

**TRIBUNAL SUPERIOR
DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES
SALA CIVIL FAMILIA**

Magistrada Ponente
ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS

Rad 17001-31-03-005-2017-00180-02

Manizales, dieciséis (16) de julio de dos mil veinte (2020).

Sentencia N° 075

Aprobado mediante Acta de Discusión N°112 de la fecha.

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Estudiada la sustentación del recurso de alzada por la parte demandante en esta instancia, así como los escritos de réplica allegados por los demás sujetos procesales, acorde el traslado escrito que en cumplimiento del artículo 14 del Decreto 806 del 2020 fue corrido mediante auto del 9 de junio pasado, procede la Colegiatura a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia proferida el 9 de octubre de 2019 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso de responsabilidad médica instaurado por los señores Luz Stella Castillo Gómez, Lina María y Carolina Montoya Castillo, Juan Fernando, Natalia y Maura María Henao Montoya, Dylan Smith Montoya, María Camila Ramírez Montoya e Isabela Otálvaro Montoya en contra de Servicio Occidental de Salud EPS y la Caja de Compensación Familiar de Caldas- CONFA; trámite donde fueron llamadas en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., Axa Colpatria Seguros S.A. y Allianz Seguros S.A.

II. ANTECEDENTES

Conforme lo previsto en el artículo 280 del C.G.P., baste con recordar que lo pretendido por los demandantes fue la declaratoria de responsabilidad civil (médica) a los convocados, y la consecuente condena al pago de los perjuicios morales por ellos sufridos con ocasión de la muerte del señor Humberto Montoya Palomino.

El sustento central de tal pedimento, se tradujo en que, pese a los antecedentes médicos registrados por el señor Montoya Palomino, como EPOC, hipertensión, antecedente de infarto al miocardio y otros padecimientos, al consultar en el servicio de Urgencias sede Clínica Versalles por dolor retroesternal no se le brindó la atención requerida, impidiendo así detectar que presentaba un episodio de infección respiratoria aguda, amén que se le dio de alta y se prescribió un medicamento contraindicado por sus comorbilidades; situaciones que agudizaron su situación y desencadenaron en su deceso por *“choque mixto: cardiogénico y séptico, debido a una neumonía multilobar derecha”*.

Los convocados se opusieron a las pretensiones y formularon distintas excepciones, fundadas básicamente en haber prestado al paciente la atención debida conforme la *lex artis* y el cumplimiento de sus deberes contractuales, lo que en su criterio impide estructurar la culpa y el nexo causal, elementos necesarios para la declaratoria de la responsabilidad médica deprecada.

También las llamadas en garantía se opusieron a la demanda principal bajo similares argumentos e hicieron las observaciones del caso frente a sus llamantes; igualmente formularon distintos medios de defensa.

Rituado el trámite de ley y practicadas las pruebas solicitadas, la *a-quo* profirió sentencia desestimatoria y condenó a la activa al pago de costas procesales, bajo el argumento principal de no existir soporte probatorio para endilgar responsabilidad médica a las accionadas durante la atención que se le brindó al señor Humberto Montoya Palomino, decisión con la que mostró desacuerdo la parte actora formulando los reparos en la oportunidad debida, los cuales desarrolló por escrito ante este Juez Plural.

Entre los conformantes de la parte pasiva, Allianz Seguros S.A., la Caja de Compensación Familiar de Caldas- CONFA y Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., emitieron en esta instancia pronunciamiento, solicitando mantener la decisión. Los restantes, aunque remitieron escritos de réplica, no lo hicieron dentro del término previsto para ello, por lo cual sus manifestaciones no serán tenidas en cuenta.

III. CONSIDERACIONES

3.1. Problema Jurídico

Encontrando que los supuestos procesales están reunidos, que no se observa irregularidad o causal de nulidad alguna que obligue retrotraer lo actuado a etapa anterior, compete a la Sala establecer si se hallan estructurados los elementos axiológicos para la declaratoria de responsabilidad médica como lo predicen los demandantes con ocasión del yerro en el diagnóstico, a la par de la administración de un medicamento que estaba contraindicado por las condiciones del paciente o si, por el contrario, como lo sostuvo la sentenciadora primaria, de la confrontación de los medios probatorios allegados con las disposiciones del ordenamiento jurídico respecto a los juicios de reproche del tipo que así se trata, es dable afirmar la falta de concurrencia de tales presupuestos, dando así al traste con la prosperidad de los pedimentos.

3.2. Tesis de la Sala

Delanteramente se anuncia que la providencia confutada será confirmada en su totalidad, puesto que la exigua actividad probatoria por parte de los promotores y las herramientas proporcionadas por la pasiva, permiten dilucidar la ausencia de culpabilidad enrostrada a las instituciones convocadas, bajo el entendido que las

atenciones brindadas se ajustaron tanto a los protocolos de cara a los síntomas evidenciados; máxime que la activa pretirió establecer en debida forma la relación causal entre la administración de la prescripción médica de que se duele y el deceso de la víctima, obedeciendo lo último a una complicación inherente a la multiplicidad de enfermedades crónicas padecidas de tiempo atrás, que impidieron su recuperación pese al tratamiento instaurado.

3.3. Supuestos Jurídicos

En criterio de la Corte Suprema de Justicia, la responsabilidad médica se predica del ejercicio de la profesión de la medicina cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control se causa daño; tiene lugar su declaración una vez aparezcan en el proceso demostrados los elementos de la responsabilidad civil en general, pues *“el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad (...)”*; a ello alude la Sala Civil de la mencionada Corporación en la Sentencia del 13 de septiembre de 2002, expediente 6199, reiterado en la Sentencia SC15746- de 2014.

La responsabilidad civil derivada de la actividad galénica, al igual que otros eventos, presupone por el demandante la carga de acreditación de los elementos que la estructuran relacionados con la existencia del hecho dañoso imputable subjetivamente al agente, el daño y el nexo de causalidad entre éste y aquel y, para el demandado, la de desvirtuarlos demostrando que su actuación estuvo orientada por la diligencia y cuidados requeridos, es decir, que no medió en ella la impericia, imprudencia, negligencia o desconocimiento de los reglamentos aplicables al caso sino que el daño se produjo por una causa extraña o por culpa exclusiva de la víctima, circunstancias que romperían la relación de causalidad, pues tales supuestos no son ajenos al régimen general de la responsabilidad.¹

Empero, no puede olvidarse que en este campo el principio de la carga de la prueba debe verse desde un sentido dinámico por la dificultad a la que se enfrenta la víctima para acreditarla; así, reiteradamente la Corte Suprema de Justicia *“ha prohijado, conforme a las tendencias internacionales, una interpretación del principio de la carga de la prueba en sentido dinámico, entendiendo con ello que la parte que esté en mejores posibilidades de ofrecer al proceso la demostración de la verdad histórica que se investiga, sea la que deba, en principio, y atendidas las particularidades de cada caso, aportar esos medios de convicción.”*²

¹ Sentencia del 30 de enero de 2001, expediente 5507. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil.

² Sentencia SC2506-2016 del 2 de marzo de ese año con ponencia de la Magistrada Margarita Cabello Blanco.

Lo anterior en consideración a que si bien de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. dichos presupuestos deben ser acreditados por el demandante, la aplicación rigurosa de dicho precepto *“puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima”*, por lo que el Juzgador en este caso puede acudir a diversos instrumentos, *“... dependiendo de las circunstancias del asunto ... con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocerales derivados de la conducta de los particulares o, que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur; o teniendo en consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico que deduzca una ‘culpa virtual’ o un ‘resultado desproporcionado’*, aspecto a resaltar y que ha sostenido la Corte en sentencias tales como las SC15746 de 2014 y SC12947 de 2016, sin que ello implique, claro está, el relevo total de la carga probatoria exigible a la activa.

3.4. El asunto concreto

Estudiados los razonamientos ofrecidos por la recurrente, dimana que su inconformidad con la decisión de primer nivel se cierne en dos aspectos principales sobre los cuales, desde los albores del trámite declarativo, desarrolló lo atinente al nexo de causalidad entre el daño y las presuntas actuaciones u omisiones de las instituciones encartadas. Ellos son **(i)** la ineptitud en las atenciones prodigadas los días 19 y 20 de octubre de 2011 y **(ii)** la prescripción del medicamento denominado *“diclofenaco”* que, según acotó insistentemente, fue el desencadenante del deceso del señor Humberto Montoya; tópicos que serán objeto del pronunciamiento de este *ad-quem*:

(i) En concepto de la censura el aquejado fue erróneamente diagnosticado en las datas antes reseñadas, derivando también de allí el desacertado tratamiento, puesto que en sus entradas al nosocomio se dejó de lado que los signos y síntomas padecidos correspondían claramente a una infección respiratoria aguda, previsible por su cuadro de EPOC; y al hecho de haber dirigido los esfuerzos a estudiar una patología cardiovascular contravino el enfoque de atención integral propio a un servicio de urgencias.

En contraposición, la judicial de conocimiento encontró con base en las pruebas obrantes, que la conducta asumida por el personal médico en las oportunidades que aquí se trata fue idónea, atendió a los protocolos aplicables de cara a las condiciones del señor Humberto, ciñéndose a los dictados del estado del arte en la materia, y sin poderse predicar culpa de los profesionales de la salud, quienes observaron los deberes inherentes a la obligación de medio, característica de su actividad.

Delimitado el reproche que fundamenta el primero de los cargos, imperioso es aludir a las probanzas militantes en el plenario con el fin de determinar si las atenciones prodigadas los días 19 y 20 de octubre de 2011 pueden calificarse de

descuidadas y con incidencia de algún modo en el fallecimiento del señor Montoya Palomino:

De la historia clínica se observa que el fallecido desde el año 2005 presentaba dificultades respiratorias relacionadas con antecedentes de asma, a la par de presión arterial alta - HTA³. Mediante espirometría adelantada el 26 de abril de esa calenda se determinó la presencia de: *"OBSTRUCCIÓN MUY SEVERA, RESTRICCIÓN MUY SEVERA"* diagnosticándose el 5 de mayo: *"EPOC SEVERO POR TABAQUISMO QUE AMERITA OXIGENOTERAPIA"*; en el año 2006 ingresó a urgencias debido a la aparición de dolor precordial que arrojó como impresión diagnóstica *"ANGINA INESTABLE"* posteriormente desestimada con la realización de paraclínicos; así mismo, en sede del interrogatorio de parte, la señora Luz Stella Castillo informó que su esposo había sufrido un infarto agudo al miocardio⁴, de allí emana el uso regular de fármacos para tratar anomalías cardíacas como el llamado *"Verapamilo"* del que habla el record.⁵

El día 19 de octubre de 2011 el paciente acudió al servicio de urgencias a raíz de una dolencia en el pecho de tipo opresivo, tos seca, saturación de 81%, situaciones que quedaron registradas así: *"CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR RETROESTERNAL INTENSO QUE SE DISMINUYE CON LA EXPECTORACIÓN LA CUAL ES BLANQUECINA, NO FIEBRE. REFIERE QUE ESTUVO SIN SU APOORTE DE OXIGENO DOMICILIARIO 4 DÍAS HASTA AYER Y ESTO LE CAUSÓ SU DESCOMPENSACIÓN."*⁶, frente a lo cual el médico que lo recibió en el triage dispuso la realización de electrocardiograma, prueba de troponina y administración de oxígeno mediante cánula nasal que elevó su nivel de saturación a 92%, el diagnóstico correspondió a *"EPOC, DOLOR TORACICO ATÍPICO"*.

En la misma fecha se anotó: *"REPORTE DE TROPONINA NEGATIVA, PERSISTE CON DOLOR EN EL ESTERNÓN"* situación manejada por el galeno Fabián Gómez Arias quien ordenó la aplicación del analgésico *"DICLOFENACO"* por vía intramuscular, procedimiento que según nota de enfermería se realizó sin complicaciones.⁷ Ulteriormente se dio el alta, acorde la historia fue *"REVALORADO CON REPORTE DE PARACLÍNICOS POR EL DOCTOR FABIÁN QUIEN ORDENA SALIDA, SE OBSERVA EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN DOLOR PRECORDIAL, SE ENTREGA FÓRMULA MÉDICA, SE DAN INDICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA (...) MEJORÍA CLÍNICA SIN DOLOR TORÁCICO, SIN DISEÑA, SE DECIDE ALTA CON TRATAMIENTO"*⁸ contexto fáctico ratificado por la cónyuge, al exponer en su declaración: *"(...) mi esposo cuando me lo devolvieron él estaba bien (...) era rosadito y todo (...)".*

Al día siguiente, esto es el 20 de octubre de 2011, el señor Montoya Palomino regresó a la IPS con ocasión de molestias abdominales: *"(...) A NIVEL*

³ Nota 13 de marzo de 2005. Historia Clínica digital.

⁴ *"(...) lo llevé a FAME porque le había dado un infarto y lo tuve que dejar hospitalizado allá como 3 días y lo llevé a FAME porque en ese entonces no tenía seguridad social"*

⁵ Fol. 6 y siguientes Historia Clínica digital.

⁶ Fol. 167 ídem.

⁷ Fol. 166. ídem.

⁸ Ibídem.

*EPIGÁSTRICO Y EN HIPOCONDRIO DERECHO IRRADIADO A REGIÓN SUBESCAPULAR DERECHA QUE EL PACIENTE DEFINE COMO GRAVATIVO QUE EMPEORA CON LA INSPIRACION PROFUNDA Y CON LA TOS"*⁹, aludiendo también disnea o sensación de asfixia. Al momento del examen físico se le encontró afebril, con sus facies descompuestas, imposibilidad de mantenerse en decúbito o acostado, signos y síntomas que condujeron a los profesionales a sospechar que atravesaba: "1. FALLA CARDIACA CLASE FUNCIONAL III NYHA. 2. COR PULMONALE SECUNDARIO A UNA HIPERTENSION PULMONAR SEVERA? - 3. EPOC ESTADIO II-IV OXIGENORREQUIRIENTE - DOLOR ABDOMINAL POR CONGESTION HEPATICA"; se solicitó la práctica de diversas herramientas diagnósticas¹⁰, entre ellas un electrocardiograma que confirmó la presencia de las dos primeras patologías citadas¹¹, un hemocultivo que resultó negativo a las 48 horas de incubación, radiografía de tórax que reveló proceso pulmonar y exacerbación del EPOC; se adicionó respecto al estado del señor Humberto: "PREOCUPA LA PRESENCIA DE CORPULMONAR CON VD MARCADAMENTE COMPROMETIDO, AL PARECER DERIVADO DE COR PULMONAR CRÓNICO (...)", iniciando el suministro con antibióticos empíricos y soporte ventilatorio no invasivo¹² como: "MANEJO PARA ESTADO DE BRONCOESPASMO ASOCIADO A NEUMOPATÍA CRÓNICA".

Atendiendo a la tórpida evolución del paciente se decidió su remisión a la Unidad de Cuidados Intensivos, a cuya entrada se asentó que estaba en malas condiciones clínicas, con choque cardiogénico, posible choque séptico, disfunción multiorgánica, taquicardia, hipotensión, afebril, medición de leucocitos en niveles normales, rayos x con neumonía derecha, entre otras¹³. La falta de respuesta positiva en el organismo del señor Humberto, pese a los tratamientos médicos implementados, derivó en un paro cardiorrespiratorio que lo llevó a la muerte el día 21 de octubre de 2011.¹⁴

Fue aportado por la parte demandada la guía contentiva de los lineamientos adoptables dentro del servicio de urgencias, emitida por el Ministerio de la Protección Social, conforme la cual frente a la consulta por dolor torácico debe tenerse en cuenta antecedentes tales como angina previa e infarto del miocardio, aunado a factores de riesgo coronario como hipertensión o tabaquismo, siendo

⁹ Fol. 170. Historia Clínica digital

¹⁰ "(...) Se solicita ECG, gases arteriales, placa de tórax, hemograma (...) se solicita valoración por medicina interna".

¹¹ "Conclusiones: 1. COR pulmonar con severa dilatación y función sistólica del ventrículo derecho preservada. 2. hipertensión pulmonar, PSAP estimada 50 mmhg. (...) Dr. Carlos Andrés Libreros Montoya".

¹² "Se decide inicio de manejo antibiótico empírico con amp/sulb + claritromicina, se llevara por estado de falla respiratoria tipo iii (mixta) en paciente pulmonar crónico, se decide inicio de soporte ventilatorio en ventilación mecánica no invasiva".

¹³ "Paciente en malas condiciones clínicas en condición de choque cardiogénico y séptico, con disfunción multiorgánica, en condición de anuria, taquicardia, hipotensión, encefalopatía, sin fiebre, en los paraclínicos glucometría bien, leucocitos normales, hemoglobina alta, neutrofilia, plaquetas bien, pruebas de coagulación normales, azoados elevados, transaminasa alta, gases con acidosis respiratoria y metabólica, trastorno de la oxigenación, rayos X con neumonía derecha, se inició noradrenalina para mantener presión de perfusión de órganos vitales sin agravar la taquicardia, se disminuye la dosis del milrinone, se continua reanimación hídrica, cubrimiento antibiótico iniciado, se ordena endoscopia para documentar la causa del sangrado digestivo, se considera valoración por nefrología para definir la necesidad de hemodiálisis, mal pronóstico, se solicitan enzimas pancreáticas, pendiente ecografía abdominal(...)".

¹⁴ "Paciente quien presenta paro cardiorrespiratorio, se realizan maniobras de reanimación avanzada sin éxito alguno durante 30 minutos. Hora de defunción: 14 + 45".

menester ejecutar medidas especiales en pacientes con falla cardíaca o accidentes cerebrovasculares anteriores¹⁵. Dentro del esquema establecido en el documento para este tipo de usuarios se dispone su valoración inmediata o en un término menor a 10 minutos, donde deben tomarse signos vitales con presión arterial, saturación de oxígeno, electrocardiograma, determinación de electrolitos y coagulación, radiografía de tórax portátil; el tratamiento general es oxígeno por cánula, acceso intravenoso, nitroglicerina si hay hipertensión y morfina si el dolor no disminuye¹⁶.

Descendiendo al *sub-júdice*, tras cotejar las antepuestas directrices médicas con lo registrado en la historia clínica del señor Montoya Palomino, asentada los días 19 y 20 de octubre de 2011, la Corporación evidencia que las labores de los prestadores se ajustaron a aquellas, según pasa a explicarse:

En la primera consulta el síntoma principal correspondía a dolor opresivo en el pecho, que sumado al historial de enfermedad coronaria, a la par de los factores de riesgo de hipertensión crónica y tabaquismo, imponían ahondar en el estudio de un evento de esa naturaleza, tornando procedente la toma del electrocardiograma y la medición de troponina cardíaca en la actuación, dado que la sensación de asfixia podía atribuirse tanto a su patología de base (EPOC) como a que había estado casi 4 días sin el suministro de oxígeno formulado por el médico internista Jhon Jairo Duque Restrepo desde el año 2005¹⁷, hipótesis refrendada por el hecho que al iniciar su administración el paciente logró estabilizarse alcanzando una saturación del 92%.

Si a lo descrito se adiciona que el quejoso no presentaba fiebre y el conteo de leucocitos lucía dentro de los rangos normales, refulge palmaria la inexistencia de bases objetivas que exigieran a los galenos considerar la presencia de una infección respiratoria aguda en virtud de la cual debían mantenerlo en observación dentro del servicio, máxime si se atiende a que los resultados de los exámenes practicados descartaron la afección coronaria, pudiendo explicarse el dolor retroesternal como secuela de la falta de oxígeno, según fue ilustrado por el testigo técnico, Dr. Rodrigo Cardona Marín, que en su declaración manifestó a la pregunta formulada en tal sentido: *"El oxígeno es un medicamento de tratamiento para un paciente en esas (...), ya la familia o el paciente es quien manifiesta lo que presentaba el paciente, pero sí produce discomfort, claro, si era un paciente que venía de hacía rato con necesidad de oxígeno, tenía oxígeno en horas nocturnas de hacía ya tiempo, pues si presentaba su discomfort"*.

¹⁵ "El personal administrativo de urgencias (porteros, administradores de urgencias y personal de seguridad) debe estar entrenado para reconocer qué pacientes requieren evaluación inmediata por el triage de enfermería y deben ingresar directamente a la sala de urgencias. Las enfermeras del triage deben estar preparadas para reconocer a los pacientes con probable síndrome coronario agudo y otras condiciones que amenacen sus vidas (pacientes de alto riesgo).

Deben tenerse en cuenta los siguientes antecedentes: • Angina previa, infarto del miocardio, angioplastia coronaria o stent previo o revascularización miocárdica previa. • Dolor que mejoró con nitroglicerina.

• Factores de riesgo coronario: hipertensión, diabetes mellitus, tabaquismo, hipercolesterolemia, obesidad, historia familiar y uso de cocaína. • Deben tomarse medidas especiales en pacientes con falla cardíaca o accidente cerebrovascular previos y, además, es preciso recordar que los ancianos, las mujeres y los diabéticos pueden presentar dolor torácico atípico." Urgencias. Tomo I. Pag.304.

¹⁶ ídem. Pag. 306.

¹⁷ Fol. 65 Historia Clínica digital.

En síntesis, las probanzas permiten entrever en este punto que a los síntomas verificados se les dio un manejo adecuado de conformidad a las pautas establecidas durante la atención en el área de urgencias, sin que ello fuera desvirtuado por el extremo promotor del litigio, en el entendido que pese a tildar lo acaecido en la consulta determinante para el deterioro del paciente por el indebido diagnóstico, no lo probó, obrando incluso el referido testimonio en calidad de herramienta de persuasión indicativa de que los paraclínicos surtidos en la fecha impedían afirmar como verdad categórica un proceso infeccioso: *"(...) inicialmente es muy complejo decir que tenía una infección respiratoria o era una complicación de su patología cardiopulmonar, los exámenes van marcando la pauta de tratamiento.(...) el hecho de la saturación de un paciente que le mejore a uno con la aplicación de oxígeno le indica que no hay en ese momento un proceso infeccioso, pensar en que un paciente tenga signos y síntomas que le indiquen a uno una infección y con esta cantidad de comorbilidades es complejo, no es fácil"*.

Por otro lado, de lo consignado en la reconsulta del día 20 de octubre de 2011 se entiende que el enfermo ingresó refiriendo asfixia, dolencias abdominales irradiadas al área subescapular, imposibilidad de acostarse, entre otras; su auscultación física determinó la necesidad de realizar nuevas ayudas diagnósticas ante la posibilidad de una falla cardíaca secundaria a una hipertensión pulmonar, hallazgo que confirmado ameritó el tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos mediante soporte ventilatorio y antibióticos empíricos entre tanto se obtenían los datos del hemocultivo realizado, cuyos resultados, vale la pena resaltar, permanecieron negativos a las 48 horas, 4, 6 y 7 días de incubación¹⁸.

Según fue explicado por el único deponente que contaba con conocimientos académicos para la interpretación del historial médico, el caso del señor Humberto Montoya devenía complicado con ocasión de la multiplicidad de enfermedades crónicas que cursaba¹⁹, de allí es dable extraer que la fuente tanto del empeoramiento en sus condiciones, como del ominoso evento (traducido en el deceso), no radicó en el supuesto diagnóstico errado del 19 de octubre de 2011, ni en el subsiguiente tratamiento instaurado, sino en la disfunción multiorgánica originada de las varias patologías permanentes a que aludió además del testigo, los mismos demandantes en el libelo genitor.

Es conveniente recordar respecto al antedicho aserto, que la obligación adquirida por los profesionales de la salud es de medios, queriendo significarse que el equipo galénico y las instituciones prestadoras se encuentran compelidos a poner a disposición del usuario todos los recursos a su alcance para procurar la obtención del fin que no es otro que la curación, sin perjuicio de lo cual es claro que en variadas ocasiones las particularidades del paciente o bien la gravedad de sus diagnósticos entorpecen la obtención del propósito, materializándose entonces el

¹⁸ Fol. 202. Historia Clínica

¹⁹ *"Decir que tenía infección respiratoria aguda es muy difícil porque son unos síntomas que son bizarros de un paciente crónico, en un paciente con una patología cardiopulmonar y en la cual inicialmente cuando se le piden los exámenes de laboratorio que son los que complementa, no muestran que hay infección respiratoria (...) hay un reporte (...) del 20 de octubre de 2011, reporte de hemocultivo los 3 negativos, osea que no había proceso infeccioso "*

resultado dañoso, que a juicio de la Magistratura fue lo ocurrido en el asunto abordado.

Adicionalmente, no debe perderse de vista que en el campo que ahora se trata la culpa se sitúa en el desconocimiento de los deberes definidos en el ordenamiento jurídico y en el estado del arte que exigen al personal de la salud cierto comportamiento frente a determinadas situaciones del enfermo, correspondiendo a la activa acreditar que los actos del equipo de salud transgredieron esa *lex artis ad hoc*, pues ha sido entendido que el daño no basta ante la imposibilidad jurídica de establecer de alguna forma tanto la culpa como la relación causal, hipótesis en la que la víctima se verá obligada a soportar sus propios daños.

Dicho de otra manera, el alegato de los accionantes en el sentido de la presencia de un evidente proceso infeccioso en ambas consultas, al tamiz de las herramientas persuasivas arribadas emerge equívoco, ya que se aleja de la realidad puesta de presente por aquellos, tratándose de apreciaciones e interpretaciones subjetivas carentes de sustento técnico, científico y probatorio, y que desdibujan los hechos sobre los cuales se imputó la responsabilidad, inferencia que indefectiblemente obstaculizaba la prosperidad de las pretensiones resarcitorias.

Habiéndose establecido probatoriamente que no medió un error de diagnóstico por parte de los profesionales de la salud, es claro que la alegada pérdida de oportunidad a que refirió la recurrente en sede del traslado escrito, queda sin cimiento alguno, motivo por el cual la Sala no ahondará en dicho tópico.

(ii) El segundo tema de inconformidad por parte de la impugnante se circunscribe a la administración del fármaco denominado "*DICLOFENACO*", que en su sentir tuvo un influjo esencial en la exacerbación de los síntomas del aquejado para quien estaba contraindicado por su Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva, habida cuenta que según los textos transcritos en la demanda y en el escrito de reparos, tenía efectos broncoconstrictores. En este asunto la judicial cognoscente concluyó, con apoyo en lo manifestado por el testigo técnico, amén de lo informado en los registros médicos, la falta de relación causal entre dichos sucesos, deducción que con base en los elementos referidos al despachar el anterior reclamo, comparte a plenitud este Cuerpo Colegiado.

En efecto, de la historia clínica se desprende que la prescripción del medicamento tuvo como fin primordial aliviar el dolor que persistía, no obstante haberse descartado la afección coronaria mediante los exámenes pertinentes y obtenerse el equilibrio en el patrón respiratorio del paciente mediante la provisión de oxígeno. Dicha conducta fue avalada por el médico deponente que al efecto ilustró: "*El diclofenaco para pacientes en servicio de urgencias se utiliza para mejorar el disconfort del dolor, específicamente ahí se estaba manejando era dolor en dosis muy pequeñas (...) no un tratamiento crónico largo, no, simplemente un medicamento inicial (...)*"; al cuestionarlo sobre la posible causación de resultados contraproducentes de cara a las patologías del paciente, adujo: "*(...) eso maneja relatividades, primero porque no son tratamientos largos; segundo, si hubiera*

habido alguna situación de reacción al diclofenaco la reacción hubiera sido inmediata, (...) si hubiera habido alguna situación se hubiera presentado inmediatamente (...) una reacción anafiláctica que la hacen inmediatamente y son paros cardiorespiratorios que hacen los pacientes y en este caso no hay ningún tipo de descripción en ese sentido".

La explicación proporcionada guarda armonía con lo relatado en la nota de enfermería suscrita el día 19 de octubre en el sentido que el procedimiento se adelantó sin complicaciones²⁰, lo cual deja sin cabida la acusación endilgada a los profesionales de la salud, mostrando que la administración del fármaco se realizó en procura de brindar bienestar al paciente, paliar su dolencia, que es uno de los deberes o pilares éticos que orientan la actividad médica.

En otras palabras, distinto a lo señalado por los demandantes, del dossier no se evidencia el nexo causal entre el desenlace dañoso y la aplicación del diclofenaco, acto que no se puede tildar de desidioso o negligente, y menos aún fue probada como causa eficiente para el deceso del paciente, puesto que esa conclusión obedece a un análisis aislado, descontextualizado, que en sí mismo desdeña o desconoce las complejas particularidades del caso del señor Montoya Palomino.

Conforme lo sentado en los párrafos que preceden, tras realizar un examen conjunto de los elementos de convicción a la luz del artículo 176 del Estatuto Procesal Civil, es dable afirmar que las conclusiones a las que llegó la Judicial de primer nivel no se avienen caprichosas, antojadizas o desconocedoras de las evidencias que efectivamente arrojan las probanzas, puesto que la parte demandada logró acreditar la ausencia de la relación causa - efecto en los términos alegados por la censura.

3.5. Conclusión

Todo lo hasta aquí discurrido impone confirmar la decisión refutada, considerando que las labores adelantadas por los galenos intervinientes, acorde el material suasorio relacionado, eran las aptas tanto en la etapa del diagnóstico como en el subsiguiente tratamiento, quedando así establecido que la atención brindada fue idónea y el resultado dañoso obedeció a las características individuales del paciente.

3.6. Costas

Por lo demás, se condenará en costas a la recurrente en favor de la codemandada Caja de Compensación Familiar de Caldas- Confa, consecuente a la improsperidad de los argumentos planteados en la alzada; no ocurrirá lo mismo respecto de Servicio Occidental de Salud EPS, por no haberse presentado oportunamente a defender el fallo a su favor.

IV. DECISIÓN

²⁰ Fol. 166 Historia clínica.

Por lo antes expuesto, la Sala de Decisión Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **CONFIRMA** la sentencia proferida el 9 de octubre de 2019 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso de responsabilidad médica instaurado por los señores Luz Stella Castillo Gómez, Lina María y Carolina Montoya Castillo, Juan Fernando, Natalia y Maura María Henao Montoya, Dylan Smith Montoya, María Camila Ramírez Montoya e Isabela Otálvaro Montoya contra Servicio Occidental de Salud EPS y Caja de Compensación Familiar de Caldas- Confa; trámite donde fueron llamadas en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., Axa Colpatria Seguros S.A. y Allianz Seguros S.A.

Además se realizan los siguientes ordenamientos:

CONDENAR en costas de esta instancia a la parte demandante en favor de la codemandada Caja de Compensación Familiar de Caldas- Confa., las cuales serán tasadas y liquidadas en la forma que determina el artículo 366 del C.G.P. Las agencias en derecho en esta sede serán previstas por la Magistrada Ponente, de conformidad con el numeral 3 del mismo precepto.

DEVOLVER oportunamente el expediente al despacho de origen.

Los magistrados,

ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS

ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO

JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA