opioides, siendo internado el 2 de julio de 2021 hasta el 18 del mismo mes y año, día de su fallecimiento.

6. Durante su internación, la demandante estuvo pendiente del reporte de la institución que informaba las ***“buenas condiciones de salud anímicas de su hijo”***; el 16 de julio realizó visita ***“viéndolo bastante desmejorado, presentaba edema en rostro, se le notaba incluso que el dolor de la columna estaba más exacerbado, pues caminaba con dificultad”***, lo que fue justificado como una reacción a la vacuna por COVID -19.

7. El 18 de julio (día del deceso) se comunicó vía WhatsApp con SERVID preguntando por el estado de salud de su hijo a las 7:30 a.m., sin informarle que había fallecido luego de varios sucesos relatados en la historia clínica, ***“El día 18 de julio a las 4:05 am el paciente se levanta de la habitación y solicita medicamentos ante la queja de insomnio, el cual se le niega. Posteriormente solicita medicamento analgésico por dolor lumbar ante lo que se le administra acetaminofén. El paciente posteriormente se traslada por su propio pie, orientado y alerta con funciones mentales superiores en normalidad a su habitación. En ronda de 5:00 am se identifica que el paciente se encuentra durmiendo, roncando, sin aparentes complicaciones y a las 5:30 a.m. el paciente se encuentra sin signos vitales. Se intenta realizar reanimación cardiopulmonar no encontrándose respuesta ante lo cual, se declara el fallecimiento del paciente.”***

8. En el hecho vigésimo tercero de la demanda, se relata:

“...del estudio de la historia clínica, acta de necropsia y demás documentos técnicos, se infiere que el actuar del personal asistencial del centro de rehabilitación, SERVID SALUD INTEGRAL

S.A.S., fue negligente y ello condujo al deceso del joven JUAN PABLO CANO SANCHEZ, tales dichos se sustentan bajo los siguientes ítems.

...

5. DIEGO ALEXANDER GÓMEZ MARULANDA siendo las 05+15 horas ingresa a la habitación de JUAN PABLO CANO SANCHEZ, en donde observó salpicaduras en la pared producidas por vómito, por lo tanto, llama en diversas ocasiones a Juan y al acercársele se percata de que presentaba labios cianóticos y gran cantidad de vómito en su región peribucal, lo que lo lleva a medir los signos vitales encontrándolos en cero, por este motivo decide iniciar a realizar masaje cardíaco.

6. DIEGO ALEXANDER GÓMEZ MARULANDA administró un masaje cardíaco por un tiempo no mayor a 15 minutos, toda vez que, es la diferencia entre la hora en que se percatan de la situación y la hora de defunción de JUAN PABLO CANO SANCHEZ, y al ver que el paciente no respondía procedió a abandonar la zona, suspender el masaje cardíaco y llamar a su compañero Sebastián, quien se encontraba en el bloque número cuatro.

7. SEBASTIÁN (Compañero de turno referido por DIEGO ALEXANDER GÓMEZ MARULANDA) administra un masaje cardíaco una vez llega donde JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ, sin embargo, ante la no respuesta este mismo decide que el paciente ha fallecido, razón por cual dejan de administrar el masaje cardiaco. Nuevamente se hace énfasis en la duración total del masaje cardíaco fue menor a 15 minutos

teniendo en cuenta lo relatado por Diego Gómez en la entrevista con la fiscalía general de la Nación” (subrayas intencionales).

9. El hecho vigésimo cuarto, expresa:

“...Frente al actuar institucional de la Clínica del Oriente – Servid Salud Integral S.A.S. se menciona que...

2. LA CLÍNICA DEL ORIENTE – SERVID SALUD INTEGRAL S.A.S debe contar con un protocolo institucional para la atención de paros cardiopulmonares, que a su vez debe ser expuesta y compartida con todos sus colaboradores y trabajadores del área de la salud para que actúen acorde a lo estipulado previamente ante una situación como el paro cardiopulmonar o código azul.

3. LA CLÍNICA DEL ORIENTE – SERVID SALUD INTEGRAL S.A.S según la resolución 3100 del 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social debería contar con carro 8 de paro, al cumplir con la definición de “11.4.10 – SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS” el cual se define como “servicio que presta atención hospitalaria a pacientes con alteraciones en salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas, con una estancia mayor a 24 horas.” Servicio que exige acorde a la resolución dentro del estándar de dotación de complejidades mediana y alta en modalidad intramural contar con “18.2. Carro de paro” (destacados extratexto).

10. SERVID debió garantizar que *“Las órdenes de suministros de medicamentos fueran dadas por el Psiquiatra...Médico General con entrenamiento en Psiquiatría...”*

11. En el hecho vigésimo quinto, relatan:

“...se concluye la responsabilidad de la entidad, conforme las siguientes conclusiones...”

En segundo lugar, la atención no estuvo acorde a lo estipulado por las diferentes guías de práctica clínica – GPC – de Paro CardioPulmonar, lo cual refleja una falta de protocolo institucional para la activación del código azul “Paro cardiopulmonar” y la falta del carro de paro para responder intrahospitalariamente de manera adecuada con base en la resolución 3100 de 2019 de MinSalud. De manera que, ante la falta de carro de paro, el paciente debió ser trasladado al Hospital San Juan de Dios – El Carmen de Viboral – para la respectiva reanimación cardiopulmonar avanzada” (destacado fuera de texto).

12. A la EPS SURA le correspondía organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación de salud, al remitir al paciente a SERVID SALUD se vuelve solidario del deceso de JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ.

2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Admitida la demanda¹ y los llamamientos en garantía²; se pronunció la parte demandada y la llamada en garantía proponiendo las excepciones:

2.1 EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA SA

“INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN SOLIDARIA DE INDEMNIZAR”, la medicina prepagada gestiona la prestación de servicios en forma directa o a través de instituciones o profesionales adscritos; la EPS se encarga de la afiliación y registro de afiliados, recaudo de cotizaciones y organiza el acceso a servicios de salud a través de IPS o profesionales adscritos cumpliendo con la garantía del servicio de gastos médicos, hospitalarios y farmacéuticos; cuando un servicio médico se preste de manera inadecuada por falla o error profesional, la EPS no debe responder por el perjuicio, las IPS cuentan con plena autonomía científica, técnica y administrativa, debiendo asumir la eventual responsabilidad civil.

“CASO FORTUITO”, se presentó evento imprevisible, irresistible y ajeno a las instituciones demandadas; el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981 prevé, ***“Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico”***, lo que coincide con postura de la Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia (MP Pedro Octavio Munar Cadena, 26 de noviembre de 2010, Exp. 11001310301319990866701).

¹ Providencia del 1 de diciembre de 2022

² Providencias del 7 de febrero de 2023.

“DEDUCIBLE PACTADO”, respecto del llamamiento en garantía, correspondiente al 10% de la pérdida, con un mínimo de \$4.000.000.00.

2.2. SERVID SALUD INTEGRAL SAS

“INEXISTENCIA DE OMISIONES O CONDUCTAS NEGLIGENTES ATRIBUIBLES A LA IPS TRATANTE”, la responsabilidad alegada corresponde a la subjetiva de culpa probada, es carga del demandante probar (i) conducta activa o pasiva desplegada por la entidad, (ii) culpa o negligencia atribuible a la entidad con ocasión a la conducta, (iii) un daño; y (iv) un nexo causal que vincule al daño con la conducta u omisión negligente; la obligación es de medio, no de resultado.

No se probó que el fallecimiento de JUAN PABLO CANO correspondiera a un error médico, es un misterio conforme lo indicado por la demandante; el informe de necropsia de medicina legal concluye que obedeció a paro cardiorrespiratorio cuya causa se desconoce, concluyendo como primera hipótesis **“muerte por causas naturales- falla cardiaca.”**

El manejo del dolor de espalda sufrido por el paciente fue mediante prescripción y suministro de medicamentos por médicos generales y especialistas, no se probó que el deceso fuera como consecuencia del manejo farmacológico; no puede exigirse a la IPS tener capacidad para atender un evento de alta complejidad, contaba con protocolo para manejo de esos eventos el cual se cumplió, el carro de paro estaba disponible, la atención primaria no fue como se relató.

“DILIGENCIA Y CUIDADO EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES LEGALES”, la totalidad de los servicios médicos

solicitados fueron suministrados por la IPS en la medida de sus capacidades y conforme los servicios habilitados en la institución (conforme nivel de complejidad, capacidad de atención y medios); la IPS no estaba habilitada para tratar una urgencia de tal naturaleza, pero le fueron prestados los servicios primarios sin que implique obligación de garantizar la salud y supervivencia del paciente, pues ello dependía de muchos factores ajenos a los médicos tratantes.

“AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL HECHO LESIVO Y LAS CONDUCTAS REALIZADAS POR LA IPS”, la parte actora debe acreditar la omisión o negligencia que llevó a la muerte del paciente; no existe prueba que demuestre que el tratamiento fue el que llevó al deceso; las conductas narradas no son ciertas, existe protocolo para la atención de paro cardiorrespiratorio, se contaba con carro de paro y sí brindó la atención pertinente por parte del personal médico.

“INEXISTENCIA DEL PERJUICIO MORAL E INDEBIDA TASACIÓN...”, no se tasan de manera objetiva y dependen del criterio judicial; se debe acreditar la intensidad dada ***“una grave afectación psicológica, una angustia o malestar emocional derivado del evento”***; no se prueba que ANDERSON CIFUENTES sea padre de crianza, sin acreditar vínculo no se prueba perjuicio; la tasación de perjuicios no cumple con parámetros jurisprudenciales.

3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Décimo Civil del Circuito de Oralidad profirió sentencia desestimatoria de las pretensiones el 17 de enero de 2024, al no acreditarse el nexo causal como uno de los presupuestos configurativos de la responsabilidad civil.

Desde la versión escrita de la experticia surgen varias dudas que no se esclarecieron en la versión oral; el acetaminofén no lo prescribió un médico sino personal asistencial, sin explicar cuál es la relación entre ese medicamento y la muerte de Juan Pablo Cano Sánchez; no se relacionó la causa de la muerte con la ausencia de traslado en ambulancia, la ausencia del paro de carro o el tiempo del masaje cardiaco; no concluyó en qué circunstancias se hubiera podido salvar su vida; se habla de una falla pero no se relaciona con la muerte del joven.

La prescripción de 1000 mg. de acetaminofén no parece tener relación causal con su muerte, el Dr. Fernando Vargas en audiencia dijo que dicho suministro no alcanza a ser sobredosis, que de presentarse ocasionaría náuseas, sangrado, entre otros síntomas, lo que no sucedió con Juan Pablo; la toxicóloga Isabel Escobar expresó, ***“el personal asistencial sabe que debe tener mucho cuidado con medicamentos como metadona, pero pueden prescribir acetaminofén en paciente adulto de más de 30 kg de 1000 mg.”***, era una dosis adecuada; a la médico Juliana Escobar se le preguntó si suministrar ese medicamento en esa dosis podía desencadenar el desenlace fatídico, ***“eso no solo es especulación, es una total mentira, 1000 mg. de acetaminofén no pueden generar eso, a no ser que hubiera una reacción alérgica, pero habrían vestigios que no se detectaron en la necropsia.”***

La dosis que ingirió sí podía ser prescrita por personal asistencial; era una dosis adecuada que no pudo generar la muerte, máxime que no se encontraron vestigios de una reacción alérgica (Juan Pablo había consumido antes acetaminofén, que no le servía para nada en decir de la testigo en audiencia).

La pretensión está edificada en masajes cardiacos insuficientes; el perito Fernando Vargas dice que fueron por menos de 5 minutos; luego se refiere el “carro paro” que no se usó en la institución; pero ¿lo tenían que haber usado conforme los protocolos?, la Dra. Juliana Escobar, ***“no hay evidencia de una falencia que hubiera llevado a la muerte de Juan Pablo...se hizo todo lo que requería...para un paro cardio respiratorio no es necesario que haya una ambulancia, habría influencia si al paciente se le tuviera que trasladar para salir del paro cardiorrespiratorio, pero en este caso el personal que lo asistió pudo corroborar después de unos intentos de reanimación por el enfermero y uno de los médicos a quien llamo que no había respuesta y que en ultimas ya había fallecido.”***

Se afirmó que no había protocolo institucional, pero obran en documentos anexos con la contestación de Servid Salud, donde no se dice quién en específico debe brindar esa reanimación inicial, más dispone que debe buscarse una vía segura para brindar la atención, verificarse el estado de conciencia y presencia de respiración adecuada, activarse el sistema del código azul e iniciar maniobras de reanimación básica; para el caso concreto se constató que el área era segura, no se dijo que no se había bajado de la cama y se le tomaron signos vitales (estableciéndose su estado de conciencia), no era necesario usar desfibrilador o trasladar, luego de las labores de reanimación no hubo respuesta; no existe prueba de una labor exigua o escasa de reanimación.

El Dr. Fernando Vargas refirió en el dictamen que, Juan Pablo sufrió neumonitis intersticial; se le preguntó qué relación tiene con el suministro del acetaminofén, ***“es muy difícil tener en cuenta esa situación...”***; si la adicción a los opioides tuvo que ver con la muerte, ***“eso lo debe definir los toxicólogos”***; la Dra. Isabel Escobar Toxicóloga dijo, ***“Juan Pablo se expuso***

desde muy joven a sustancias muy peligrosas que años después pueden causar daños en el corazón...estas sustancias pueden generar arritmias, muerte súbita, isquemias, convulsiones o infartos cerebrales inclusive años después...Juan Pablo sufría convulsiones por tramadol que cada vez eran más frecuentes...haber tenido un paro cardiorrespiratorio es un factor de riesgo para presentar nuevos eventos cardio vasculares, ello puede ocurrir... a Juan Pablo lo trataron como una persona que había sufrido un paro cardio respiratorio precedente...”

No hay prueba que las labores de reanimación hayan sido insuficientes ni que fuera necesario el traslado, no hubo prueba de culpa para arribar la declaración positiva de las pretensiones.

6. APELACIÓN

La parte demandante, en primera instancia formuló los siguientes reparos sustentados:

Lectura inadecuada de la tesis planteada de la culpa médica dada la inadecuada atención, sin precaver que, (i) era paciente con síndrome de dependencia a opiáceos y medicamentos z con síndrome de abstinencia por su discontinuación; el manejo farmacológico debía ser por médico especialista; (ii) había tenido un episodio previo de paro cardiorrespiratorio del que se recuperó con adecuado manejo terapéutico; (iii) el 18 de julio de 2021 cerca de las 3 horas se despertó por dolor en su espalda y solicitó atención, se le suministró sin previa autorización 1000 mg. de acetaminofén, no se remitió a médico especialista o general para el manejo; lo que condujo a su muerte.

El Despacho consideró que se relacionó la negligencia médica con el suministro de 1000 mg de acetaminofén sin que se probara que el efecto que produjo en el cuerpo de Juan Pablo Cano condujera a su muerte; pero lo afirmado fue que los problemas de salud eran tan delicados que calmar su dolor con acetaminofén no era suficiente (por ello se volvió adicto al tramadol); no se afirmó que dicho medicamento le produjo la muerte, pero si que ***“por la calidad de paciente, requería ser atendido por los médicos, pero dejaron la situación al personal asistencial”***; conforme la carga dinámica de la prueba quien debía probar que los enfermeros estaban capacitados para resolver el problema médico de Juan Pablo eran los demandados.

La parte demandante arguye en los reparos:

“Desconocer la obligación de utilización del protocolo institucional para la atención de paros cardiopulmonares.

Para el señor Juez, considerar si era necesario o no utilizar el carro de cardio, vuelve el señor juez a confundir o interpretar inadecuadamente lo aducido, bajo el entendido que no es una ambulancia, si no un aparato que debe tener toda institución, señalándose que se trata de “ una unidad compacta, que asegura, garantiza e integra los equipos, medicamentos e insumos necesarios para atender en forma inmediata, una emergencia o urgencia, que amenace inminentemente la continuidad y conservación de la vida. internación clínicos, y críticos”. no es suficiente prueba, donde efectivamente se insiste se requería activar para la atención de dicho paciente, aceptando como cierta la declaración de la prueba técnica de los demandados, donde advierte: no hay evidencia de una falencia (sic) que hubiese llevado a la muerte de JUAN PABLO, se hizo todo lo que requería. Ahora se pregunta la parte demandante, y la evidencia

que se presentó de no haber hecho lo que tenían que hacer para salvarle la vida a JUAN PABLO, ¿de haber dejado a personal asistencial los requerimientos de atención al insomnio y al dolor que decía sentir? Pese al conocimiento de los antecedentes por síndrome de abstinencia, ¿por qué no se activó el código azul como segundo pasó al notar que no había signos vitales en el paciente? Es evidente que el protocolo señalado en la contestación de la demanda, no se llevó efectivamente a cabalidad, pero yerra nuevamente el despacho en indicar 1. Sobre el mismo no dice quién es el personal que debe llevarlo. 2. Que la parte demandante acepta que se le hizo reanimación porque lo transcribe en la demanda o sea que por ello SERVID SI GARANTIZÓ la vida e integridad de JUAN PABLO. 3. Que la perito llevad< por los demandados aseguró que a JUAN PABLO si se le trató como un paciente con antecedentes de paro, ¿bajo qué argumentos sustenta dicha consideración? Bajo el entendido que hasta un lego puede ser reanimación básica, pero a renglón seguido advierte que luego sigue la especializada. ¿En el caso de JUAN PABLO CANO, quien le efectuó reanimación especializada? El despacho yerra nuevamente en su apreciación al indicar que el enfermero luego de tomar signos vitales llamó a un médico. de dónde tal apreciación? Si en la declaración del enfermero a la fiscalía general de la Nación, indicó: Observado lo señalado en la misma declaración del enfermero, se evidencia que realmente no se cumplió con el protocolo de atención con un paciente en las condiciones de JUAN PABLO CANO, o la misma fue tardía, pues nunca llamó a otro médico como advierte el señor Juez, este solo ubicó a los superiores para evidenciar si la sintomatología daba para pensar que se había muerto.”

La Toxicóloga manifestó que desde joven Juan Pablo Cano consumía sustancias inhalantes o vapeadores (sin pruebas), habló en términos generales sobre las posibles consecuencias que puede padecer una persona adicta, pero la historia clínica señala, ***“inició consumo de cannabinoides a los 14 años, cada dos o tres meses; ultimo consumo hace un mes. Sacol a los 14 años, una o dos veces al año, ultimo consumo hace cuatro años. Consumo experimental de gasolina y Popper a los 15 años consumo de gasolina inhalada “por curiosidad”. Consumo de tramadol desde los 16 años, por prescripción médica, relacionada con el dolor de espalda; prescrito 20 gotas/día, fue aumentando hasta llegar a cinco frascos cada día...inició consumo de Zopiclona pata tratar de controlar el tramadol, aumentó progresivamente hasta llegar a 60 tabletas de medicamento...”***; el Despacho presume causas de la muerte no atribuibles a la falta de atención especializada requerida para el caso concreto de Juan Pablo ese 18 de julio.

Yerra el Juez al confundir lo señalado por la necropsia ***“la causa de la muerte está en estudio”*** con la advertida por el investigador de la Fiscalía en el acta de inspección al cadáver, ***“la causa de la muerte está por establecer”***; se ignoró las pruebas aportadas por la parte demandante.

En segunda instancia, reiteró el defecto en la prestación del servicio médico en la falta de control para el suministro de medicamentos, falta de atención por médicos especializados y en la inobservancia del protocolo de reanimación cardiorrespiratoria; al manifestar entre otros aspectos:

“Se insiste por la parte demandante, que la teoría adoptaba por el despacho de conocimiento en primera instancia para despachar desfavorablemente las pretensiones redundo en dos aspectos fundamentales a saber...”

b) Desconocer la obligación de utilización del protocolo institucional para la atención de paros cardiopulmonares. Esto es que para el señor Juez, no era necesario a traslado en ambulancia del joven JUAN PABLO CANO a un hospital para efectos de reanimación cardiopulmonar, adicional a ello acepta como válido y cierto que cualquier persona hasta un lego pueda efectuar el trámite de reanimación, pasando por alto que no se activó el código azul como se indica.

...

Señores Magistrados, estas consideraciones más las que se plantearon en la ampliación del recurso interpuesto, van dirigidas con el respeto indicado a demostrar que, efectivamente la parte demandada si incurrió en una clara culpa medica que repercutió en el deceso de JUAN PABLO, toda vez que no se procedió en definitiva con ese conjunto de reglas técnicas a que ha de ajustarse la actuación de un profesional en ejercicio de su arte u oficio.”

7. PROBLEMAS JURÍDICOS A RESOLVER

¿Se acreditó el nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad médica?

¿Pérdida de oportunidad o de chance como elemento estructural de culpa en la responsabilidad médica?

8. CONSIDERACIONES

Revisada la demanda, el debate probatorio, la sentencia de primera instancia, los reparos sustentados en primera y segunda instancia, esta Sala de Decisión Civil, se centrará en el análisis de la deficiencia o no del servicio médico con

base en (i) el suministro de medicamentos, (ii) la atención médica especializada y (iii) el protocolo de reanimación cardiorrespiratorio.

8.1 ¿Se demostró el nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad médica?

La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de la acción resarcitoria, por cuanto se encuentra soportada en idénticos presupuestos; cuando se ha infligido daño a una persona nace el deber indemnizatorio.

Los involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de dicho compromiso; si en desarrollo de su actividad sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, debe indemnizarlos siempre y cuando se acredite por la víctima los elementos de la responsabilidad médica.

Para derivar responsabilidad civil de los médicos o de las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud, el demandante debe probar (i) culpa médica, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos o *lex artis* (no sometidos a modelos prefigurados); (ii) daño; y (iii) que el daño fue causado por ese desconocimiento o culpa médica (nexo de causalidad).

El nexo causal, como condición necesaria para la configuración de la responsabilidad, sólo puede ser develado en términos que la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia³, en *“las reglas de la vida, el sentido común y la lógica de lo razonable, pues estos criterios permiten particularizar, de los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, cuál de ellos tiene la categoría de causa.”*

³ SC3919-2021 Radicación n° 66682-31-03-003-2012-00247-01 Magistrado ponente AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

Para tal fin, ***“debe realizarse una prognosis que dé cuenta de los varios antecedentes que hipotéticamente son causas, de modo que con la aplicación de las reglas de la experiencia y del sentido de razonabilidad a que se aludió, se excluyan aquellos antecedentes que sólo coadyuvan al resultado pero que no son idóneos per se para producirlos, y se detecte aquél o aquellos que tienen esa aptitud”*** (SC, 15 en. 2008, rad. 2000-673-00-01; en el mismo sentido SC, 6 sep. 2011, rad. 2002-00445-01).

En la búsqueda del nexo causal concurren elementos fácticos o materiales y jurídicos, resultando indefectible la prueba material, para lograr una condena indemnizatoria.

En sentencia SC3919-2021 la Corte expresó, ***“El aspecto material se conoce como el juicio sine qua non y su objetivo es determinar los hechos o actuaciones que probablemente tuvieron injerencia en la producción del daño, por cuanto de faltar no sería posible su materialización. Para estos fines, se revisa el contexto material del suceso, analizado de forma retrospectiva, para establecer las causas y excluir aquellas que no guardan conexión, en términos de razonabilidad. Con posterioridad se hace la evaluación jurídica, con el fin de atribuir sentido legal a cada gestión, a partir de un actuar propio o ajeno, donde se hará la ponderación del tipo de conexión y su cercanía.”***

La Sala Civil en sentencia SC13925 de 24 de agosto de 2016, ***“Aun cuando el hecho causa y el hecho resultado pertenecen al mundo de la realidad natural, el proceso causal va a ser en definitiva estimado de consuno con una norma positiva dotada de un juicio de valor, que servirá de parámetro para mensurar jurídicamente ese encadenamiento de sucesos. Para la debida comprensión del problema, ambos niveles no deben confundirse. De***

este modo, las consecuencias de un hecho no serán las mismas desde el punto de vista empírico que con relación al área de la juridicidad. En el iter del suceder causal el plexo jurídico sólo toma en cuenta aquellos efectos que conceptúa relevantes en cuanto pueden ser objeto de atribución normativa, de conformidad con las pautas predeterminadas legalmente, desinteresándose de los demás eslabones de la cadena de hechos que no por ello dejan de tener, en el plexo ontológico, la calidad de ‘consecuencias.’⁴”

Este doble análisis resulta exigible en la evaluación de la configuración del nexo causal de cara al resultado dañoso de una omisión médica; la falta de una conducta, cuando era exigible, evidencia una consecuencia de la que deviene una situación perjudicial para la víctima; por ello, es necesario que el aspecto fáctico sea probado a través de cualquiera de los medios reconocidos en el estatuto procesal.

Los argumentos de la apelación sostienen la tesis que existe prueba de la responsabilidad civil, incluyendo el nexo de causalidad, al no prestarse la adecuada atención médica al paciente se produjo su muerte; dadas sus condiciones y antecedentes médicos, el episodio que dio lugar al fallecimiento de Juan Pablo, debió ser tratado por especialista, desde la prescripción del medicamento suministrado hasta la prestación del protocolo de reanimación.

Para determinar la convergencia del nexo causal, ¿se prescribió o debió prescribirse y suministrarse los 1000 mg. de acetaminofén por médico especialista teniendo en cuenta la historia clínica del finado?; ¿debió atenderse el episodio que dio lugar a la muerte de Juan Pablo por profesional especializado?; ¿se siguió el protocolo legal de atención en reanimación o código azul?

⁴ Goldemberg, La relación de causalidad en la responsabilidad civil, Ed. Astrea, Buenos Aires, 2011, p. 8

Deberá analizarse de acuerdo con las reglas de la sana crítica (artículo 176 CGP) el haz probatorio (artículos 164 y 167 del CGP), para determinar si la actuación médica desplegada por SERVID SALUD SAS desde el tratamiento farmacológico hasta las maniobras de reanimación, tuvo influencia causal o no en la ocurrencia del hecho.

8.1.1 ¿Se prescribió o debió prescribirse y suministrarse los 1000 mg. de acetaminofén por médico especialista teniendo en cuenta la historia clínica del finado?

La respuesta se encuentra en la prueba pericial cuya contradicción se surtió con la intervención de los peritos y en las declaraciones de los médicos tratantes de diferentes especialidades dada su calidad de “testigos técnicos”; categoría que se cataloga jurisprudencialmente como, *“aquel sujeto que posee conocimientos especiales en torno a una ciencia o arte, que lo hace particular al momento de relatar los hechos que interesan al proceso, de acuerdo con la teoría del caso...es la persona experta de una determinada ciencia o arte que lo hace especial y que al relatar los hechos por haberlos presenciado se vale de dichos conocimientos especiales”* (CSJ SP, 11 abr 2007, rad. 26128).

A diferencia de un testigo común, la declaración surtida por un testigo técnico debe rendirse y apreciarse de manera diferente, mientras al testigo común se le prohíben apreciaciones o impresiones personales en su declaración, al testigo experto le está permitido siempre que lo sea con ocasión a su saber profesional o académico y se relacionen con los hechos objeto del testimonio a efectos de lograr su ilustración. El perito dada su labor especializada realiza valoración posterior de documentos, exámenes físicos, apreciaciones clínicas y el testigo técnico se vale de su conocimiento directo o personal de la situación para dar una opinión vinculada directamente a partir de sus conocimientos especializados.

En audiencia, el Dr. Fernando Vargas - Médico Especialista en Salud Ocupacional - perito Médico Laboral; *“¿en qué área de la medicina ha rendido usted sus dictámenes periciales? Medicina Laboral, responsabilidad civil, responsabilidad administrativa; ¿por qué no refirió el listado en las últimas dos áreas? no los tengo discriminados por áreas; ¿qué insumos tuvo en cuenta para el dictamen? la historia clínica y la información de Fiscalía; ¿instituciones de historia clínica? Servid Salud (en parte) y la aportada por la Fiscalía General de la Nación, folio 10 a 11 del expediente; ¿la del CES? no, me basé en la declaración de la señora (madre) que en el expediente de la Fiscalía relató el paro cardiorrespiratorio; ¿cuándo usted practica dictámenes y conceptúa si un servicio médico se adapta o no a una práctica clínica lo hace luego de evaluar una historia clínica? yo la evalué, pero hay unas partes de la historia que son secundarias y otras que son importantes desde el punto de vista médico legal; ¿cómo llega a la 3 conclusión, si no tuvo en cuenta la historia clínica de la clínica ces? la evidencia es que la mamá y el mismo paciente salieron vivos; ¿investigó si Servid Salud contaba con carro de paro a la fecha de ocurrencia del hecho? es muy importante tener en cuenta, si usted, un personal está totalmente, éticamente para prestar un servicio, usted cree que se les va a olvidar la cadena de manejo intrahospitalario de un paro cardíaco; en las conclusiones usted dice que la clínica no cuenta con un carro de paro, una obligación que debe tener por tema de habilitación...falta de protocolo institucional; ¿usted recibió información sobre si se contaba o no con estos elementos en la IPS? de ninguna manera ni me interesa porque realmente no los hay, si tienen unos aparatos, el personal debe estar completamente instruido para utilizarlo; ¿existe relación de causalidad entre la neumonitis intersticial (causa de la muerte) y la dosis de 1000 gr de acetaminofén que le fue suministrado? es muy difícil; ¿una dosis de 1000 gr de acetaminofén alcanza a ser sobre dosis? en términos generales no; en el caso de Juan Pablo creo que no es el*

caso; ¿en cuánto la relación de causalidad en relación con la condición de adicción a opioides que tenía Juan Pablo y su deceso? yo no estoy en capacidad para responder esa pregunta; ¿es posible saber con certeza cuál fue la causa de la muerte de este paciente? la causa de la muerte, por toxicología son los restos de alcohol y la neumonitis intersticial; ¿esta última se presenta de manera súbita o repentina o es un proceso patológico que se va desarrollando en el tiempo? fue una cosa de segundos o minutos.”

En audiencia, la Dra. Juliana Escobar - Médica Siquiatra, Especialista en Siquiatría y Psicología Jurídica; *“¿conoce o ha tenido relación con Servid Salud? no he tenido relación comercial ni laboral, pero la conozco porque he tenido pacientes y estudiantes que han pasado por allí; ¿usted ha rendido otros dictámenes periciales para otros procesos? sí señor, este es el 89 o 90; ¿usted cree que este caso es netamente de psiquiatría o involucra otras disciplinas de la medicina? yo creo que involucra otras disciplinas incluyendo toxicología por el diagnóstico que el paciente tenía en su momento...resumen de lo relevante: la historia clínica hablaba de un paciente nacido el 13 de septiembre de 2002 e ingreso a la entidad por unos diagnósticos de trastorno por uso de sustancias: Tramadol, una dependencia cruzada que tenía con Zorticlona, y este paciente había tenido consumo de otras sustancias en un punto dado de su vida a las que no tuvo ninguna dependencia al parecer, además tuvo unas comorbilidades que fueron las que al parecer llevaron a la instauración del trastorno por uso de sustancias...lumbago que estaba derivado de una artrosis y de un pinzamiento lumbar y eso llevo al consumo del analgésico tramadol que fue aumentando en el tiempo hasta que se instauraron 5 frascos al día... posteriormente llegó a tener consumo también de una droga zeta para poder conciliar el sueño llegando a tomar hasta 60 tabletas al día de tal sustancia, esto llevó al menoscabo de su funcionalidad, por eso llegó a la entidad en mención, con la finalidad de hacer una rehabilitación en adicciones y*

durante los días que estuvo allí fue evaluado por psicología, por psiquiatría, medicina general y durante esas valoraciones se identificó la necesidad de instaurar medicación para mejorar un síndrome de abstinencia que llegó a presentar, las especialidades fueron encontrando evolución positiva a pesar que el paciente seguía demandando uso de analgésicos en cantidades importantes por su lumbago y por la disminución del tramadol...para la noche del 18 (madrugada) de julio de 2021 el paciente se levantó en algún punto a decir que tenía dificultades para dormir, solicitó alguna medicación para dormir, se le explicó que ya no era hora de entregarse este tipo de medicamentos así que posteriormente pidió analgesia para poder conciliar el sueño debido al dolor, se le administró analgesia y unas horas más tarde, el paciente fue hallado sin vida en su habitación, lo que llevó al peritaje fue evaluar el papel que tuvo la entidad servil en lo que pudo haber llevado a la pérdida de la vida del paciente; ¿cuál es la dosis máxima permitida de acetaminofén? la dosis máxima en 24 horas de acetaminofén es entre 3225 mg y 3250 mg así que 1000 mg es lo que uno normalmente se toma cuando tiene una cefalea, para la hora, el paciente y lo que estaba sintiendo, era suficiente y necesario; ¿esa droga produce sueño? no, para nada. Se encontró al paciente con vómitos, indicios de haber vomitado minutos antes y una sustancia saliendo de sus fosas nasales, ¿eso a qué se debió? realmente no hay nada en la historia clínica que permita determinar qué fue lo que sucedió, pueden ser muchas situaciones...pero realmente lo que concluyó el peritaje y la necropsia de medicina legal fue que no era posible establecer cuál fue la causa de muerte; ¿sería especulativo decir que los 1000mg de acetaminofén ocasionaron eso? no es especulativo, es una mentira, 1000 mg de acetaminofén no pueden hacer eso, a no ser que hubiere producido una reacción alérgica lo que sería ilógico...no se evidencia en la necropsia, lo que le paso es casi que el 100% probable que no haya tenido que ver con el acetaminofén. Acerca del tratamiento farmacológico, lo más importante para el paciente en ese momento era

desmontarle el tramadol porque estaba llevando al menoscabo de su funcionalidad, desmontar Tramadol y Zoplicona, cambiarlo hacia la metadona que es lo que normalmente se hace...y con él se había intentado de forma ambulatoria, pero él no había logrado quedarse solito con la metadona...y cuando ya sanen del síndrome de abstinencia, sin ningún uso de tramadol...el paciente continúa su tratamiento ambulatorio del dolor; ¿quién es el personal que normalmente suministra este tipo de medicamentos a los pacientes? los auxiliares de enfermería; ¿quién debió realizar las maniobras de reanimación en el establecimiento servid? para el establecimiento y para todo el mundo, cuando uno encuentra un paciente en paro empieza a maniobrar...la maniobra básica la hace cualquier persona, la avanzada cuando se puede o cuando se debe hacer la hace personal especializado en medicina...si se hace reanimación inicial sin resultado no tiene relevancia la existencia o uso del carro de paro...no es necesario traslado. Respecto del informe toxicológico de la necropsia, los rastros de alcohol, no tuvo que ingerirse, estábamos en época de pandemia donde el alcohol era recurrente en nuestro uso diario...es mera especulación.”

En audiencia, el Dr. Erik Marco Antonio García Muñoz - Médico Psiquiatra con diferentes especialidades incluida Toxicología, trabajó en la clínica hasta mayo de 2023, expresó tener conocimiento directo de los hechos por los cuales fue llamado a audiencia como médico tratante; *“¿qué conoce? fue paciente mío bajo el rubro de psiquiatría; ¿cuál fue el tratamiento? el paciente ingresa con trastorno por uso de opioides y sedantes...por lo cual requiere tratamiento con medicamentos de reemplazo...se requirieron algunos fármacos para el tratamiento...llevaba 3 días con los fármacos nuevos, respuesta positiva...tenía antecedentes de 3 episodios convulsivos, paro cardio respiratorio, este tipo de patologías cuando permanecen sin tratar presentan alto riesgo de morbilidad...el acetaminofén se llegó a prescribir desde que inició el paciente en la institución...bajo el concepto de*

un dolor de espalda crónico...como parte de una patología dolorosa; ¿iba en contravía del tratamiento que se le suministraba al paciente? Ninguna; ¿pudo tener incidencia en la causa de la muerte? es muy poco probable dadas las dosis. Varias veces al día se tomaban signos vitales.”

En audiencia, la Dra. Isabel Escobar - Médica Especialista en Toxicología de la clínica Servid, indicó tener conocimiento directo de los hechos por los cuales fue llamada a audiencia como médica tratante; ***“yo evalué al paciente recién ingresado a la institución...con historia de consumo de múltiples sustancias, tramadol en dosis muy exageradas y sedantes en dosis muy exageradas...se le inició sustancia sustitutiva con metadona, luego tratamiento de homologación...en el momento que yo lo evalué estaba estable hemodinámicamente y no presentaba signos de abstinencia...el venía desde ámbito ambulatorio consumiendo medicamentos...el paciente no estaba expresando síntomas secundarios; ¿qué sucedía en caso de tener dolor por sus patologías? si se quejan por dolor si tienen la autorización de suministrar hasta 1 gramo de acetaminofén (los auxiliares de enfermería). Respecto de la causa de la muerte...desde el punto de vista toxicológico nosotros siempre teorizamos porque tenemos siempre desafortunadamente que ver muchos pacientes que fallecen y Juan Pablo es un paciente que lamentablemente se expuso desde temprana edad a múltiples sustancias sicoactivas dentro de esas incluso hidrocarburos como son los inhalantes que aumentan el riesgo de muerte súbita y de arritmias malignas que responden muy mal a las terapias de reanimación y que adicionalmente pueden presentarse en cualquier momento incluso años después del consumo aun teniendo el paciente ya una vida relativamente saludable... tenía otros factores de riesgo de exposición de muerte súbita sino también arritmias cardiacas, obesidad y antecedente de paro cardiorrespiratorio por tramador y Zoplicona...un paro cardiorrespiratorio le puede suceder a cualquier persona en cualquier momento de la vida...”***

Proceso: Verbal

Demandantes: Viviana Marcela Sánchez Piedrahita y otros

Demandados: Servid Salud Integral SAS y otro

Decisión: REVOCA SENTENCIA. Interpretando la demanda y con fundamento en su fundamentación, el haz probatorio y los reparos sustentados en primera y segunda instancia, se declara responsabilidad médica por pérdida de oportunidad y se condena al pago de perjuicios extrapatrimoniales en la proporción determinada. Se accede al llamamiento en garantía.

Conforme la historia clínica de JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ tuvo valoración por Siquiatría con el médico ERIK MARCO ANTONIO MUÑOZ (testigo) el 2 de julio de 2021; sus antecedentes médicos, medicamentos, diagnósticos y plan de manejo (archivo 15, pdf 23 y siguientes del expediente electrónico):

Masculino de 18 años de edad, con diagnósticos de:

- Trastorno mental y de comportamiento asociado al uso de opiáceos: síndrome de dependencia
- Trastorno mental y del comportamiento asociado al uso de sedantes o hipnóticos: síndrome de dependencia

Paciente con antecedente de lumbago hace 3 años por el cual fue medicado con tramadol en gotas, niega conocimiento de en qué dosis fue recetado por un mes, a pesar de esto refiere no logro suspenderlo por lo cual inició a conseguir este medicamento sin fórmula o con la antigua, con consumo actual de 5 frascos diarios de tramadol, además inició consumo de zopiclona (60 pastillas diarias).

Refiere que con el consumo ha llegado a convulsionar 4 episodios a lo largo de estos 3 años, el último hace 6 meses aproximadamente, además paro cardiorrespiratorio en noviembre del 2020 por sobredosis que requirió reanimación y por la cual la familia inicia a sospechar consumo. En caso de no poder consumir refiere hiperactivación motora, diaforesis, insomnio y ansiedad de consumo.

Además de esto refiere la familia uso constante del celular y el computador hace 3-4 años, hasta el punto de dejar de realizar otras actividades de las cuales disfrutaba con anterioridad (jugar fútbol, montar bicicleta), niega desesperación en caso de no tener la posibilidad de utilizar medios electrónicos

Antecedentes:

PRENATAL Y DESARROLLO: parto vértice espontáneo a término, sin complicaciones, no recuerda a los cuantos meses inicio sostén de la cabeza, a caminar a los 11 meses, control de esfínteres un poco después del año, refiere adecuado rendimiento académico, pocas quejas en el colegio.

PATOLÓGICOS: Artrosis de columna: extrusión posterolateral izquierda del núcleo pulpos con compresión de la raíz la izquierda en el receso lateral y estenosis menor del canal central, leve artrosis de carillas L4 y L5

TRAUMÁTICOS: niega

ALÉRGICOS: dipirona (rash cutáneo generalizado)

QUIRÚRGICOS: apendicectomía, adenoidectomía

TOXICOLÓGICOS: Consumo de marihuana ocasional (refiere una vez al año) desde los 14, consumo de alcohol ocasional desde los 14 años de edad, inhalación de sacol diario, por corto período de tiempo (una semana), inhalación de gasolina hace 2 años, solo en una ocasión, consumo de popper hace aproximadamente 2 años en dos ocasiones

Medicamentos que está tomando:

1. Metadona 40 mg cada 12 horas
2. Acido Valproico 250 mg 2 cápsulas cada 24 horas, aplicar en la noche.
3. Levomepromazina 40 gotas cada noche

Diagnósticos:

- Trastorno mental y de comportamiento asociado al uso de opiáceos: síndrome de dependencia
- Trastorno mental y del comportamiento asociado al uso de sedantes o hipnóticos: síndrome de dependencia

Diagnóstico principal:

F112 Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Opiaceos, Síndrome De Dependencia

Causa Externa: Enfermedad general

Finalidad: No aplica

Diagnóstico(s) relacionado(s):

F132 Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Sedantes O Hipnóticos, Síndrome De Dependencia

Opinión Plan:

1. Internamiento
2. Vigilar por alto riesgo de evasión
3. Vigilar por alto riesgo de hetro-autoagresión
4. vigilar por alto riesgo de síndrome de abstinencia
5. Metadona 40 mg cada 12 horas
6. Acido Valproico 250 mg 2 cápsulas cada 24 horas, aplicar en la noche.
7. Levomepromazina 40 gotas cada noche
8. Valoración por toxicología
9. Valoración por el equipo de manejo interdisciplinario.

05001 31 03 010 2022-00407-00

Proceso: Verbal

Demandantes: Viviana Marcela Sánchez Piedrahita y otros

Demandados: Servid Salud Integral SAS y otro

Decisión: REVOCA SENTENCIA. Interpretando la demanda y con fundamento en su fundamentación, el haz probatorio y los reparos sustentados en primera y segunda instancia, se declara responsabilidad médica por pérdida de oportunidad y se condena al pago de perjuicios extrapatrimoniales en la proporción determinada. Se accede al llamamiento en garantía.

Valoración por medicina general con la médica PAULA ANDREA BETANCUR NARANJO el 2 de julio de 2021, evidencia diagnósticos y plan de manejo (archivo 15, pdf 25 y siguientes del expediente electrónico):

Diagnóstico principal:

F112 Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Opiaceos, Síndrome De Dependencia

Causa Externa: Enfermedad general

Finalidad: No aplica

Diagnóstico(s) relacionado(s):

F132 Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Sedantes O Hipnoticos, Síndrome De Dependencia

Opinión Plan:

Internación para manejo por grupo multidisciplinario

Ingreso por medicina general.

Vigilancia por alto riesgo de evasión

Vigilancia por alto riesgo de síndrome de abstinencia

Vigilancia por alto riesgo de auto-hetero agresión

Toma de signos vitales cada 6 horas

Integración inmediata al grupo (prueba COVID-19 negativa).

Vigilar síntomas respiratorios.

Remitir a nutrición para valoración y manejo.

Gracias.

El 8 de julio de 2021, el Médico Siquiatra tratante prescribe fórmula (archivo 15, pdf 27 del expediente electrónico):

Formulación		
Número de fórmula: 654	Historia Clínica: 1000897622	Fecha elaboración: 08/07/2021
Diagnóstico(s): F112, F132		
Detalle de formulación:		
1. Acido Valproico 250mg capsula	# 90 capsulas x mes	
Tomar 1 cap en la mañana y 2 caps en la noche V.O.		
2. Metadona 40mg tableta	# 90 tabletas x mes	
Tomar 1 tab cada 8 horas V.O.		
3. Levomepromazina 4% sln oral	# 1 frasco x mes	
Tomar 20 gts cada 24 horas V.O.		
FORMULA PARA TRES MESES, REPETIR FORMULA CADA MES NO SUSPENDER		

El 11 de julio de 2021 tuvo valoración por Médica Toxicóloga ISABEL E. ESCOBAR TOLEDO (testigo), diagnósticos y plan de manejo (archivo 15, pdf 29 y siguientes del expediente electrónico):

05001 31 03 010 2022-00407-00

Proceso: Verbal

Demandantes: Viviana Marcela Sánchez Piedrahita y otros

Demandados: Servid Salud Integral SAS y otro

Decisión: REVOCA SENTENCIA. Interpretando la demanda y con fundamento en su fundamentación, el haz probatorio y los reparos sustentados en primera y segunda instancia, se declara responsabilidad médica por pérdida de oportunidad y se condena al pago de perjuicios extrapatrimoniales en la proporción determinada. Se accede al llamamiento en garantía.

Paciente de 18 años

DIAGNÓSTICOS

- Dependencia a opioides (Tramadol)
- Convulsiones asociadas a sobredosis de Tramadol
- Terapia sustitutiva con Metadona (dos años de evolución), sin lograr abstinencia de Tramadol
- Dependencia a sedantes (Zopiclona)
- Paro respiratorio relacionado a combinación Metadona + Zopiclona)
- Disfunción personal relacionada
- Obesidad
- Radiculopatía L5 por hernia del núcleo pulposo, dolor crónico asociado y escoliosis.

Paciente que aún presenta manifestaciones de abstinencia leve, especialmente durante el día, generando ansiedad e inquietud en el paciente. Considero que la dosis actual de Metadona es adecuada, sugiero modificar esquema de administración a 40 mg cada 8 horas, con el fin de evitar sintomatología de abstinencia durante el día.

Sugiero ajuste de dosis de Clonazepam o Levomepromazina en la noche, para mejorar cuadro de insomnio relacionado con la abstinencia a sedantes.

Requiere evaluación por Neurocirugía de columna y Fisiatría, como parte fundamental del manejo, pues fue el dolor crónico el principal origen de la dependencia a Tramadol. Dejo orden para tramitar ante la entidad de salud.

Solicito paraclínicos para evaluar compromiso sistémico.

Realizo entrevista motivacional, explico al paciente metas y objetivos del tratamiento, objetivos del tratamiento con Metadona y fines terapéuticos; dice entender y acepta.

Y emitió órdenes de exámenes:

Órdenes de exámenes:

Número: 202

Código	Descripción
902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUESTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO
903818	COLESTEROL TOTAL
903868	TRIGLICERIDOS
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Ese mismo día, mes y año el Siquiatra tratante emitió órdenes para valoración por neurocirugía de columna, fisiatría y especialista en cuidados paliativos para el manejo de las patologías base (archivo 15, pdf 30 a 32 del expediente electrónico).

Coherente con las apreciaciones y órdenes médicas de los diferentes especialistas, obra constancia de suministro de medicamentos prescritos (archivo 9, pdf 60 del expediente electrónico), seguimiento médico de su estado de salud (archivo 9, pdf 50 a 55 del expediente electrónico) y control de signos vitales (archivo 9, pdf 56 del expediente electrónico).

Se aprecia tratamiento especializado para cada una de sus patologías, con prescripciones médicas y farmacológicas aplicadas; el 17 de julio de 2021, día

previo al fallecimiento de Juan Pablo, se le suministró en 6 ocasiones medicamentos prescritos y se le tomó 2 veces los signos vitales.

De acuerdo con los conceptos técnicos arrimados al proceso, la apreciación de la historia clínica y demás documentos anexos, se evidencia que JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ fue atendido por grupo interdisciplinario para el tratamiento médico de sus diagnósticos, se le prescribieron medicamentos para el manejo de las patologías y se efectuó seguimiento estricto de sus signos vitales, en consideración a su pronóstico y antecedentes.

Coinciden los profesionales de la salud en que el suministro de acetaminofén 1000 mg., (i) no debe ser prescrito por especialista, (ii) no afecta el tratamiento farmacológico del paciente, (iv) no constituye sobredosis y (iv) es adecuado para el manejo del dolor en el momento dado; no se requería en el suceso, nueva valoración por médico tratante, el dolor de espalda y el insomnio que manifestó Juan Pablo, venían siendo tratados farmacológicamente.

En este aspecto no se acreditó el nexo causal entre la actividad desplegada por la demandada SERVID SALUD SAS y el deceso de JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ, no generando responsabilidad médica.

8.1.2 ¿Debió atenderse el episodio que dio lugar a la muerte de Juan Pablo por profesional especializado?

Respecto de la atención posterior al enteramiento del estado médico de Juan Pablo, se hace un recuento de lo sucedido en la madrugada del 18 de julio de 2021, conforme lo relatado por el asistente administrativo de turno en declaración rendida ante la Fiscalía General de la Nación (archivo 15, pdf 39 y siguientes del expediente electrónico), “*damos ronda cada una hora, hora y*

media, Juan Pablo se despertó a las tres de la mañana, aproximadamente, me tocó la puerta donde yo me encontraba, lo hizo por sus propios medios, me hizo saber que tenía un dolor en la espalda...yo le administré 1000 miligramos de acetaminofén...luego, a las cuatro de la mañana, como quiera que el dolor no disminuyó, volvió a tocar en la puertecita, me dijo, Dieguito, aún sigo con el dolor, pero no soy capaz de dormir, el me refirió que si le podía administrar algún medicamento para conciliar el sueño, yo le dije, no tenía nada ordenado por si tenía insomnio y por la hora, no se administra ningún medicamento para dormir...a las cinco y cuarto más o menos, empecé a abrir las puertas de las habitaciones para que los pacientes inicien su jornada diaria, en ese momento entré a la habitación de Juan Pablo y vi en la pared como especie de salpicaduras en la pared producidas por vómito, inmediatamente me dirigí hasta donde el paciente, yo lo llamé Juan Pablo Juan Pablo y cuando fui y me acerqué, le vi los labios cianóticos (morados), le miré la boca y tenía bastante cantidad de vómito, incluido el que se había regado en su almohada, en medio del susto me fui para enfermería por el fonendoscopio, tensiómetro y saturador...cogí mi equipo de signos vitales...para donde Juan pablo Cano, le tomé signos vitales, estaban en cero, no tenía, empecé a hacerle masaje cardiaco, al ver que no respondía fui desesperado al bloque número cuatro donde mi compañero Sebastián, le comenté lo sucedido, fuimos otra vez donde el paciente, el empezó también a hacerle masaje, yo le tomé los signos nuevamente, pero ni hubo respuesta, mi compañero Sebastián me dijo, no Dieguito, se nos fue, paso seguido, le informé a mis jefes inmediatos..."

Obra en el expediente "PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR" emitido por SERVID SALUD SAS (archivo 9, pdf 226 y siguientes del expediente electrónico), donde consta "2. RCP BÁSICA Para la atención de una víctima en posible paro cardiorrespiratorio, los pasos que se deben seguir y que son universalmente aceptados actualmente

y aplicables son los siguientes: • Antes de proceder es necesario verificar que el área en la que se va a proceder sea segura. • Si el área no permite un adecuado manejo de la víctima, se debe hacer lo posible por retirarla del sitio (el paciente debe ser bajado de su cama). • Evitar la intervención de espontáneos que puedan entorpecer las maniobras de atención. • Una vez asegurada la escena se hace contacto con la víctima para establecer su estado de consciencia. El personal de salud debe confirmar adicionalmente la presencia de respiración adecuada del afectado. • Se procede a activar el sistema de código azul. • Una vez activado el código azul, se inician las maniobras de reanimación básica. (CABD)...”

Se encuentra probado que una vez percatado del estado físico aparente de Juan Pablo (vómito y labios cianóticos), el auxiliar de enfermería de turno procedió a (i) constatar que el área era segura, (ii) evitar la intervención de espontáneos, (iii) tomar signos vitales del paciente y (iv) inició la reanimación mediante masaje cardíaco que se efectuó durante unos minutos, sucedido por su compañero durante otro tiempo, sin respuesta del paciente.

Conceptuó la Dra. Juliana Escobar, en sustentación de su experticia, respecto de la reanimación que debe realizarse en caso de paro cardiorrespiratorio, ***“para el establecimiento y para todo el mundo, cuando uno encuentra un paciente en paro empieza a maniobrar...la maniobra básica la hace cualquier persona, la avanzada cuando se puede o cuando se debe hacer la hace personal especializado en medicina...si se hace reanimación inicial sin resultado no tiene relevancia la existencia o uso del carro de paro...no es necesario traslado.”***

Se concluye que la atención primaria fue garantizada por SERVID SALUD INTEGRAL SAS; sin embargo, agotada esa primera etapa ¿se aplicó el protocolo de reanimación?

8.1.3 ¿Se siguió el protocolo legal de atención en reanimación o código azul?

Reparó la demandante que al momento de evidenciarse la falta de signos vitales, debió seguirse el protocolo y activar el código azul para la atención de Juan Pablo por Médico General o Especialista que cubriera la emergencia y gestionara el procedimiento de reanimación de acuerdo con el protocolo para atención de reanimación cardiorrespiratoria; la segunda conclusión de la experticia aportada por la parte demandante expresa, ***“la atención no estuvo acorde a lo estipulado por las diferentes guías de práctica clínica – GPC – de Paro Cardio-Pulmonar, lo cual refleja una falta de protocolo institucional para la activación del código azul “Paro cardio-pulmonar” y la falta del carro de paro para responder intrahospitalariamente de manera adecuada con base en la resolución 3100 de 2019 de MinSalud. De manera que, ante la falta de carro de paro, el paciente debió ser trasladado al Hospital San Juan de Dios – El Carmen de Viboral – para la respectiva reanimación cardiopulmonar avanzada.”***

Es así, como el PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR para la atención de una víctima en posible paro cardiorrespiratorio, aprobado y aportado por la demandada SERVID SALUD con la contestación de la demanda, instruye el procedimiento para la activación y atención del código azul⁵ en la institución.

Conforme dicho protocolo⁶, considera esta Sala de Decisión Civil, que el auxiliar de enfermería realizó la atención primaria; pero, debió activar el código azul mediante el megáfono diciendo ***“Código azul en habitación xx”***

⁵ Es un sistema de alarma (clave, alerta y códigos), para el manejo de pacientes en paro Cardio-respiratorio por un grupo entrenado y coordinado con previas funciones establecidas.

⁶ archivo 9, pdf 225 y siguientes del expediente electrónico.

(correspondiente a la de Juan Pablo) y la auxiliar administrativa de admisiones inmediatamente debió llamar al servicio de ambulancia.

En este orden, los numerales 2, 3 y 4 del protocolo prevén que Juan Pablo debió ser atendido por (i) médico general de turno quien debió confirmar la ausencia de pulso, ordenar medicamentos, vigilar e interpretar los monitores, asesorar y constatar que todas las personas cumplieran sus funciones, constatar que la vía aérea estuviera adecuadamente manejada y que el masaje se hiciera de una manera efectiva, revisar la permeabilidad del acceso venoso y tomar la decisión de continuar o terminar la reanimación o trasladarlo a un nivel de atención de mayor complejidad, atención y actuación por parte del médico general que brilla por su ausencia, porque la atención se limitó a la primaria ofrecida por los 2 auxiliares de enfermería sin acompañamiento, dirección ni control por parte del médico; (ii) tampoco se prestó atención ni intervención ni control por asistente de vía aérea quien debió lograr una vía aérea permeable y sostenible para la adecuada ventilación y expansión torácica, mantener una adecuada oxigenación observando la expansión del tórax, dar ventilaciones de una manera coordinada con el masaje cardíaco durante el RCP Básico, revisar constantemente que todas las conexiones estuvieran permeables, verificando la fuente de oxígeno, el buen estado de los equipos, la correcta posición de los dispositivos de vía aérea y descartando el desplazamiento de los accesorios, la obstrucción de los mismos, el neumotórax y las fallas en el equipo; (iii) tampoco se brindó el servicio por asistente de masaje, quien debió iniciar masaje cardíaco en caso de orden del médico líder, aplicar los parches del desfibrilador autoadhesivos al tórax del paciente y realizar las descargas si hubiera sido indicado por el DEA, asegurándose que nadie se encontrara tocando al paciente evitando así una descarga accidental del personal de reanimación, después de cada desfibrilación reiniciar el masaje de inmediato y revisar pulso y el ritmo resultante de la descarga; (iv) falencia de asistente de medicamentos (jefe de

enfermería), quien debió canalizar al menos una vena periférica, fijar la venoclisis y verificar la permeabilidad, administrar los medicamentos ordenados por el líder a través de una vía endovenosa directamente durante el paro, verificar el tiempo transcurrido desde la aplicación de la última dosis y el número de dosis de los diferentes medicamentos durante la reanimación y llevar registro de todo lo administrado.

Sin desfibrilación exitosa, indica el protocolo, debió retomarse la RCP básica intercalando ciclos de dos (2) minutos de compresión torácica con ventilación artificial con nuevos análisis del ritmo con el desfibrilador y descarga eléctrica si está indicada hasta tener éxito; *“lo anterior se realizará hasta tanto contemos con el servicio de la ambulancia medicalizada solicitada y el paciente sea remitido a la institución con la cual se hizo el proceso de referencia”*; servicio de ambulancia que no fue solicitado en cumplimiento del protocolo de reanimación cardiopulmonar.

Revisada la historia clínica, la última anotación del 18 de julio de 2021 (día del fallecimiento), fue realizada por el Siquiatra ERIK MARCO ANTONIO GARCÍA MUÑOZ:

Paciente quien se encuentra sin signos vitales a las 5:30 am. Se da reporte a autoridades

Profesional que realizó la consulta:



Dr. ERIK GARCÍA
Médico Psiquiatra Subespecialista en Salud Mental
C.C. 1126644202 RM: 1126644202
Resolución 14524 del 2016 del Ministerio de Salud

Erik Marco Antonio Garcia Muñoz
CC: 1126644202 RM: 1126644202
PSIQUIATRIA

Contrario a lo anotado en la historia clínica, en su declaración expresó *“¿a qué hora se enteró usted del fallecimiento de Juan Pablo? a las 8 de la*

mañana del día del deceso; ¿cómo procedieron en la institución respecto al tema de la necropsia del señor Juan Pablo? desconozco detalles a lo que yo me encontraba en mi casa en envigado por ser un día domingo, desconozco cuál fue el procedimiento; ¿quién era el médico disponible en esa noche? el doctor Ramón Lopera.

El representante legal de SERVID SALUD, LUCIANO DE JESÚS CARDONA LÓPEZ, declaró ***“en el momento del fallecimiento del joven, el personal asistencial se comunica con el médico general de la institución, el médico general de la institución se comunica con Fiscalía de Rionegro y Fiscalía le indaga sobre la muerte del paciente y el médico le dice que fue por muerte natural, al ver Fiscalía que fue por muerte natural, autoriza el traslado del paciente al hospital del Carmen de Viboral, según estaba mirando los datos, en el hospital del Carmen de Viboral no le quiso hacer el certificado de defunción, el cual no se hizo en la institución porque carecíamos del formulario, se comunicaron con Fiscalía que autorizó regresar el paciente y hacer el levantamiento en la institución...”***; médico general que no cumplió con el protocolo de reanimación cardiorrespiratoria al estar ausente de la IPS y ni siquiera hay evidencia que en forma virtual hubiese procedido como lo indica el protocolo.

Continuando con el cuestionario absuelto por el representante legal de SERVID SALUD, ***¿el médico general está disponible en la institución las 24 horas del día? él está disponible porque él se mantiene conectado y está presto a estar en la institución o a sacarnos de las dudas que nosotros tenemos; ¿para el caso concreto de Juan Pablo, el personal cuidador se comunicó con el médico para consultar la situación del dolor de espalda del paciente? el auxiliar de enfermería se comunicó, solo hasta que ocurrió el evento con el paciente (refiriéndose a su fallecimiento).”***

Negligencia en la aplicación del protocolo de reanimación cardiorrespiratoria que se evidencia en la declaración dada por el testigo ANDERSON SOSSA, conductor de la funeraria, quien manifestó ser contactado por SERVID para el servicio, describió el procedimiento de traslado del cuerpo de Juan Pablo, *“recogí la persona fallecida, recogí el cuerpo sin certificado de defunción autorizado por el médico...al ver que no teníamos certificado de defunción nos dicen que nos vamos con el cuerpo para la unidad hospitalaria, de allá nos dicen que debemos devolvernos con el cuerpo hasta donde la persona falleció; ¿le dijeron en algún momento la causa del fallecimiento? muerte natural; ¿cómo vio el ánimo de la familia? destruido, no tenían colaboración con la gestión medica allá donde tenían a Juan Pablo, estaban muy inseguros de lo que estaba sucediendo, ocurrieron cosas que no debieron suceder; ¿qué cosas? el médico de la institución...el gerente nos mandó para el hospital del pueblo del Carmen de Viboral...si él es un médico debe darnos certificado de defunción las causas del fallecimiento... porque se hicieron dos procedimientos; 1. retiramos el cuerpo con la autorización del médico y lo llevamos a la institución del Carmen; 2. se retira el cuerpo y se lleva nuevamente donde falleció Juan Pablo; ¿finalmente le dieron el certificado de defunción? el cuerpo estuvo en necropsia, le hicieron levantamiento...el certificado al otro día me lo entregaron, pero medicina legal.”*

Conforme lo analizado se advierte por esta Sala Civil que lo único que se le brindó al paciente fue la atención primaria por parte de auxiliares enfermeros; olvidando y no aplicando el protocolo de reanimación cardiorrespiratorio; los auxiliares se limitaron a informar a los superiores la situación; sin embargo, (i) no activaron el código azul ni el protocolo institucional para reanimación

cardiopulmonar; (ii) Juan Pablo no fue atendido por médico general y el procedimiento de su reanimación no fue supervisado ni dirigido por el médico de turno a quien sólo se le enteró del fallecimiento una vez terminadas las maniobras básicas por parte de los auxiliares de enfermería y por vía virtual; (iii) no fueron intervenidas ni despejadas por personal especializado sus vías aéreas respiratorias, que se encontraban según el relato del auxiliar, obstruidas con vómito y fluidos; (iv) no se respetaron las directrices de masaje especializado ni se aplicaron medicamentos para la reanimación; no se utilizó el desfibrilador; no se llamó ambulancia ni fue el médico disponible quien dirigió la decisión de dejar de prestar atención primaria; situación que conduce a la pérdida de oportunidad en la prestación del servicio médico de reanimación.

8.2 ¿Pérdida de la oportunidad?

El fallador de primera instancia señaló que no le era viable analizar la estimación y cuantificación del daño al determinar que no se acreditaron los presupuestos de la responsabilidad médica, concretamente el nexo causal; pero, el Juez tiene el deber de interpretar la demanda para desentrañar su sentido –en los términos del artículo 42 CGP- cuando aparezcan supuestos fácticos y pruebas debatidas que deben ser examinados de fondo para la resolución de la controversia puesta a su consideración; dando aplicación a los principios fundantes de prevalencia del derecho sustancial (artículo 228 CP) y acceso efectivo a la administración de justicia (artículo 229 CP), en armonía con los artículos 1, 2 y 3 de la Ley Estatutaria de la Administración de Justicia.

El funcionario judicial es el que define el derecho que debe aplicarse en cada proceso “*iura novit curia*”, determinando el alcance de la norma con el fin de establecer el curso del litigio y su solución, dentro de los límites de la causa

petendi, no así respecto del derecho aplicable al juicio, de la denominación de la acción o el tipo de responsabilidad.

Razonado en lo anterior y avizorada la negligencia en la prestación del servicio médico dada la no activación del protocolo de reanimación establecido por SERVID MEDICAL INTEGRAL SAS, se evaluarán los supuestos fácticos, el haz probatorio, la modalidad de imputación o denominación del daño, partiendo de los hechos calificados por la parte demandante con la demanda, reparos y sustentación de la apelación.

En tal sentido la parte demandante hace clara alusión en la demanda a la negligencia médica por falta de activación y observancia del protocolo de reanimación, que es constitutivo de pérdida de oportunidad; así, en el encabezado de la demanda se expresa:

“...demanda declarativa de responsabilidad civil contractual, en razón al contrato de afiliación a la seguridad social en salud que el occiso tenía, en la modalidad de responsabilidad medica en contra de la EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A, con número de identificación tributaria 800088702-2, representada legalmente por quien haga sus veces, con domicilio en Medellín y SERVID SALUD INTEGRAL S.A.S, con número de identificación tributaria 900798265-4, con domicilio en el Carmen de Viboral Antioquia, para que se el reconocimiento y pago de los perjuicios morales padecidos por mis mandantes a raíz al fallecimiento dentro de las instalaciones de la entidad al parecer por presunta negligencia médica del joven JUAN PABLO CANO SANCHEZ, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía 2 número 1.000.897.622, hecho acaecido el 18 de julio de 2021, todo ello con base en los siguientes...” (destacado no original).

Que es ratificado posteriormente con la pretensión:

“PRIMERO: Que se declare que, SERVID SALUD INTEGRAL S.A.S, con número de identificación tributaria 900798265-4, con domicilio en el Carmen de Viboral Antioquia, representada legalmente por quien haga sus veces es civil y contractualmente responsable del fallecimiento del señor JUAN PABLO CANO SANCHEZ JUAN PABLO CANO SANCHEZ, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía número 1.000.897.622, hecho acaecido el 18 de julio de 2021.”

Encabezado de la demanda y pretensión que se fundamentan entre otros, en los siguientes hechos relatados en la demanda que hacen referencia a la pérdida de oportunidad por la no activación y observancia del protocolo de reanimación cardiorrespiratoria:

En el hecho vigésimo tercero de la demanda, se relata:

“...del estudio de la historia clínica, acta de necropsia y demás documentos técnicos, se infiere que el actuar del personal asistencial del centro de rehabilitación, SERVID SALUD INTEGRAL S.A.S., fue negligente y ello condujo al deceso del joven JUAN PABLO CANO SANCHEZ, tales dichos se sustentan bajo los siguientes ítems.

...

5. DIEGO ALEXANDER GÓMEZ MARULANDA siendo las 05+15 horas ingresa a la habitación de JUAN PABLO CANO SANCHEZ, en donde observó salpicaduras en la pared producidas por vómito, por lo tanto, llama en diversas ocasiones a Juan y al acercársele se percata de que presentaba labios cianóticos y gran cantidad de vómito

en su región peribucal, lo que lo lleva a medir los signos vitales encontrándolos en cero, por este motivo decide iniciar a realizar masaje cardíaco.

6. DIEGO ALEXANDER GÓMEZ MARULANDA administró un masaje cardíaco por un tiempo no mayor a 15 minutos, toda vez que, es la diferencia entre la hora en que se percatan de la situación y la hora de defunción de JUAN PABLO CANO SANCHEZ, y al ver que el paciente no respondía procedió a abandonar la zona, suspender el masaje cardíaco y llamar a su compañero Sebastián, quien se encontraba en el bloque número cuatro.

7. SEBASTIÁN (Compañero de turno referido por DIEGO ALEXANDER GÓMEZ MARULANDA) administra un masaje cardíaco una vez llega donde JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ, sin embargo, ante la no respuesta este mismo decide que el paciente ha fallecido, razón por cual dejan de administrar el masaje cardiaco. Nuevamente se hace énfasis en la duración total del masaje cardíaco fue menor a 15 minutos teniendo en cuenta lo relatado por Diego Gómez en la entrevista con la fiscalía general de la Nación” (subrayas intencionales).

El hecho vigésimo cuarto, expresa:

“...Frente al actuar institucional de la Clínica del Oriente – Servid Salud Integral S.A.S. se menciona que...

2. LA CLÍNICA DEL ORIENTE – SERVID SALUD INTEGRAL S.A.S debe contar con un protocolo institucional para la atención de paros cardiopulmonares, que a su vez debe ser expuesta y compartida con todos sus colaboradores y trabajadores del área de la salud para

que actúen acorde a lo estipulado previamente ante una situación como el paro cardiopulmonar o código azul.

3. LA CLÍNICA DEL ORIENTE – SERVID SALUD INTEGRAL S.A.S según la resolución 3100 del 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social debería contar con carro 8 de paro, al cumplir con la definición de “11.4.10 – SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS” el cual se define como “servicio que presta atención hospitalaria a pacientes con alteraciones en salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas, con una estancia mayor a 24 horas.” Servicio que exige acorde a la resolución dentro del estándar de dotación de complejidades mediana y alta en modalidad intramural contar con “18.2. Carro de paro” (destacados extratexto).

En el hecho vigésimo quinto, se señala:

“...se concluye la responsabilidad de la entidad, conforme las siguientes conclusiones...

En segundo lugar, la atención no estuvo acorde a lo estipulado por las diferentes guías de práctica clínica – GPC – de Paro CardioPulmonar, lo cual refleja una falta de protocolo institucional para la activación del código azul “Paro cardio-pulmonar” y la falta del carro de paro para responder intrahospitalariamente de manera adecuada con base en la resolución 3100 de 2019 de MinSalud. De manera que, ante la falta de carro de paro, el paciente debió ser trasladado al Hospital San Juan de Dios – El Carmen de Viboral – para la respectiva reanimación cardiopulmonar avanzada” (destacado fuera de texto).

Además, si se revisan los fundamentos de la demanda, la parte demandante arguyó con relación a la pérdida de la oportunidad:

“Fundamento la presente demanda en las siguientes normas: I. Código Civil de la República de Colombia,

...

ARTICULO 2356. RESPONSABILIDAD POR MALICIA O NEGLIGENCIA. *Por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona, debe ser reparado por ésta.*

...

II. Teorías sobre la responsabilidad médica...

La segunda es la teoría subjetiva que, si se tiene en cuenta tal elemento subjetivo del actuar médico, indaga sobre si en tal desenlace perjudicial como consecuencia de un actuar médico, este se produjo con dolo o intención o simple culpa en cualquiera de sus modalidades, esto es, por negligencia, impericia, imprudencia o violación de reglamentos, bien por acción o bien por omisión. Todo visto desde la regla general de que en principio el médico o la institución hospitalaria están obligados a desplazar los medios intelectuales y físicos para mejorar la salud del paciente o mantenerlo con vida, pero que no necesariamente faltan a sus obligaciones si tal resultado se frustra o no se logra.

...

En este caso, “el juez analiza la existencia del perjuicio en relación con situaciones inexistentes al momento en que debe calificar la certeza”, estas situaciones fictas se refieren a supuestos que, según la víctima, de no haber existido el daño se habrían dado. Así la pérdida de oportunidad se tendrá que indemnizar en los casos en que se tenga certeza sobre la pérdida definitiva de la misma, esto a pesar de que exista un desconocimiento respecto de si la víctima habría o no podido

lograr la ventaja esperada. Ejemplos de la anterior pérdida de oportunidad, son la pérdida de un ascenso o empleo, la pérdida de un contrato y la pérdida de la posibilidad de cura de una enfermedad. De la pérdida de oportunidad en la cura de una enfermedad, se tiene como ejemplo el caso de Jorge Eduardo Polanco Rodríguez, donde el Consejo trato el tema de la perdida de oportunidad dijo: “CHABAS ha hecho una reciente recapitulación del estado de la cuestión en este punto, poniendo, junto a ejemplos extraídos de la responsabilidad médica (donde esta figura encuentra su más frecuente manifestación), otros como los siguientes: un abogado, por negligencia no comparece en un recurso y pierde para su cliente las oportunidades que éste tenía de ganar el juicio; un automovilista, al causar lesiones por su culpa a una joven, le hace perder la ocasión que ésta tenía de participar en unas pruebas para la selección de azafatas. (...) Este autor señala que en estos casos los rasgos comunes del problema son los siguientes: 1. Una culpa del agente. 2. Una ocasión perdida (ganar el juicio, obtención del puesto de azafata), que podía ser el perjuicio. 3. Una ausencia de prueba de la relación de causalidad entre la pérdida de la ocasión y la culpa, porque por definición la ocasión era aleatoria. La desaparición de esa oportunidad puede ser debida a causas naturales o favorecidas por terceros, si bien no se sabrá nunca si es la culpa del causante del daño la que ha hecho perderla: sin esa culpa, la ocasión podría haberse perdido también. Por tanto, la culpa del agente no es una condición sine qua non de la frustración del resultado esperado.” En la búsqueda de la certeza del perjuicio el juez recurre en muchas ocasiones a las presunciones, como apoyo a las pruebas que en cada caso particular ofrecerán la certeza buscada. En esta búsqueda el juez debe también tasar los perjuicios sufridos por la víctima, los cuales se describirán a continuación.”

Y en los reparos sustentados tanto en primera como en segunda instancia, refiere directamente a la pérdida de la oportunidad, al decir:

“Desconocer la obligación de utilización del protocolo institucional para la atención de paros cardiopulmonares.

Para el señor Juez, considerar si era necesario o no utilizar el carro de cardio, vuelve el señor juez a confundir o interpretar inadecuadamente lo aducido, bajo el entendido que no es una ambulancia, si no un aparato que debe tener toda institución, señalándose que se trata de “ una unidad compacta, que asegura, garantiza e integra los equipos, medicamentos e insumos necesarios para atender en forma inmediata, una emergencia o urgencia, que amenace inminentemente la continuidad y conservación de la vida. internación clínicos, y críticos”. no es suficiente prueba, donde efectivamente se insiste se requería activar para la atención de dicho paciente, aceptando como cierta la declaración de la prueba técnica de los demandados, donde advierte: no hay evidencia de una falencia (sic) que hubiese llevado a la muerte de JUAN PABLO, se hizo todo lo que requería. Ahora se pregunta la parte demandante, y la evidencia que se presentó de no haber hecho lo que tenían que hacer para salvarle la vida a JUAN PABLO, ¿de haber dejado a personal asistencial los requerimientos de atención al insomnio y al dolor que decía sentir? Pese al conocimiento de los antecedentes por síndrome de abstinencia, ¿por qué no se activó el código azul como segundo pasó al notar que no había signos vitales en el paciente? Es evidente que el protocolo señalado en la contestación de la demanda, no se llevó efectivamente a cabalidad, pero yerra nuevamente el despacho en indicar 1. Sobre el mismo no dice quién es el personal que debe llevarlo. 2. Que la parte demandante acepta que se le hizo

reanimación porque lo transcribe en la demanda o sea que por ello SERVID SI GARANTIZÓ la vida e integridad de JUAN PABLO. 3. Que la perito llevad< por los demandados aseguró que a JUAN PABLO si se le trató como un paciente con antecedentes de paro, ¿bajo qué argumentos sustenta dicha consideración? Bajo el entendido que hasta un lego puede ser reanimación básica, pero a renglón seguido advierte que luego sigue la especializada. ¿En el caso de JUAN PABLO CANO, quien le efectuó reanimación especializada? El despacho yerra nuevamente en su apreciación al indicar que el enfermero luego de tomar signos vitales llamó a un médico. de dónde tal apreciación? Si en la declaración del enfermero a la fiscalía general de la Nación, indicó: Observado lo señalado en la misma declaración del enfermero, se evidencia que realmente no se cumplió con el protocolo de atención con un paciente en las condiciones de JUAN PABLO CANO, o la misma fue tardía, pues nunca llamó a otro médico como advierte el señor Juez, este solo ubicó a los superiores para evidenciar si la sintomatología daba para pensar que se había muerto.”

Por tanto, la postulación del tipo de acción que rige el caso y la identificación de la norma sustancial que se toma para solucionar la controversia, son reglas imperativas del funcionario judicial y de su competencia; así, esta Sala de Decisión Civil se ceñirá a lo establecido en el artículo 281 del CGP, para efectos de ser congruente con lo narrado en los hechos de la demanda y sus fundamentos, con lo pretendido, con el acervo probatorio, con el contenido de la sentencia y con los puntos concretos de reparo y sustentación en primera y en segunda instancia, que deben incluir la prueba y la cuantificación de la pérdida de oportunidad como perjuicio autónomo, amparado en el principio de reparación integral contenido en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998 y en consonancia con precedente de esta Sala de Decisión Civil en el expediente de

radicado 05001-31-03-008-2017-00296-01, que modificó la sentencia emitida en primera instancia tras encontrar demostrada la pérdida de oportunidad *“derivada de la dilación en la autorización y remisión del paciente a la especialidad de Oftalmología siendo constitutivo de culpa...El tiempo transcurrido agravó la patología del paciente y conllevó al deterioro de su nervio óptico con la consecuente disminución de la visión que influyó en la pérdida de su capacidad laboral...”*; y conforme precedentes horizontales formulados ante la Sala Primera de Decisión Civil de este Tribunal Superior como el contenido en el expediente de radicado 05001 31 03 002 2015 01335 01, que accedió al reconocimiento de la pérdida de oportunidad como un perjuicio autónomo que se indemnizó al lado de los perjuicios morales, el daño a la vida de relación y los perjuicios materiales de los que se encontró prueba en el plenario.

Por ello como precisión liminar se aclara que el análisis de la pérdida de oportunidad se hará como un elemento de atribución de responsabilidad médica, específicamente como un hecho fundamental para evaluar la posible conducta culposa de la parte demandada aunado a lo considerado en párrafos precedentes sobre pérdida de oportunidad en la no aplicación y observancia del protocolo de reanimación cardiorrespiratoria.

8.3 ¿De la pérdida de oportunidad o de chance como elemento estructural de culpa en la responsabilidad médica?

En la doctrina y buena parte de la jurisprudencia patria se ha venido desarrollando, con fuerza importante, la noción de pérdida de chance u oportunidad en la responsabilidad médica.

La ausencia de un adecuado diagnóstico, la tardanza en la práctica de una evaluación médica, la demora en un tratamiento o la activación y observancia

de protocolos de emergencia, como cuando se presenta paro cardiorrespiratorio, entre otros, son diversos supuestos en los que puede evaluarse el alcance de esa noción de pérdida de la oportunidad en el tema médico; precisando que en este campo la pretensión indemnizatoria tendrá que confeccionarse bajo unos parámetros muy específicos; de esta manera, el daño como tal se concibe como la pérdida de oportunidad para que un paciente pueda ser atendido oportunamente.⁷

Al interior de la Sección Tercera del Consejo de Estado ha venido considerándose que, ***“...la falla en la prestación del servicio de salud configura responsabilidad, por el sólo hecho de no brindar acceso a un tratamiento, incluso si desde el punto de vista médico la valoración de la efectividad del mismo, muestra que pese a su eventual práctica (es decir si se hubiera practicado y no se hubiera incurrido en la falla en la prestación del servicio), el paciente no tenía expectativas positivas de mejoría.”***⁸

Esa denominada ***“falla en la prestación del servicio”*** no puede plantearse en términos de indemnizar daños inciertos; no puede desconocerse que la causalidad y la certeza del daño deben establecerse en el proceso, sin perjuicio que se hagan las matizaciones propias de las probabilidades que se generan cuando se habla de pérdida de un chance; lo anterior, por cuanto el fallador no puede sustraerse a las causas naturales que están presentes en el surgimiento y evolución de una enfermedad.⁹

⁷ Según SILVIA TANZI que "(...) La omisión de atención adecuada y diligente por parte del médico al paciente puede significar la disminución de posibilidades de sobrevivir o sanar. Resulta indudable que una situación de esa naturaleza configura una pérdida de chance, daño cierto y actual que requiere causalidad probada entre el hecho del profesional y un perjuicio que no es el daño integral sino la oportunidad de éxito remanente que tenía el paciente." SILVIA TANZI, "La reparabilidad de la pérdida de la chance", en La Responsabilidad. Buenos Aires: Abeledo Perrot, p. 330

⁸ Véase sentencias del CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, exp. 11878, de febrero 10 de 2000; exp. 12548, de junio 15 de 2000; exp. 15772, de agosto 31 de 2006; exp. 13542 de julio 13 de 2005 y exp. 17725 de abril 28 de 2010.

⁹ El ejemplo presentado por FRANCOIS CHABAS resulta bien ilustrativo: "Una mujer sufre hemorragias uterinas. El médico consultado no diagnostica cáncer, no obstante signos clínicos bastante netos. El médico se obstina. Cuando la paciente finalmente consulta a un especialista es demasiado tarde: el cáncer de útero ha llegado a su estadio último. La enferma muere. No podría decirse que el primer médico mató a la paciente.

De igual manera en la sentencia del 15 de junio de 2000 se consideró que cuando se presenta dificultad en establecer el nexo de causalidad para determinar la responsabilidad médica, es necesario entrar a realizar el estudio de lo que la jurisprudencia y la doctrina ha establecido como la ***“pérdida de oportunidad”***, con el fin de establecer si la acción u omisión de la entidad demandada restó al paciente una oportunidad de recuperar su salud.

Tal línea de decisión se ha sostenido en providencias como la del 13 de julio de 2005, el 31 de agosto de 2006 y el 28 de abril de 2010, iterando que el análisis debe realizarse desde la causalidad, pero a partir de parámetros ciertos que gravitan en torno a la posibilidad o a la probabilidad real que tenía el paciente de obtener mejoría, recuperación y en general de preservar su vida.

Descendiendo al caso concreto, sobre la causa de la muerte de JUAN PABLO CANO SÁNCHEZ, el informe pericial de Necropsia Médico Legal expone, ***“...los hallazgos de necropsia no permiten concluir causa básica de la muerte por lo cual continúa en estudio, con hipótesis por resultado de necropsia como manera natural de muerte con mecanismo fisiopatológico parada cardiorrespiratoria, a definir según hallazgos de patología Y tóxicos en nuestras recolectadas. Durante el proceso de necropsia no se encuentran otro tipo de lesiones como herida por proyectil de arma de fuego, traumas contundentes, cortantes o corto contundentes. La fecha de la muerte por hallazgos de necropsia: compatibles con los fenómenos cadavéricos para la***

Ella hubiese podido, aún tratada a tiempo morir de cualquier manera (la estadística da el coeficiente abstracto de chances de curación de un cáncer tomado en su origen). Si se considera que el perjuicio es la muerte, no se podría ni siquiera decir que la culpa del médico ha sido una condición sine quanon de ella. Pero obsérvese que la paciente, comprometida en un proceso de muerte, tenía chances de sobrevivir y la culpa médica hizo perder esas chances... También se trata de chances perdidas cuando un enfermo tiene posibilidades de sanar mediante un tratamiento o una operación correcta. La estadística, evidentemente abstracta, indica cuáles son esas chances. Por culpa del médico, por ejemplo, por un error en la operación, la enfermedad deviene definitiva. En todos estos casos, la situación final (muerte, enfermedad definitiva) no puede serle imputada al agente, porque hay dos causas posibles: una causa natural o su culpa, y no se sabe cuál es la verdadera... Cuando el perjuicio es la pérdida de una chance de supervivencia, el juez no tiene la facultad de condenar al médico a pagar una indemnización igual a la que se debería si él hubiese realmente matado al enfermo" FRANCOIS CHABAS "La pérdida de una chance en el Derecho francés" publicado en J.A., semanario del 7/12/94. Citado en: <http://www.lamutual.org.ar/newsletter9-ferreyra.php>

fecha 18/07/21...Causa básica de la muerte: en estudio” (archivo 15, pdf 52 del expediente electrónico).

Según concepto técnico emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal¹⁰ la causa de muerte, *“es la enfermedad o trauma que desencadena una secuencia de eventos que termina en la muerte de una persona”*; la manera de muerte, *“es el factor causal que actúa sobre la persona para afectar su biología como consecuencia de acción extrínsecas al equilibrio biológico, es decir con lesiones traumáticas, o cómo la biología está afectada por un curso natural que depende del individuo y de su capacidad de respuesta ante las alteraciones inducidas por elementos biológicos tales como microorganismos. Una muerte deberá ser considerada entonces como violenta sí es el resultado de una acción extrínseca una fuerza química o física, o ha de ser considerada como natural cuando se produce por alteraciones bioquímicas, inmunológicas, degenerativas, o infecciosas”*; los mecanismos fisiopatológicos de muerte, *“explican la muerte desde el punto de vista funcional”*; y los mecanismos físicos de lesiones se aplican, *“Cuando una muerte es consecuencia de un trauma cabe preguntarse cuál es el mecanismo físico o eventualmente químico de la producción de la misma.”*

De los documentos anexos al expediente puede advertirse que pese a no haber prueba de la causa básica de muerte que, *“actúa como la desencadenante de la secuencia de eventos, con el momento en que cesan las funciones vitales y ocurre el deceso¹¹”*, se planteó por el perito forense, *“hipótesis por resultado de necropsia como manera natural de muerte con mecanismo fisiopatológico parada cardiorrespiratoria”*; lo que coincide con el concepto

¹⁰ https://www.medicinalegal.gov.co/foro/-/message_boards/message/596641

¹¹ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DIVISIÓN DE TANATOLOGÍA FORENSE, MATERIAL CIENTÍFICO PATOLOGÍA FORENSE Boletín N° 22 Bogotá, D.C., febrero de 2005, <file:///D:/USUARIO/Descargas/MATERIAL%20CIENTIFICO%20PATOLOGIA%20FORENSE%20I.pdf>

técnico de la Dra. Isabel Escobar, Médica Especialista en Toxicología de la clínica SERVID, *“desde el punto de vista toxicológico nosotros siempre teorizamos porque tenemos siempre desafortunadamente que ver muchos pacientes que fallecen y Juan Pablo es un paciente que lamentablemente se expuso desde temprana edad a múltiples sustancias psicoactivas dentro de esas incluso hidrocarburos como son los inhalantes que aumentan el riesgo de muerte súbita y de arritmias malignas que responden muy mal a las terapias de reanimación y que adicionalmente pueden presentarse en cualquier momento incluso años después del consumo aun teniendo el paciente ya una vida relativamente saludable...tenía otros factores de riesgo de exposición de muerte súbita sino también arritmias cardiacas, obesidad y antecedente de paro cardiorrespiratorio por tramador y Zoplicona...un paro cardiorrespiratorio le puede suceder a cualquier persona en cualquier momento de la vida...”* (subrayas de la Sala).

Así que, aún sin determinarse la causa de la muerte como la desencadenante de la serie de sucesos que la produjo *“a definir según hallazgos de patología y tóxicos en nuestras recolectadas”*, el conocimiento del mecanismo fisiopatológico hallado por el forense y explicado por la testigo técnica, correspondiente a *“paro cardiorrespiratorio”*, es de especial trascendencia para el estudio del nexo de causalidad, teniendo en cuenta que no se siguió el protocolo especializado para la reanimación cardiorrespiratoria -código azul diseñado por SERVID SALUD, lo que representaría falla en la prestación del servicio médico de la institución prestadora de servicios de salud, que desencadenó en una actuación insuficiente conforme lo que le era técnicamente exigible, porque no se activó ni observó el protocolo de reanimación cardiorrespiratoria, limitándose el centro médico a prestar únicamente un servicio primario de masajes por parte de auxiliares de enfermería, sin supervisión de médico presente ni el equipo interdisciplinario que debió intervenir para brindarle los procedimientos protocolarios; no hubo

presencia de médico que definiera hasta qué punto era necesario iniciar, sostener y culminar funciones de reanimación más allá del masaje cardíaco inicial; truncando las posibilidades de reanimación del paciente.

Acaecido el suceso a las 5:30 a.m., el auxiliar de enfermería que lo atendió, a las 6:00 a.m. dejó constancia del procedimiento primario efectuado en el cuadro de Actividades de Enfermería de SERVID, la anotación: ***“paciente en el transcurso de la noche refiere dolor en la espalda, se administra 1000 mg acetaminofén, (palabra ilegible) 03:00 am, 04:00 am refiere dolor Y no ser capaz de dormir, se verbaliza (palabra ilegible) que siga durmiendo, a las 05:(minutos ilegibles) (frase ilegible) se observan la cama del paciente con vómito, se hace llamado, no responde, se toman signos vitales, sin signos, se inicia masaje cardíaco, no se realizan maniobras (palabra ilegible), al momento de realizar el masaje cardíaco, se observa con cianosis peribucal, conservando aún (frase ilegible), si avisa a los jefes inmediatos quienes informan a la familia y se realiza el debido procedimiento.”***

Revisada la historia clínica, apenas a las 8:50 a.m. de ese día, se registró la anotación de fallecimiento del paciente, ***“Mediante reporte de enfermería se refiere que el paciente recibió sus medicamentos prescritos desde el día jueves 15 de julio de 2021. Posteriormente el día 18 de julio a las 4:05 am el paciente se levanta de la habitación y solicita medicamentos ante la queja de insomnio, el cual se niega. Posteriormente solicita medicamento analgésico por dolor lumbar ante lo que se administra acetaminofén. El paciente posteriormente se traslada por su propio pie, orientado y alerta con funciones mentales superiores en normalidad a su habitación. En ronda de 5:00am se identifica que el paciente se encuentra durmiendo, roncando, sin aparentes complicaciones y a las 5:30am, el paciente se encuentra sin signos vitales. Se intenta realizar reanimación cardiopulmonar no encontrándose respuesta ante lo cual, se declara el fallecimiento del paciente.”***

Fue así como el cuerpo sin vida de Juan Pablo fue trasladado en carro fúnebre hasta el Hospital San Juan de Dios de la Ceja, toda vez que SERVID “*no contaba con los formularios de defunción*” y luego de la negativa de su recibo, fue devuelto a la institución donde se presentó la Fiscalía General de la Nación, que inició investigación penal e inspección del cadáver con su correspondiente necropsia, entregando el registro de defunción el 19 de julio de 2021; todo ello como consecuencia de la falta de aplicación y observancia del protocolo de reanimación cardiorrespiratoria.

Es que la activación del código azul en SERVID SALUD, que no se presentó en este caso, consistía en informar a toda la institución que un paciente entró en paro cardiorrespiratorio mediante el megáfono, surtido lo cual, se contactaría inmediatamente el servicio de ambulancia; el equipo de reanimación conformado por líder (médico general de turno), asistente de vía aérea (médico general líder), asistente de masaje (auxiliar de enfermería relevado por personal de salud capacitado) y asistente de medicamentos (jefe de enfermería), procederían a confirmar la ausencia de pulso, despejar vías respiratorias, ordenar y suministrar medicamentos, practicar masaje de manera efectiva, prestar asistencia por desfibrilador, manejar vía aérea del paciente y llevar registro de todo lo administrado; practicada la secuencia de reanimación básica y en caso de orden del médico, se debió proceder -en caso de respuesta del paciente- con RCP post desfibrilación y remisión para reanimación avanzada o manejo integral posterior al paro o -en caso de no respuesta- con la orden médica de terminar la reanimación conforme con el protocolo de SERVID SALUD.

Para el caso concreto, considera esta Sala de Decisión Civil que no se activó el protocolo de reanimación cardiorrespiratoria o código azul por parte de los auxiliares de enfermería que brindaron la atención primaria ni por ninguna

persona al interior de la IPS suprimiéndose la posibilidad de atención y supervisión médica del paciente en el episodio de paro cardiorrespiratorio; contrario al protocolo de reanimación, el médico de turno estaba disponible de manera virtual y para el momento del suceso se enteró cuando culminó la asistencia primaria, sin que esta sea la clase de atención que le es exigible a una Institución Prestadora de Servicios de Salud; no quedando en la historia clínica el criterio médico de la institución a cerca de la causa de la muerte; luego fue conceptualizado por profesionales médicos que refirieron el paro cardiorespiratorio ubicándolo en el contexto de mecanismo fisiopatológico y las posibles causas teniendo en cuenta los antecedentes clínicos y toxicológicos de Juan Pablo; habiéndose omitido la asistencia médica y el procedimiento interno para la activación del protocolo de reanimación cardiorrespiratoria-código azul y el manejo profesional del paro cardiorrespiratorio; vislumbrándose la negligencia asistencial que se proyectó en la pérdida de oportunidad de agotar el protocolo de reanimación del paciente.

En este orden, reanimación es definida por la Real Academia Española (RAE) como el "***Conjunto de medidas terapéuticas que se aplican para recuperar o mantener las constantes vitales del organismo***"; "***Reanimar es dar vigor, restablecer las fuerzas, hacer que recobre el conocimiento alguien que lo ha perdido***"; en medicina, la palabra reanimación comprende un conjunto de medidas terapéuticas que se aplican para recuperar y mantener las funciones vitales del organismo; así, la reanimación cardiorrespiratoria es "***el conjunto de medidas de soporte vital, básico y avanzado, que intentan restablecer la función cardiopulmonar una vez que en una persona se ha producido un paro cardiorrespiratorio.***"¹²

¹²http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100011#:~:text=Reanimaci%C3%B3n%20es%20definido%20por%20la,alguien%20que%20lo%20ha%20perdido%22. Rev. Méd. La Paz vol.22 no.1 La Paz 2016 CONDUCTA ÉTICA EN EL PARO CARDIORRESPIRATORIO Ac. Dr. Oscar Vera Carrasco** Especialista en Medicina Crítica y Terapia intensiva. Profesor Emérito de Pre y Postgrado de la Facultad de Medicina, Enfermería Nutrición y Tecnología Médica

De acuerdo con el PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR de SERVID SALUD, que a propósito fue aportado al proceso por la misma entidad demandada, se verifican las posibilidades de supervivencia, al expresar que, ***“La muerte súbita del paro cardiorrespiratorio en el mundo es de alrededor del 6%. Sin embargo, se han reportado tasas de sobrevida que oscilan entre un 49 y un 74% en los casos de paro presenciado en los que se realiza reanimación inmediata y desfibrilación precoz (primeros 5 minutos de ocurrido el evento). Por tal motivo, actualmente se están implementado estrategias multidisciplinarias con el objetivo de reducir el impacto del paro cardiorrespiratorio en la sobrevida de los pacientes, muchas de ellas centradas en la investigación científica y en la educación del personal no médico. Por cada minuto que pase sin que se efectúen maniobras de reanimación cardiopulmonar, la víctima de paro pierde entre el 7 y 10 % de probabilidades de sobrevida. Con procedimientos adecuados, las probabilidades de sobrevida aumentan a una tasa que fluctúa entre un 3 a 4% por minuto, lo cual duplica y muchas veces triplica el tiempo necesario para recibir asistencia médica avanzada. La RCP básica bien realizada aumenta hasta 4 veces la probabilidad de sobrevida.”***

Teniendo en cuenta que el auxiliar de enfermería manifestó en la entrevista rendida ante la Policía Judicial, ***“a las cinco y cuarto mas o menos, empecé a abrir las puertas de las habitaciones para que los pacientes inicien su jornada diaria, en ese momento, entré a la habitación de Juan Pablo y vi en la pared como una especie de salpicaduras”***; en la historia clínica se constata ***“En ronda de 5:00 a.m. se identifica que el paciente se encuentra durmiendo, roncando, sin aparentes complicaciones...”***; fue en el tiempo entre las 5:01 a.m. y las 5:15 a.m. que Juan Pablo sufrió el paro

cardiorrespiratorio, siendo 14 minutos el período máximo que estuvo sin reanimación.

Como se precisó en el acápite inicial de las consideraciones, dada la forma como se planteó la demanda, teniendo presente las pruebas y atendiendo a los fundamentos de disenso del recurso de apelación, la pérdida de oportunidad es indicativa de un supuesto de negligencia o culpa tanto de la entidad prestadora de los servicios de salud EPS SURAMERICANA SA como de la IPS SERVISALUD INTEGRAL SAS¹³, dado que en el régimen de seguridad social en salud existe solidaridad entre la EPS de la cual era beneficiario el paciente y la IPS donde se desembocó el padecimiento, porque la atención fue brindada en SERVID SALUD por un encargo preestablecido por la EPS y son dos sujetos de derecho diferentes respecto de las cuales existe “*unidad de objeto prestacional*”, que les extiende a ambos la carga de resarcir los daños inferidos al paciente como lo ha preestablecido la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2769 de 2020.

El alcance de las obligaciones adquiridas por las EPS, según los delineamientos de los artículos 177, 179 y 183 de la Ley 100 de 1993, consistentes en organizar y garantizar la prestación de servicios del plan obligatorio de salud, implica “*disponer y preparar un conjunto de personas calificadas (instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales en áreas relacionadas), incluidos los medios adecuados*” para que se presten los servicios con criterios científicos y procedimientos de control adecuados en procura de una atención integral, eficiente, oportuna y de calidad, lo que conlleva emitir autorizaciones para la prestación de servicios médicos, contratar una red especializada y ponerlos a disposición, por lo que responden cuando “*el paciente, sea afiliado o beneficiario, recurre a aquellos para la*

¹³ Certificado de existencia y representación legal: OBJETO SOCIAL. - La Empresa tendrá por objeto las actividades de Prestación de Servicios de Salud Física, Mental y Psicosocial y actividades empresariales; Así mismo podrá desarrollar cualquier actividad económica lícita, tanto en Colombia como en el extranjero.

recuperación de su salud, es decir, cuando la prestación del servicio de salud o relación médico- paciente, tiene como soporte o explicación el vínculo contractual ora legal subyacente entre la EPS y el afiliado o sus beneficiarios.”¹⁴

Cuando se presenta una inadecuada praxis médica por parte de la IPS, surge *ipso jure* la responsabilidad solidaria de ésta y la EPS; los centros prestadores de servicios de salud y su personal adscrito, obran como ejecutores de las obligaciones de origen legal de la EPS.

“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.

...

El juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón, como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a Radicación n° 05001-31-03-003-2005-00174-01 67 un caso fortuito” (sentencia SC13925 de 2016).

14 CSJ radicado 1999-00533-01

Es este orden, ante la falta de activación y aplicación del protocolo de reanimación cardiopulmonar por parte de SERVID SALUD, se configuró falla en la prestación del servicio médico que se traduce en falta de oportunidad como factor de imputación de la responsabilidad médica reclamada.

8.4 ¿Perjuicios extrapatrimoniales?

La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia desde sentencia SC13925-2016 tiene dicho respecto del daño moral, *“que hace parte de la esfera íntima o fuero psicológico del sujeto damnificado, toda vez que sólo quien padece el dolor interior conoce la intensidad de su sufrimiento, por lo que éste no puede ser comunicado en su verdadera dimensión a nadie más”*; desde luego, *“ Esta razonabilidad surge de la valoración de referentes objetivos para su cuantificación, tales como las características del daño y su gravedad e intensidad en la persona que lo padece; de ahí que el arbitrio iuris no puede entenderse como mera liberalidad del juzgador.”*

La doctrina nacional ha señalado que se trata de *“proporcionar al perjudicado o lesionado una satisfacción por la aflicción y la ofensa que se le causó, que le otorgue no ciertamente una indemnización propiamente dicha o un equivalente mensurable por la pérdida de su tranquilidad y -placer de vivir, pero si una cierta compensación por la ofensa sufrida y por la injusticia contra él personalmente cometida ¹⁵”*

Para la determinación de su quantum, es necesario acudir al *“marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos,*

¹⁵ LARENZ, Karl. Derecho de Obligaciones. Tomo II., Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado, 1959, p. 641.

situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador” (SC665, 7 mar. 2019, rad. 2009-00005-01).

Teniendo en cuenta la gravedad del perjuicio ocasionado, que se produjo por la muerte de un ser querido, especialmente en las condiciones en que tuvo ocurrencia el fallecimiento de Juan Pablo Cano Sánchez, se presume que generó en sus padres y hermanos un gran dolor, angustia y aflicción, ello es lo que muestra la experiencia en condiciones normales.

Se ha utilizado por los Jueces el **“arbitrio juris”** para la estimación de la indemnización de los perjuicios morales; la Corte Suprema de Justicia ha señalado, *“Ahora bien, el arbitrio judicium que ha desarrollado la jurisprudencia de esta Corporación, si bien se ha fundado en la potestad del juzgador para decidir en equidad la condena por perjuicios morales, de un lado, no lo ha hecho por fuera de las normas positivas sino con fundamento en ellas (L. 153/887, arts. 2341 y 8), y, del otro, sólo se ha aplicado a falta de norma legal expresa que precise la fijación cuantitativa. Es decir, se trata de una potestad especial que supone, de una parte, la prueba del daño moral, que, cuando proviene del daño material a la corporeidad humana, va ínsito en este último, y, de la otra, la aplicación supletoria de las reglas directas de la equidad con fundamento en las características propias del daño, repercusiones intrínsecas, posibilidad de satisfacciones indirectas, etc.”*¹⁶

La parte demandante estimó los perjuicios por daño moral en 100 SMMLV para VIVIANA MARCELA SÁNCHEZ PIEDRAHITA, ANDERSON CIFUENTES LARA y JEISSON ALEJANDRO CANO HINCAPIÉ y en 50

¹⁶ C.S.J., S.C.C., Sentencia de 5 de marzo de 1993, M.P. Pedro Lafont Pianetta.

SMMLV para EMELYN CIFUENTES SÁNCHEZ, MARÍA PAULA CANO OSORIO y JUAN MANUEL CANO OSORIO.

Los padres biológicos de Juan Pablo, VIVIANA MARCELA SÁNCHEZ PIEDRAHITA y JEISSON ALEJANDRO CANO HINCAPIÉ relataron con la demanda que desde que tenía dos años terminaron la relación de pareja quedando la madre con la custodia del menor y asumiendo el padre los deberes legales; para el año 2006, cuando la madre empieza la convivencia con ANDERSON CIFUENTES LARA, el padre siguió cumpliendo con los alimentos del menor y régimen de visitas.

A la madre VIVIANA MARCELA, en audiencia se le preguntó “*¿cuál ha sido su estado de ánimo después del fallecimiento de su hijo? horrible, ese era el motor de la casa...tuvimos que irnos de la casa a pagar arriendo porque ya no aguantábamos más allá...y mi hija ni que decir, esa sí que está peor que yo...para todos eso fue como que se nos hubiera acabado el mundo...esto es horrible... ¿para el primer semestre del 2021 quienes vivían en la misma casa con Juan Pablo? Emerson y Anderson.*”

Lo anterior coincide con la declaración del padre de crianza ANDERSON CIFUENTES quien corroboró lo afirmado por la madre e indicó, que debido a la situación de congoja por el fallecimiento de Juan Pablo, se trasladaron de su lugar de vivienda.

La testigo LUZ FANELY, familiar de Juan Pablo dijo, “*A todos nos dio muy duro porque Juan Pablo era un excelente niño, la mamá no lo ha superado, todos los días llora, todos los días habla de él, todos tenemos algo que recordar...Después de la muerte de Juan Pablo muchas cosas han cambiado en la familia*”. DIEGO LEÓN SÁNCHEZ, testigo hermano de la madre de Juan Pablo relató que Viviana, “*no se ha podido recuperar de esa...*”

JEISSON ALEJANDRO CANO HINCAPIÉ (padre biológico) manifestó tener conocimiento de las dolencias de Juan Pablo, refirió su acompañamiento durante el proceso de adicción a los opiáceos y la insistencia que tuvo junto con la madre y con Juan Pablo para iniciar el proceso de rehabilitación; mencionó su conocimiento sobre las circunstancias de la muerte de Juan Pablo y el dolor que le ha causado.

ANDERSON CIFUENTES LARA padre de crianza, en el hecho 5 de la demanda, *“la relación ascendientes y padre de crianza, así como con sus hermanos era excelente al punto que todas las decisiones trascendentales eran manejadas tanto por los padres biológicos como con el padre de crianza, pues pese a que, a muy temprana edad de JUAN PABLO, sus padres se separaron, su padre biológico siempre estuvo al tanto de las obligaciones que como padre le asistían con su hijo, no siendo solo un papá de plata como vulgarmente se manifiesta.”*

En audiencia declaró, *“¿cómo era su relación con Juan Pablo? la relación era muy buena éramos como padre e hijo normal... ¿les dijeron cuál fue la causa del fallecimiento? no...la muerte de Juan Pablo fue una cosa muy dura, él era la alegría de la casa, nos tuvimos que ir de la casa porque nos estábamos enloqueciendo, nos tuvimos que ir a pagar arriendo y todo. Se le puso de presente “él dijo que ingresó al proceso porque le estaba haciendo mucho daño a la familia”; ¿usted sabe por qué? porque estaba tomando el tramadol... nosotros siempre le rogábamos que cambiara, le llorábamos...”*

EMELYN CIFUENTES SÁNCHEZ (hermana), MARÍA PAULA CANO OSORIO y JUAN MANUEL CANO OSORIO (hermanos medios), narraron en el hecho 6 de la demanda, *“se cuenta por familiares y vecinos que las relaciones entre los hermanos tanto por parte del padre en común como la*

madre en común, son excelentes, al punto que su hermanita EMELYN SANCHEZ, con quien vivía bajo el mismo techo era su referente, su confidente y mejor amigo; de igual manera compartía constantemente con sus otros hermanos.”

Respecto de EMELYN SÁNCHEZ se pronunció su madre indicando que su estado aflictivo es incluso peor que el propio con ocasión al fallecimiento de su hermano Juan Pablo.

El hermano JUAN MANUEL CANO OSORIO en audiencia declaró, *“Aunque no vivíamos juntos nos llevábamos muy bien, hablábamos frecuentemente por WhatsApp...; ¿sabía de una patología que él tenía en la espalda? el sufría un dolor en la columna, a veces trabajábamos juntos y él se quejaba del dolor me tocaba ayudarle; ¿sabía que algunas veces sufrió convulsiones? no estaba enterado...porque tenía mucho trabajo; ¿estando internado hablo con él? por WhatsApp...incluso algunos días antes de su fallecimiento...mientras él estaba allá le dije que lo esperaba para empezar con el (un proyecto de motos;) ¿cuál fue la causa que dijeron de la muerte? tenía entendido que se había vomitado dormido por una dosis que no le debían de dar. ¿cómo ha estado su estado de ánimo? eso nos ha dado duro a todos, no es lo mismo que alguien que convive diariamente, pero hasta hoy en día todavía me da muy duro por los proyectos que tenía con él.”*

Quedó demostrada la intensidad del dolor padecido tanto por los padres biológicos de quien se presume la aflicción, como por el padre de crianza de Juan Pablo quien convivía con su madre y su hermana desde que este tenía 3 años de edad, los declarantes coincidieron en sus buenas relaciones familiares, su cercanía, vivían en la misma casa, y en el dolor que le causó la muerte de su hijo, por lo que conforme delineamiento dado por la Corte en Sentencia SC3728-2021, *“el padre de crianza tiene derecho al pago de una*

indemnización por daño moral, debido a los lazos afectivos que lo unían a su hijo de crianza, cuyo rompimiento le causó grandes y profundos sufrimientos.”

Respecto de los hermanos medios no se armaron elementos probatorios que permitieran vislumbrar la intensidad del daño por lo que se aplicará la presunción de su causación; frente a la hermana media con quien convivía, se tendrá en cuenta en la valoración de la intensidad del daño, el criterio de convivencia y cercanía que se presume de quienes residen bajo el mismo techo.

De tal manera, como se trata de un paliativo frente a un perjuicio extrapatrimonial, se acude al “arbitrio juris” para la estimación de la indemnización de los daños, acompañado del análisis del acervo probatorio como se consideró en acápites anteriores, teniendo presente que la Corte Suprema de Justicia y esta Sala de Decisión Civil en sus precedentes horizontales han señalado que se acude a los principios de reparación integral y a la equidad conforme lo consagra el artículo 16 Ley 446 de 1998.

8.5 ¿Tasación de perjuicios?

Con base en la prueba analizada y atendiendo el criterio de equidad que ***“permite una graduación atemperada en la distribución de cargas y beneficios a las partes. En este sentido, el operador, al decidir, tiene en cuenta no las prescripciones legales, sino los efectos concretos de su decisión entre las partes¹⁷”***; y de reparación integral que ***“aunado con la ausencia de fijación legal de la materia, ha permitido la evolución jurisprudencial en la Jurisdicción Ordinaria y en la de lo Contencioso Administrativo, tanto en lo relativo a la tipología de los perjuicios***

¹⁷ Sentencia C-1547 de 2000.

reparables, como en los montos mismos de cada una de dichas categorías, en lo que respecta a las indemnizaciones o compensaciones pecuniarias, como medidas complementarias a los otros instrumentos de la reparación integral¹⁸”; para la tasación de los perjuicios reclamados y como se derivan de la falta de oportunidad en la prestación del servicio médico del protocolo de reanimación cardio respiratoria, se aplicará el porcentaje máximo dentro de los rangos referidos en el PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR de SERVID SALUD, partiendo que el suceso acaeció a las 5:01 a.m. (luego de la ronda en donde se le evidenció con signos); los primeros 5 minutos (hasta las 5:06) tuvo hasta 74% de probabilidades de sobrevivir si se le hubiera practicado RCP¹⁹; luego, por cada minuto sin RCP perdió por lo menos el 7% de probabilidades de sobrevivir; así que transcurridos 9 minutos (hasta las 5:15 a.m.) como tope sin RCP, contaba con el 11% de posibilidades; porcentaje que se aumentaría hasta el 44% con la RCP básica bien realizada.

Por tanto, el elemento culpa descrito en los párrafos antecedentes aunado al daño ocasionado y a su relación de causalidad, determinan la responsabilidad solidaria de la EPS SURA y de la IPS SERVID, de allí la consecuente indemnización de perjuicios en favor de los demandantes, misma que se reducirá en la proporción indicada.

Esta Sala Civil estima un paliativo al daño moral que se le causó a VIVIANA MARCELA SÁNCHEZ PIEDRAHITA, JEISSON ALEJANDRO CANO HINCAPIÉ (padres biológicos) y ANDERSON CIFUENTES LARA (padre de crianza) en el equivalente a DIEZ (10) SMLMV al momento del pago efectivo para cada uno; para EMELYN CIFUENTES SÁNCHEZ (hermana), por ser pariente en segundo grado de consanguinidad le corresponde el 50 %

¹⁸ Sentencia C-344 de 2017

¹⁹ Reanimación cardiopulmonar también llamada cardiorrespiratoria.

del tope indemnizatorio²⁰ en el equivalente a CINCO (5) SMLMV al momento del pago efectivo; y para MARÍA PAULA CANO OSORIO y JUAN MANUEL CANO OSORIO (hermanos medios) en el equivalente a DOS (2) SMLMV al momento del pago efectivo para cada uno.

8.6 ¿Relación de garantía?

La demandada EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA SA llamó en garantía a la demandada IPS SERVISALUD INTEGRAL SAS.

El artículo 64 del CGP, *“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.”*

Respecto a la vinculación entre el demandado y el llamado en garantía, la Sección Tercera del Consejo de Estado, en sentencia de 12 de agosto de 1999, precisó que debe presentarse prueba siquiera sumaria del vínculo legal o contractual, para que, calificada la pretensión, resulte procedente para el llamante la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir con ocasión a la condena.

²⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia 05001233100019970141701 (30855), 1-jul-15 C.P. Olga Mérida Valle

De los artículos 64 y 65²¹ del CGP, no se desprende prohibición legal para llamar en garantía a quien es demandado, como se advierte en sentencia SC1304-2018 ***“El llamamiento en garantía es figura procesal de recibo para reclamar la intervención del tercero verdaderamente responsable, con fines de repetición”***; pero el llamamiento puede efectuarse a partir de una relación sustancial propia y autónoma entre quien llama y el llamado, diferente a la presunta solidaridad en la causación del daño.

La demanda fue promovida contra la EPS SURAMERICANA y la IPS SERVID SALUD, entidades que, en los términos enunciados son responsables solidariamente por los daños causados a los pacientes como consecuencia de la deficiente, tardía, inoportuna o equivocada prestación de los servicios médicos, y pese a que las EPS no los presta de manera directa, tienen la obligación legal de asegurar y garantizar que sean prestados de manera idónea y eficiente.

Como el llamamiento en garantía no se fundó en relación legal o contractual diferente a la solidaridad que se predica entre el llamante y llamada en garantía, la pretensión no prospera.

A su vez, la demandada IPS SERVISALUD INTEGRAL SAS llamó en garantía a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA SA con ocasión la póliza de RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CLÍNICAS y HOSPITALES No. 0707324-7 que ***“ampara las reclamaciones que le presenten al asegurado, durante la vigencia del seguro, por la responsabilidad civil profesional en que incurra a partir de la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares del mismo, por daños materiales, lesiones personales o muerte causados por un servicio médico, quirúrgico, dental, de***

²¹ Requisitos del llamamiento: La demanda por medio de la cual se llame en garantía deberá cumplir con los mismos requisitos exigidos en el artículo 82 y demás normas aplicables. El convocado podrá a su vez llamar en garantía.

enfermería, farmacéutico o laboratorista legalmente habilitado para ejercerse, dentro de los predios del asegurado especificados en la caratula ...condiciones particulares de la póliza.”

La carátula de la póliza certifica que se cuenta con un amparo de responsabilidad civil profesional de \$1.000.000.000 con un deducible del 10% de la pérdida, con cobertura mínima de \$4.000.000.

La COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS SA solicitó descontar del monto total del perjuicio el 10% del valor del deducible, tal como se pactó en la póliza de responsabilidad civil profesional por daños ocasionados por SERVID SALUD; como en la póliza está pactado dicho deducible, la aseguradora como llamada en garantía, es responsable del reembolso de lo que pague la asegurada hasta el 90% del valor total de las condenas que se le impongan.

Al declararse la responsabilidad civil médica de la IPS SERVISALUD INTEGRAL SAS, se REVOCARÁ la sentencia de primera instancia y en su lugar se condenará de manera solidaria a las demandadas al reconocimiento de los perjuicios morales tasados por la Sala de Decisión Civil; que conforme con el llamamiento en garantía que realizó la IPS SERVIDSALUD INTEGRAL SAS a COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS SA, la aseguradora reembolsará a la asegurada lo que pague a los demandantes previo deducible.

9. COSTAS

Ante la prosperidad del recurso de apelación formulado por la parte demandante, las costas de ambas instancias correrán a cargo de la parte vencida, tal como lo dispone el numeral 4° del artículo 365 del CGP.

10. AGENCIAS EN DERECHO

De acuerdo con lo establecido por el artículo 365 del CGP en concordancia con el artículo 5 numeral 1 del Acuerdo PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura, en esta instancia, se fijan como agencias en derecho el equivalente a DOS (2) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, a cargo de la parte demandada y en favor de la parte demandante.

DECISIÓN

La **SALA SEGUNDA CIVIL DE DECISIÓN DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: Por las razones expuestas, se **REVOCA** la sentencia de la referencia, en su lugar se declara que **SERVID SALUD SAS** y la **EPS SURAMERICANA SA**, son civil y solidariamente responsables por la falta de oportunidad médica conforme lo delineado en la parte motiva.

SEGUNDO: Se **CONDENA** a las demandadas de manera solidaria a pagar a los demandantes una vez en firme este fallo, los perjuicios morales causados por pérdida de la oportunidad:

- a) En favor de VIVIANA MARCELA SÁNCHEZ PIEDRAHITA por daño moral el equivalente a DIEZ (10) SMLMV al momento del pago efectivo.
- b) En favor de JEISSON ALEJANDRO CANO HINCAPIÉ por daño moral el equivalente a DIEZ (10) SMLMV al momento del pago efectivo.
- c) En favor de ANDERSON CIFUENTES LARA por daño moral el equivalente a DIEZ (10) SMLMV al momento del pago efectivo.
- d) En favor de EMELYN CIFUENTES SÁNCHEZ por daño moral el equivalente a CINCO (5) SMLMV al momento del pago efectivo.
- e) En favor de MARÍA PAULA CANO OSORIO por daño moral el equivalente a DOS (2) SMLMV al momento del pago efectivo.
- f) En favor de JUAN MANUEL CANO OSORIO por daño moral el equivalente a DOS (2) SMLMV al momento del pago efectivo.

TERCERO: CONDENAR a la COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS SA a REEMBOLSAR en favor de la asegurada IPS SERVIDSALUD INTEGRAL SAS lo que ésta pague a los demandantes dentro de los límites de la cobertura y previo deducible del contrato de seguro.

CUARTO: COSTAS en ambas instancias, a cargo de la parte demandada y en favor de la parte demandante.

QUINTO: AGENCIAS EN DERECHO equivalentes a DOS (2) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, a cargo de la parte demandada y en favor de la demandante.

05001 31 03 010 2022-00407-00

Proceso: Verbal

Demandantes: Viviana Marcela Sánchez Piedrahita y otros

Demandados: Servid Salud Integral SAS y otro

Decisión: REVOCA SENTENCIA. Interpretando la demanda y con fundamento en su fundamentación, el haz probatorio y los reparos sustentados en primera y segunda instancia, se declara responsabilidad médica por pérdida de oportunidad y se condena al pago de perjuicios extrapatrimoniales en la proporción determinada. Se accede al llamamiento en garantía.

NOTIFÍQUESE POR ESTADOS Y ELECTRÓNICAMENTE.

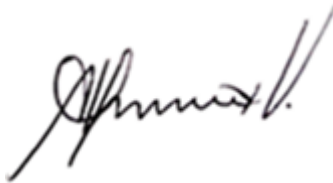
LOS MAGISTRADOS



RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ



LUIS ENRIQUE GIL MARÍN



MARTHA CECILIA LEMA VILLADA

Salvamento de voto

SALVAMENTO DE VOTO

Con el debido respeto frente a la decisión aprobada por la mayoría de la sala, expongo las razones de mi desacuerdo con la condena al pago de perjuicios por la pérdida de oportunidad impuesta en esta instancia.

1. Según el principio de congruencia que rige el recurso interpuesto por el apelante (art. 320 del CGP) el tribunal carece de competencia para abordar el tema de la pérdida de oportunidad, del cual la sentencia de primer grado no se ocupó, ni la parte demandada tuvo oportunidad de debatir en concreto respecto al paciente fallecido, lo cual incide en la garantía del debido proceso puesto que involucra el derecho de defensa y las consecuencias derivadas del cumplimiento e incumplimiento de las cargas probatorias de las partes.

2. Los puntos de inconformidad propuestos por la parte apelante en efecto, apuntaron a la falta de atención por médico especialista para el manejo farmacológico, la falta de aplicación del protocolo institucional en los casos de paro cardio pulmonar que involucraba atención especializada, uso de un carro de paro y de ser necesario, el traslado en ambulancia a un hospital. Omisiones a las que se atribuyó la causa de la muerte de Juan Pablo Cano y que el juez no apreció en debida forma. Ahora, si en gracia de discusión se admitiera que de dichas causas se deriva la pérdida de oportunidad declarada, encuentro que el hecho a partir del cual se estructura dicha pérdida es la ocurrencia de un paro cardio respiratorio respecto al cual no hay certeza de que haya ocurrido porque la causa de la muerte no se ha establecido, permanece en averiguación y apenas se ha indicado que era posible que dicho evento se hubiera presentado.

Así se citó en la sentencia el resultado de la necropsia:

“...los hallazgos de necropsia no permiten concluir causa básica de la muerte por lo cual continúa en estudio, con hipótesis por resultado de necropsia como manera natural de muerte con mecanismo fisiopatológico parada cardiorrespiratoria, a definir según hallazgos de patología Y tóxicos en n[m]uestras recolectadas.

En tanto que la Fiscalía señaló que la causa de la muerte estaba ***“en averiguación”***

3. Por último, si se llegare a considerar acreditada la ocurrencia del paro cardio respiratorio y la omisión de activación del protocolo de código azul como hecho determinante de la pérdida de oportunidad, no encuentro que dicho perjuicio esté demostrado porque la mayoría de sala estimó la posibilidad de supervivencia hasta un 74% del cual descontó el 63% perdido durante los 9 minutos transcurridos desde las 5:06 de la mañana (que era de 7% a 10% por cada minuto) hasta las 5:15 a.m. en que el enfermero llegó. La sala entonces concluyó que al paciente le hubiera quedado aún el 11% de posibilidades de sobrevivir si se le hubiera aplicado el protocolo de código azul. Sobre este aspecto encuentro que a las 5:15 a.m. el mínimo de posibilidades de 49% que era el más probable que el paciente tenía y no el de 74% dados los antecedentes descritos por la perito toxicóloga así:

“...Juan Pablo es un paciente que lamentablemente se expuso desde temprana edad a múltiples sustancias sicoactivas dentro de esas incluso hidrocarburos como son los inhalantes que aumentan el riesgo de muerte súbita y de arritmias malignas que responden muy mal a las terapias de reanimación y que adicionalmente pueden presentarse en cualquier momento incluso años después del consumo aun teniendo el paciente ya una vida relativamente saludable...tenía otros factores de riesgo de exposición de muerte súbita sino también arritmias cardiacas, obesidad y

antecedente de paro cardiorrespiratorio por tramado[l]r y Zoplicona...un paro cardiorrespiratorio le puede suceder a cualquier persona en cualquier momento de la vida...”

Ahí, valga anotar, se plantea, no la existencia del paro cardio respiratorio sino la posibilidad ocurrencia del mismo. Además, se describe unos antecedentes desfavorables que impedían considerar que el joven fallecido contaba con todas las posibilidades (74%) de supervivencia, de manera que a lo sumo se debió considerar que el daño tendría mayor certeza sobre la base mínima de 49% e inclusive que, al haberse agotado esas posibilidades hasta un 63%, la proporción faltante de 11 % se quedaba sin soporte atendido el mal pronóstico de reanimación debido a los antecedentes de salud del paciente. Por lo tanto, concluyo que el daño no se encuentra probado ni hay lugar a la aplicación del resarcimiento integral de perjuicios que la Ley 446 de 1998 pregon a partir de la certeza en la ocurrencia del daño a reconocer.

En conclusión, la sentencia apelada debió ser confirmada.



MARTHA CECILIA LEMA VILLADA

Magistrada.