

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD
Medellín, veinticinco (25) de enero de dos mil veintiuno (2021)

Sentencia de primera Instancia	No. Verbal Nro. 002
Radicado No.	0500131030052019 00003 00
Referencia	Verbal
Demandante	Sara Inés Ospina y otros
Demandado	Clínica Cardio Vid y otro
Decisión	Accede a las pretensiones

Se procede a proferir el fallo que finiquite la instancia, dentro del proceso verbal de mayor cuantía promovido por Sara Inés Ospina Marín, Diego Mauricio Ospina Marín, Clemencia Eugenia Marín Ospina e Ivan Mauricio Ospina Raigoza en contra de Ips Clínica Cardio Vid, Eps y Medicina Prepagada Suramericana S.A y la llamada en garantía Allianz Seguros S.A.

1. ANTECEDENTES

1.1. El petitum: solicitan los demandantes que se condene a la Clínica Cardio Vid y la Eps Suramericana a indemnizar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados a los demandantes como consecuencia del fallecimiento de la señora María Luz Faire Marín de Ospina, el 6 de julio de 2013, en las instalaciones del centro hospitalario.

1.2. Causa petendi: adujo la parte demandante que, el 5 de julio de 2013, la paciente María Luz Faire Marín, ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Cardio Vid por presentar una sensación de ahogo al caminar, dolor en las piernas, imposibilidad de expresarse y de caminar. Indicaron que luego de esperar más de una hora y media, la clasifican en un triage 2 como urgencia no vital, sin tener en cuenta **que había llegado infartada** con los antecedentes coronarios y la infección bacteriana que podía afectar su sistema respiratorio. (destaca el juzgado)

Afirma que el error en la clasificación de triage y la indebida prestación del servicio, ocasionó la muerte de la señora Marín de Ospina, el 6 de julio de 2013.

1.3. De la contestación de la demanda y las excepciones

1.3.1. Clínica Cardio Vid: expresó que la clasificación de la señora Marín de Ospina fue realizada en debida forma de conformidad con la descripción de los síntomas que presentaba al momento de ser atendida, aunado al hecho de encontrarse con signos vitales estables.

Relató que se le practicó un electrocardiograma y paraclínicos pertinentes relevantes con los signos y síntomas que motivaron la consulta y sin que en los mismos se evidenciara actividad cardiaca indicativa de un infarto.

Se opuso a la prosperidad de las pretensiones, objetó el juramento estimatorio y propuso como excepciones las que denominó “diligencia y cuidado”; “consolidación de un riesgo inherente”; “ausencia de nexo de causalidad”; “tasación excesiva de perjuicios”.

1.3.2. Suramericana Eps: delantadamente declaró que la eps es una entidad promotora de salud que se encarga de prestar el servicio a sus afiliados a través de una contratada red de prestadores de servicio de salud para que presten atención médica, quirúrgica y hospitalaria a sus afiliados.

Del caso concreto manifestó que, la señora María Luz Faire fue atendida en términos de oportunidad e idoneidad de acuerdo con sus antecedentes, patologías, signos y síntomas que la llevaron a consultar por el servicio de urgencias, aunado al hecho de practicarse los exámenes y ayudas diagnósticas requeridas sin que éstas evidenciaran un infarto o paro cardiaco.

Objetó el juramento estimatorio y propuso las excepciones “inexistencia de responsabilidad” y “diligencia y cuidado- ausencia de culpa”.

1.3.3. Allianz Seguros: indicó no ser cierta la afirmación de haberse presentado una falla en el servicio pues se le practicaron los exámenes pertinentes de conformidad con los signos y síntomas de alarma, aunado al hecho de no haber ingresado a la clínica infartada.

Se opuso a la prosperidad de las pretensiones y formuló las excepciones que denominó: “Carga de la prueba: la culpa médica debe ser probada”; “inexistencia de la responsabilidad de la Clínica Cardio Vid”; “Inexistencia de hecho ilícito”; “inexistencia de daño indemnizable”; “ausencia de daño en los términos y cuantías solicitadas”; “Inexistencia de nexo causal”; “límite del valor asegurado”; “disponibilidad del valor asegurado”; “deducible”.

1.4. Alegatos de conclusión:

1.4.1 Parte demandante: Indicó que está demostrado que su defendida de 68 años ingresó al servicio de urgencias de Cardio Vid el 5 de julio de 2013 y que luego egresó fallecida el 6 de junio del mismo año por un infarto agudo y otras patologías, la muerte dice el vocero de la parte demandante, se produjo por falencias en el servicio hospitalario causando un daño irreparable a sus familiares y demás personas cercanas, al punto de generar trastornos psicológicos a su hija Sara Marín quien sostenía una estrecha relación con su madre.

Alega que, la doctrina y la jurisprudencia catalogan el daño como la consecuencia de una actuación culposa, la afectación de un bien jurídico que goza de protección constitucional que faculta a su titular para reclamar indemnización judicial, además, el derecho a la salud y a la vida gozan de especial protección legal y constitucional, el artículo 49 superior garantiza el acceso a los servicios de salud, en conjunto con el artículo 11 el cual estipula el derecho a la vida, seguidos del artículo 15, 42 y 46 que hablan de la protección al núcleo familiar.

Su defendida (sic) al momento de ingresar a las instalaciones de la demandada debió clasificarse como triage 1 urgencia vital para que se le atendiera en un máximo de 10 minutos y no al momento de fallecer, después de 11 horas y 17 minutos de su ingreso, tiempo de espera que se considera inhumano y violatorio de los derechos fundamentales ya descritos. No existió la posibilidad de diagnosticar, de tratar ni de remitir a un centro especializado a María Luz si se trataba como lo han dicho de manera abundante, de un servicio de urgencia colapsado, traicionando los fines de la ley 100 de 1993 y las obligaciones que se les impone a las Eps y a las Ips.

Sorprende el testimonio del doctor Gabriel Quiroga, quien afirmó que a pesar que la capacidad instalada en el centro de urgencias correspondía a 13 pacientes, denunciaba que se habían atendido 39, además el director general habla de 42 pacientes, cifras que no corresponden y dejan claro la imposibilidad que tenía el departamento de urgencias para atender de manera eficiente el día que se presentaron los hechos.

En muchas de los testimonios escuchados, específicamente el director científico de suramericana Fabio Álvarez quien, sin asomo de duda, adujo que el destino de María Luz de era la muerte, en pocas palabras dijo que en vez de dirigirse al servicio de urgencias debió haberse dirigido directamente a una funeraria, palabras que son inhumanas y contrarían a toda luz las disposiciones de la ley 100 de 1993.

La calidad es uno de los principios que gobierna la seguridad social, los servicios de salud deben atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica presentada que soporten su condición física y mental, no puede ser oportuna una atención de un paciente después de 11 horas y 7 minutos cuando ya le había dicho adiós a la vida por una precaria atención por parte del servicio de urgencias. Eficiencia es otro de los principios que resalta la ley 100 de 1993 y es la optima relación entre los recursos

disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida, el derecho a la seguridad social es irrenunciable, por tal motivo, toda persona que haya ingresado al sistema de salud tiene vocación de permanencia y no debe ser separado del mismo cuando se encuentre en peligro su calidad de vida e integridad.

En el artículo 159 de la ley citada, se encuentran las garantías de los afiliados al sistema de salud, donde se estipula la atención de urgencias en todo el territorio nacional, situación que no es potestativo, pero para el caso concreto la demanda aun encontrándose en colapso del servicio de urgencias presumió que sus iguales se encontraban en la misma situación, llámese hospital Antonio Uribe, Universidad Pontificia Bolivariana y por tal motivo decidió no remitir a una entidad especial a la señora María Luz.

El daño se encuentra contemplado el código civil artículos 16-13, 16-14, 23-41 y concordantes, por otra parte, el juicio de reproche culpabilístico es claro cuando se tiene el deber de indicar los móviles que tuvo la gente para ejecutar sus conductas. La demandada es un hospital de cuarta complejidad, es un hospital que tiene características de una institución tradicional pero no se puede dormir en los laureles, ni mucho menos puede legitimar su precaria atención a la señora María Luz los días 5 y 6 de junio del año 2013.

Sin importar que la señora María Luz sufría de múltiples patologías que afectaban su salud, entre ellas era paciente coronaria, al momento del ingreso a Cardio Vid fue catalogada como paciente no vital.

1.4.2 Clínica Cardio Vid: adujo que el juicio de culpa que alega la parte demandante, es que la paciente ingresó con un infarto a las instalaciones de la clínica Cardio Vid, a partir de esa afirmación, reprocha también que no se detectó el infarto que había padecido la señora María Luz y que por tal motivo se presentó una indebida atención, durante el proceso se demostró que la paciente no llegó infartada y también que no sufrió de un infarto en las instalaciones de Cardio Vid si no hasta el momento en que presentó el desenlace fatal a las 2:50 am. Resulta claro que la paciente no llegó infartada porque el diagnóstico de infarto se logra a partir de varias evidencias y ninguna de ellas se probó dentro del presente trámite.

Respecto de la troponina varios deponentes han advertido que el resultado del incremento de la misma no es indicativo *persé* de un infarto y que ello deba examinarse en un todo a partir de la evidencia clínica y eléctrica de la paciente para poder establecer si está cursando o no un infarto. Además, la capacidad de movimiento y de comunicación son indicativos que la paciente no llega infartada a las instalaciones de Cardio Vid.

Tampoco quedó acreditado que a lo largo de la atención se hubiese presentado el infarto, porque las condiciones de salud de la señora María Luz fueron estables, fueron regulares, las mismas durante el tiempo que permaneció en el servicio de urgencias hasta el momento de su episodio mortal.

Diversos testigos aclararon que el evento súbito la señora María Luz, fue causado por un episodio nefasto como consecuencia de la enfermedad de base que padecía, situación que era totalmente impredecible y que a pesar de las maniobras inmediatas que se llevaron a cabo para tratar de conjurar ese paro, pues no se pudo salir del mismo.

Respecto del triage, no se demostró que el realizado por el doctor Carlos Toro en el servicio de la clínica hubiese sido inadecuado, todo lo contrario, de las declaraciones que obran en el proceso se puede concluir que para la fecha que se dio la atención correspondía a una clasificación de urgencia no vital, era la correcta, clasificación que fue afirmada por varios deponentes aquí en juicio.

Frente al servicio de hospitalización, resultó relevante haber remitido a la paciente a ese servicio, porque lo que presentó aquella fue episodio súbito imposible de prever, eso quedó demostrado y se explicó que es propio y resultado de su enfermedad de base, por su fibrilación y antecedentes coronarios.

Por tal motivo, solicita que se absuelva a su representada de toda responsabilidad dentro del proceso.

1.4.3 Eps Sura: advierte que los presupuestos de responsabilidad médica se enmarcan dentro de la responsabilidad subjetiva, ya que la misma se estructura en tanto se pueda imputar una culpa al prestador del servicio, aquellos presupuestos para que se estructure la responsabilidad médica deben ser demostrados por quien invoca la causación del daño, todo esto a la luz de la jurisprudencia de la Corte suprema de Justicia Sala de Casación Civil.

El éxito de la pretensión formulada por el interesado, está supeditada a la acreditación de los supuestos necesarios, es decir, la culpa, la prestación del servicio médico, el daño y el nexo de causalidad entre la conducta culposa atribuida a los demandados y el daño aducido por los demandantes sin que haya posibilidad de aplicar presunciones de culpa, la ausencia de cualquiera de estos presupuestos llevará necesariamente a la desestimación de las pretensiones de la demanda, como ocurre en el presente caso, pues a lo largo del proceso y con las pruebas aportadas, no se demostraron los presupuestos de responsabilidad ya esbozados.

1.4.4 Allianz Seguros: AL momento de proferir una sentencia de fondo, debe tener en cuenta el despacho las normas jurídicas que regulan cada caso, primero las normas procesales específicamente el artículo 164 del Código General del Proceso, este refiere el principio de la necesidad de la prueba, posteriormente está en artículo 167 del mismo código donde se establece que la parte demandante debe probar el nexo de causalidad que existe entre el daño que alega y el actuar irregular de las entidades demandadas, también

tenemos el artículo el artículo 280 el cual depone sobre el contenido de toda decisión judicial.

Dicho esto, concluye que, en el presente caso, le correspondía a la parte demandante probar todos los elementos estructurales de la responsabilidad civil, es especial demostrar que durante la atención médica existieron diversos fallos que pudieron haber impedido la efectiva prestación del servicio, situación que no ocurrió, por tal motivo las pretensiones de la demanda no deben prosperar.

1.5. Problema jurídico: El problema jurídico consiste en determinar si (i) en este caso se encuentran presentes los elementos necesarios para la prosperidad de la pretensión de responsabilidad médica; establecido lo anterior y en caso de darse los mismos se establecerá si (ii) se demostró la atribución del daño jurídicamente relevante al agente para así determinar si es posible acceder a las pretensiones de la demanda o por el contrario se probó alguna de las excepciones propuestas.

2. CONSIDERACIONES

2.1. Aquí se encuentran reunidos los presupuestos procesales y no se observa causal de nulidad que invalide la actuación. Las partes se encuentran legitimadas tanto por activa como por pasiva en virtud de la prestación del servicio médico el 5 y 6 de julio de 2013.

2.2. La responsabilidad se ha considerado en el campo jurídico, como la obligación de asumir las consecuencias de un determinado hecho o conducta. Para lo anterior, se detendrá esta judicatura en el estudio de los elementos o requisitos necesarios para la prosperidad de la pretensión. En este caso se reclama responsabilidad de naturaleza extracontractual en donde además de identificarse el daño jurídicamente relevante, la atribución del daño aun agente y el juicio de reproche culpabilístico habrá de tenerse en cuenta como punto de partida teórico que las obligaciones de las demandadas como pacíficamente lo entiende la jurisprudencia patria son de medios y no de resultado y donde consecuentemente corresponde la carga de la prueba a los demandantes a pesar de su morigeración a través de distribución de cargas probatorias y por supuesto el contexto en donde se brinda la atención que se tilda de negligente. Veamos

2.2.1. El daño jurídicamente relevante: Consistente en el lesionamiento a un bien jurídico que goza de protección constitucional o legal, que de suyo faculta a su titular para exigir su indemnización por la vía judicial.

2.2.2. La atribución del daño a un agente: El daño jurídicamente relevante debe ser atribuido al agente como de su autoría. Para establecer si una conducta (activa u omisiva)

se puede atribuir a un agente hay que partir de categorías jurídicas como el deber de actuar, las acciones y omisiones relevantes, la posición de garante, el concepto de 'guardián de la cosa', las obligaciones de seguridad, etc. (que no llevan implícitos juicios de reproche), las cuales no se verifican directamente, sino que se imputan a partir de un marco jurídico que permite la construcción de pruebas sobre el hecho. Además de lo anterior la obligación de indemnizar es usualmente el que ha inferido daño a otro, como lo casos contenidos en la norma sustancial civil respecto del daño que cometen los que estuviesen a su cuidado o por el hecho ajeno.

2.2.3. El juicio de reproche culpabilístico: La culpa civil, se concreta en un error de cálculo frente a lo que es objetivamente previsible, lo que interesa es que haya actuado o dejado de actuar por fuera del rango de sus posibilidades de acción respecto de lo que está jurídicamente permitido. Entonces, esta solo logra configurarse cuando se verifican las posibilidades reales que el agente tuvo al ejecutar su conducta, es decir, cuando el daño ocurrió en circunstancias que éste no tuvo la oportunidad de prever o evitar el daño.

2.2.4. De la responsabilidad civil de las entidades del sistema de seguridad social en salud: En punto al tema en la responsabilidad civil que surge de los daños ocasionados a los usuarios del sistema de seguridad social en salud, la ley 100 de 1993, establece unas obligaciones y derechos de los integrantes del sistema y su participación dentro de la misma dejando a los ciudadanos con la única posibilidad de escoger EPS e IPS que le preste la atención. Entonces la atribución de un daño a un sujeto que pertenezca al sistema y como obra suya va más allá de la noción de causalidad física y se hincra en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas. Además, conforme al Art. 185 de la norma en cita todos los actores actúan de manera solidaria, si se demuestran los elementos de la responsabilidad a su cargo.

2.2.5. Del obrar de las IPS y sus agentes: Como ya se indicó para que una conducta sea jurídicamente reprochable se requiere no solo la atribución de un hecho lesivo a un agente u organización como suyo, sino que el daño sea el resultado de un actual culposo. Es necesario indicar además que la prudencia con la que se debe actuar en la prestación de los servicios de salud debe darse en términos medios según los estándares aceptados en los procedimientos, práctica científica y lugar determinado.

Necesario es decir además de lo ya analizado, que la responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio se desvirtúa de la misma manera para las

EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es, mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero, la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia.

2.3 Caso concreto: argumenta la parte actora que el hecho que fundamenta su acción es el error en la clasificación de triage y la deficiente prestación del servicio médico al desconocerse los antecedentes coronarios y la infección bacteriana para prestar una atención oportuna y eficaz.

Sentada la premisa anterior, se puede concluir que, María Luz Faire se encontraba afiliada en la Eps Sura y en virtud de ello se le brindaron atenciones en diferentes instituciones de la red contratada por ésta de conformidad con las historias clínicas allegadas al expediente.

Superado lo dicho, se debe analizar si efectivamente hay lugar a los reproches planteados por los demandantes en la atención en salud que le fue dispensada por parte de Clínica Cardio Vid, analizándose si se probaron los elementos que estructuran la acción.

Analizada la historia clínica de la paciente se encontró:

- El 19 de abril de 1999 ingresó a la Clínica Cardiovascular hoy Cardio Vid, con un diagnóstico de enfermedad coronaria severa de tres vasos- taquicardia supraventricular y con un tratamiento de revascularización coronaria seis puentes extracorpórea.
- El 15 de mayo de 2012 ingresó nuevamente a la misma institución, donde se le diagnosticó: i) enfermedad arteriosclerótica del corazón, ii) fibrilación y aleteo auricular.
- El 17 de abril de 2013 reingresa con diagnósticos de i) incontinencia urinaria por tensión, y ii) prolapso útero-vaginal completo.
- El 7 de mayo de 2013 es atendida por salud en casa donde es diagnosticada con: i) infección de vías urinarias e ii) hipertensión esencial.
- El 29 de mayo de 2013, es atendida en Sura Almacentro, donde se diagnostica con i) disuria, repetido e ii) infección de las vías urinarias.
- El 5 de julio de 2013, reingresó a la Clínica Cardio Vid donde se dejó constancia que el motivo de la consulta fue “estando, caminando presentó ahogo y debilidad en los pies”, manifestando no sentir dolor, razón por la cual, se clasificó en triage 2 “urgencia no vital” y se pasó a urgencias para revisión. Dentro de la atención se ordenó electrocardiograma, paraclínicos y hospitalización. Así mismo, se dejó constancia de la muerte el 6 de julio de 2013 a las 2:57 am por un infarto agudo transmural del miocardio de otros sitios.

Adujo la parte demandante que se desconocieron los antecedentes coronarios de la paciente y que, la tardía atención y la indebida clasificación en el triage, causaron la muerte de Marín.

Sobre la falla en la atención médica, en sentencia del 3 de octubre de 2016, el Consejo de Estado determinó que:

“para que pueda predicarse la existencia de una falla en la prestación del servicio médico, la sala ha precisado que se requiere la demostración de que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance”.

Para la Corte¹ suprema de justicia- Sala de Casación Civil en sentencia de 12 de febrero de 2020 resulta claro que:

“En línea de principio, los profesionales de la medicina se comprometen a desarrollar su actividad con la prudencia y diligencia debidas, haciendo el mejor uso de sus conocimientos y habilidades para brindar a sus pacientes una atención encaminada a emitir un correcto y oportuno diagnóstico de las patologías que los afecten, así como a la prescripción del tratamiento adecuado. Sin embargo, según lo tiene decantado la jurisprudencia de esta Corporación, por regla general, de allí no se deriva una obligación de resultado en cuanto a la recuperación de la salud, sino de medios, para procurar la satisfacción de ese objetivo”.

En sentencia del 13 de octubre de 2020 dijo la sala civil de la Corte²:

“4.4.1. La prestación de los servicios de salud se halla atada a los principios de benevolencia y no maledicencia o primun non nocere. Al estar ligados con una obligación ética y jurídica, implica que los distintos

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil Sentencia 12 de febrero de 2020

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil SC 3847-2020 Radicación: 05001-31-03-012-2013-00092-01

agentes involucrado deben contribuir no solo al bienestar de los pacientes, sino a evitar que el daño físico o síquico se incremente.

“La formación teórica, la práctica rigurosa y la actualización permanente de los médicos, asegura que sus decisiones las adoptan en beneficio de los enfermos para evitar perjuicios innecesarios en su integridad física y moral. Los principios anotados, en consecuencia, conminan a los profesionales de la salud a optar siempre por los procedimientos y alternativas terapéuticas menos dolorosas y lesivas para los pacientes y usuarios de los servicios.

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

“Para el efecto, precisamente, corresponde a quien demanda la declaración de responsabilidad y la correspondiente condena: 1. Desvirtuar los principios de benevolencia o no maledicencia. 2. Según la naturaleza de la responsabilidad en que se incurra (subjctiva u objetiva), o de la modalidad de las obligaciones adquiridas (de medio o de resultado), mediante la prueba de sus requisitos axiológicos.

“En particular, probar la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad. En todo caso, no basta la afirmación del actor carente de los medios de convicción demostrativos de los hechos que se imputan. Ello se acompasa con el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, alusiva al talento humano en salud, modificado por el canon 104 de la Ley 1438 de 2011, según el cual, la relación médico-paciente, genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. Todo, claro está, sin perjuicio de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), en una evidente distinción con las obligaciones de resultado”.

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

“El manejo de la prueba para obtener la exoneración de responsabilidad médica, por lo mismo, es distinta. En las obligaciones de medio, al demandado le basta demostrar diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil). En las de resultado, al descontarse el elemento culpa, le corresponde destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero.

“La diferencia entre las obligaciones de medio y las de resultado, en definitiva, sirve para facilitar y solucionar problemas relacionados con la culpa galénica y su prueba. Desde luego, sin perjuicio de otras reglas de morigeración, como ocurre en los casos de una manifiesta dificultad probatoria para el paciente o sus familiares, introducidas ahora por el artículo 167 del Código General del Proceso, las cuales deben ser evaluadas en cada caso concreto.

“En las obligaciones de medio, por supuesto, al actuar galénico no le es exigible la infalibilidad. En palabras de la Corte, porque el «azar o el acaso es parte constitutiva de su contenido, y el resultado no depende directa y necesariamente de la actuación diligente del deudor.” En las de resultado, en cambio, por regla de principio, si, puesto que, como allí mismo se dijo, la «presencia del componente aleatorio o de azar es exigua, y por ende, el deudor si puede garantizar que el acreedor obtenga el resultado o logro concreto que constituye (...) [su] interés primario”.

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

Con el fin de esclarecer los hechos objeto de controversia, en el debate probatorio se contó con la presencia de enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos que atendieron a la paciente en la clínica y de los cuales se destacó que la paciente no llegó infartada, pues nunca refirió dolor en el pecho, en el brazo, cuello, cabeza, nariz, sudoración, tenía los signos vitales estables, estaba consiente y orientada. Lo que documentalmente se prueba en la historia clínica con el electrocardiograma practicado a la misma.

Del testimonio del doctor Carlos Fernando Toro, médico que clasificó el triage, se puede destacar la respuesta que refirió a la pregunta, ¿qué tenía la señora y por qué sentía debilidad y palpitaciones? expresó,

“Ella dijo que cuando caminaba presentaba debilidad y palpitaciones. Entonces por la arritmia que ella presentaba, si está caminando, se le aumenta la frecuencia y eso lleva a que ella tenga cansancio y fatiga”.

Así mismo, refirió que la había clasificado en triage 2 como urgencia no vital porque:

“la paciente podía esperar, si estuviera infartada le hubiera clasificado en 1. Según la clasificación en ese tiempo, cuando uno pone triage 1 es que el paciente es para ver ya y si le puse dos es que se puede diferir un poquito más”.

Y concluyó que, inmediatamente se estaba clasificando en triage, se le estaba realizando el electrocardiograma, el cual no dio respuesta de infarto.

“el electrocardiograma es una ayuda diagnóstica que puede decir si tiene infarto o no tiene infarto, pero es solamente una ayuda.

Sobre los signos o síntomas de alarma de un infarto y si la paciente los presentaba indicó:

“Si una paciente llega infartada, viene expresando dolor en el pecho, sudoración, cansancio, fatiga, disnea, puede estar colapsada, dolores que se le van a los brazos, al cuello a la nariz, a toda la parte superior, eso se llama un infarto típico, es decir, que uno inmediatamente lo ve, se toma el electro y se ve que tiene elevación del ST o de presión del ST, uno puede decir que está infartado. En el electro no se veía, solamente se veía fibrilación auricular con respuesta rápida”.

Por su parte, la doctora Natalie Vanegas, médica que atendió a la paciente en urgencias, relató:

“La paciente había consultado porque ella lo definía como una sensación de ahogo en el cuello que cuando caminaba rápido la presentaba. Entonces, eso en términos médicos puede presentarse como disnea, dificultad respiratoria, pero ante los antecedentes de la señora, una señora con una falla cardíaca de origen isquémico, una enfermedad coronaria que había sido revascularizada quirúrgicamente hipercutáneamente y que no tenía otra posibilidad de intervencionismo,

porque ya era una paciente muy enferma del corazón y tenía una falla cardíaca, y como tal este síntoma de la paciente lo profundizo para tratar de ver algún otro signo de alarma como dolor, pero la paciente siempre fue enfática en negar dolor en el pecho, no había presentado dolor torácico ni precordialgia”

Continuó exteriorizando que,

“La señora siempre estuvo estable. Cuando yo la valoré la paciente estaba en el corredor, en silla de ruedas. Le hice el examen físico completo.

De base tenía una arritmia cardíaca, entonces dentro de los antecedentes de base cardiacos, encuentro los ruidos cardiacos arrítmicos pero los pulmones estaban bien ventilados, no tenía signos de descompensación de falla cardíaca, no había soplos; en miembros inferiores tampoco presentaba edemas, los pulsos estaban conservados, la señora estaba normotensa, es decir, estaba con presión arterial adecuada, tenía un poco de tendencia a la taquicardia creo que estaba entre 100-110 la frecuencia cardíaca. Estaba estable, tranquila, sin dolor, tuve la oportunidad de interrogar a la paciente y no había condición crítica ni signo de alarma que hiciera sospechar el desenlace de la paciente.

Sobre la clasificación del triage y si cambió el estado de la señora expresó:

“Yo estoy de acuerdo con la clasificación que tuvo la señora porque realmente llegó estable, sin dolor, los signos vitales estaban estables no había como un signo de alarma que priorizara su atención.

La paciente siempre estuvo estable, nunca se quejó de dolor, nunca tuvo ningún signo clínico ni de palidez ni de aforesis, que es la sudoración, que nos indicaran que a la señora se le estaba bajando la presión o que estaba haciendo signos de bajo gasto, no relató mareo, no relató ningún tipo de disconformidad mientras estuvo en la atención. No hubo ningún signo de alarma o bandera roja que nos indicara que la señora fuera a colapsar”.

A la pregunta, ¿qué exámenes solicitó y cuál era la finalidad?, manifestó

“Un hemograma que lo podemos interpretar para mirar si la paciente tiene anemia, si hay una infección en curso, para buscar respuesta inflamatoria. Le solicité unos iones, sodio, potasio, magnesio, porque estos pacientes que toman medicamentos hipertensivos como es el caso de la señora

pueden tener trastornos hidrolíticos que pueden alterar estos resultados y me parecía válido pues indagarlo y le solicité el pt que era para valorar la parte de la anticoagulación y el citoquímico de orina o que era el uroanálisis por la sintomatología del tracto urinario de la paciente para buscar respuesta inflamatoria o presencia de bacterias”.

Del testimonio del doctor Gabriel Quiroga, jefe de urgencias de la clínica se puede extraer que la causa de la muerte de Marín de Ospina fue por una fibrilación ventricular en el contexto de una muerte súbita.

A la pregunta, ¿la muerte es consecuencia de enfermedades de base? Expresó:

En términos generales, sí, porque las enfermedades de base le incrementan las posibilidades de que eso le ocurra. La muerte súbita puede ocurrir en personas previamente sanas con alguna condición que no era genética o que no era conocida, obviamente en menor porcentaje.

Ahora, a la pregunta ¿estar hospitalizada podía evitar la muerte de la señora? Respondió:

Si la paciente hubiera estado hospitalizada no lo habiéramos podido evitar, igualmente en algún momento hubiera ido al baño hubiera podido haber presentado la muerte súbita, es más, la podía presentar aun sin ir al baño. Estar hospitalizada no hubiera evitado que hubiera hecho la muerte súbita.

Concluyó que no se mandó una placa de tórax porque:

“no era la que iba a dar una aproximación y los exámenes que fueron saliendo, ninguno indicaba que debiera procederse en forma urgente sobre la paciente”.

De los testimonios de las enfermeras y auxiliares de enfermería se puede destacar que, la señora se movilizaba sola, respondía a todo el interrogatorio y se encontraba consiente y orientada, aunado al hecho de coincidir en sus respuestas al indicar que nunca estuvo en silla rimax o de plástico, pues primero estuvo en silla de ruedas y posteriormente en silla reclinomática.

Y así lo relató Luz Elena Arango Paniagua cuando expresó:

“se pasa a sala a sentarse en silla de ruedas hay que esperar que el otro médico que este dentro de la sala de urgencias la pueda atender, entonces veo ahí que la atendió, hizo unas ordenes que se cumplieron ahí mismo y en lo que yo participé fue en la toma de muestras de sangre, pues a mi me parece que la historia esta muy bien, pues muy bien específicamente relatada pues todos los procedimientos que se le hicieron, en ningún momento la señora pues que hayan dicho que no se le atendió no, a la señora ahí está muy bien explicado en la historia qué se le hizo”. A la pregunta, si existían sillas rimax en el servicio de urgencias, indicó: “no rimax no. Que yo recuerde sillas de ruedas y poltronas”.

Ahora, uno de los puntos que más resaltó la parte demandante es que se refiriera en la historia clínica que Marín de Ospina presentara una frecuencia cardíaca de 16 pulsaciones por minuto y aun así, no se le realizaran más ayudas diagnósticas o se trasladara a otro lugar donde se le brindara la atención por ella requerida, se indicó por Lisbeth Pulgarín, la auxiliar de enfermería que realizó la anotación: *“No sé si de pronto fue un error en la transcripción en la frecuencia. Recuerdo que la paciente tenía frecuencias cardíacas normales. De pronto fue un error al transcribir en la historia clínica **porque con 16 latidos por minutos no era posible que me hubiera respondido el interrogatorio**”.* Continuó: *“**A las 8 de la noche yo tomé una frecuencia cardíaca de 70 de pronto era 76 y por error puse 16 porque los signos vitales, en los que se enfoca el doctor, aparte del 16 están completamente estables**”.*

La doctora Zulima Suárez, se refirió sobre este punto indicando que: *“teniendo en cuenta los otros signos vitales que se registran en la historia, que son presión arterial de 97-54, presión media de 75 y una frecuencia respiratoria de 20 y una saturación de oxígeno de 95, todos estos números hacen **pensar que hubo en error en la transcripción de la persona que escribió la frecuencia cardíaca por 16**. En cualquier persona es incompatible con las otras cifras que aparecen ahí. De hecho, posteriormente, hay otros signos vitales de 100-60 de presión arterial con 65 de pulso entonces 16 de frecuencia cardíaca no corresponde a los signos vitales tan estables en esa misma fecha y hora que reportan, me atrevo a decir que es un error de transcripción”.*

Ahora, también se indagó por la relación coronaria, el edema pulmonar y la infección bacteriana a lo que, la doctora González Chagin indicó

“son dos eventos diferentes, son dos eventos diferentes, la presencia de una bacteria puede ocasionar un shock séptico pero no o sea no va ocasionar un evento coronario, o sea en ella el evento coronario es consecuencia de que ella ya tenía una enfermedad coronaria pre existente, es lo que yo estoy leyendo en la historia clínica, la historia clínica de que la paciente tenía una enfermedad coronaria severa que fue revascularizada con un estem después de eso la intervinieron quirúrgicamente, están descritos cuatro puentes coronarios y dos de los cuales estaban tapados, una paciente anti coagulada o sea con muchísimos factores de riesgo y esa fue la razón supongo yo, por la cual la hospitalizaron pero de que la bacteria que haya tenido haya ocasionado un infarto, o sea son dos eventos absolutamente diferentes” .

El edema pulmonar es consecuencia del infarto masivo porque la paciente tenía una enfermedad coronaria severa, si yo hago un infarto en este momento y es un infarto que me tapa uno de los vasos principales yo puedo hacer un edema pulmonar agudo y me muero, o sea usted sabe que muchas pacientes se mueren en la casa y se mueren porque pueden hacer una arritmia severa entonces aquí quien lo va a desfibrilar a uno estando en la casa o hace un edema pulmonar masivo pero el edema pulmonar es consecuencia del infarto que la paciente tuvo pero no tiene que ver con la bacteria.

Y concluyó

“desde mi punto de vista y desde mi experiencia en la clínica cardiovascular o sea yo realmente y se lo digo porque yo he trabajado en muchas partes, yo no conozco un centro donde mejor se maneje un paciente que este en paro que en la clínica cardiovascular o sea los protocolos que se siguen de reanimación son supremamente estrictos y ajustados a la Asociación Americana del Corazón y las personas que participan en estos eventos generalmente es un pull de personas que uno no va encontrar en todos los hospitales o sea que asistan todas las personas al paro y todas las personas ayudando y en la secuencia en la que están entrenados todos para manejar estos eventos”.

Dejando de lado la atención que se dispensó, otro de los temas que llamó la atención la parte actora es la modificación de la clasificación del triage, pues en el momento de la atención se refirió un triage 2 como urgencia no vital y posteriormente, ante una nueva impresión de la historia clínica, se reflejó triage 2 como urgencia vital, al respecto, Claudia Bedoya, ingeniera de la clínica explicó:

“La historia de ella tenía una clasificación tipo 2 que para ese momento era no vital, se hizo un cambio el 13 de abril de 2016 y esta descripción conserva el código 2 pero cambia por ley a la descripción urgencia vital por lo tanto, cuando sacamos una copia de la historia actualmente, el registro clínico queda con el mismo código 2 con el que fue ingresado, en su momento en la atención, pero al sacar una copia en este momento y al haber cambiado la descripción en el maestro, el maestro dice, esta paciente ya tiene el código 2, lee la descripción en el maestro pero ya trae una nueva descripción que es urgencia vital”.

Interrogada sí, ¿era posible en el año 2018, modificar algún registro en la historia clínica de la paciente del 2013? Respondió: *“No, no es posible modificar los datos a nivel de codificación. Lo que se permite modificar por aplicación es la descripción, pero a nivel de código no se puede modificar”.*

Analizada la historia clínica en conjunto con la prueba testimonial, María Luz Faire no presentaba signos o síntomas de alarma que llevaran a los galenos a predecir la presencia de un infarto, pues solo se consultó por una sensación de ahogo y debilidad para caminar, la cual, es normal en pacientes que presenta un diagnóstico de fibrilación auricular, aunado al hecho de haberse realizado los exámenes pertinentes para su cuadro clínico y sin que los mismos evidenciaran el resultado final de la paciente.

Y es que, al no existir síntomas que llevaran a colegir un signo positivo que indicara paro cardíaco o infarto, no se puede endilgar a los galenos una violación a la lex artis o que hayan actuado con culpa al momento del emitir un diagnóstico respecto de las patologías que en ese momento aquejaban a Marín de Ospina, pues tanto los médicos, como enfermeras que depusieron en audiencia fueron claros en coincidir que en las atenciones médicas no se evidenciaban signos de bandera roja, siempre estuvo consciente, orientada, sin dolor y con signos vitales estables y saturación normal.

Y es que nótese que el auditor de salud de la Eps Sura también fue claro en determinar que los síntomas que refirió la paciente no eran propios de un infarto y que, en las ayudas diagnósticas tampoco fue posible predecir el desenlace fatal, pues nótese que indicó:

“No se evidencia angina o infarto o el riesgo inminente de un paro cardiaco de origen eléctrico que se pudiera evidenciar en un electrocardiograma.

Muy probablemente el paro de la señora se debió a una obstrucción de tipo tromboembólico o isquémico que no se puede detectar en el electrocardiograma y que es un evento súbito, inesperado impredecible e inevitable en un servicio de urgencias. A la señora le podía dar en cualquier momento”.

A la pregunta, si encontró fallas en la atención, expresó:

“La verdad, no. Considero que fue un manejo idóneo apegado a las normas de general aceptación de la medicina. No encuentro fallas en el servicio de la atención que hubieran podido haberse entendido como una causal, una demora, falta de oportunidad o deficiencia en el tratamiento o faltas de ayudas diagnosticas. Por el contrario, considero que fue un manejo totalmente idóneo y que era una muerte totalmente inevitable e impredecible”.

Lo anterior, para indicar que en la prestación medica NO puede endilgarse juicio culpabilisitico alguno, pues al momento de su atención no estaban presentes, conforme a la descripción médica, signos positivos que indicaran infarto y se dejó claro que no existían síntomas que hicieran ordenar ayudas diagnósticas diferentes a las ordenadas o incluso remitirla a otros especialistas lo que en conclusión no los podía llevar a otro diagnóstico diferente al que para el momento era muy evidente como era la fibrilación auricular.

Forzoso es concluir que en este caso no se demostró un daño jurídicamente relevante que pudieran ser atribuido a un agente determinado, mediante un juicio de reproche culpabilístico, dando al traste con los elementos para la prosperidad de este tipo de responsabilidad y debiendo negar la totalidad de las pretensiones solicitadas con esta demandada, sin que se haga necesario el estudio de las excepciones propuestas por los demandados, ni abordar el análisis probatorio de los demás medios allegados en tanto a la certeza y cuantificación del daño, pues nótese que, i) la muerte de la paciente fue súbita, se hubiera podido presentar en cualquier momento y lugar, ii) se brindaron las atenciones acordes al cuadro clínico de la paciente, iii) el electrocardiograma era la ayuda diagnóstica pertinente para definir el plan de manejo de Marín de Ospina, y en el mismo no se marcaron signos o síntomas indicativos de infarto o paro cardiaco, iv) los signos vitales siempre fueron estables, no obstante haber quedado registrada una frecuencia cardiaca de 16 pulsaciones por minuto, la cual era incompatible con los demás signos que presentaba la paciente, quedando claro que se presentó un error en la

transcripción en la historia clínica y sin que se pueda endilgar responsabilidad por este hecho, pues el actuar del personal clínico fue acorde con la lex artis y por último, v) el cambio en la descripción del código en la clasificación triage se dio por cambio de legislación y no porque se hubiera querido subsanar algún error de clasificación en la atención de la paciente en el año 2013, pues se probó que la señora María Luz Faire no presentaba urgencia vital que requiriera una atención diferente a la que le fue brindada.

CONCLUSIÓN

Colofón de lo expuesto, se denegarán las pretensiones formuladas por Sara Inés Ospina Marín, Diego Mauricio Ospina Marín, Clemencia Eugenia Marín Ospina e Ivan Mauricio Ospina Raigoza en contra de Ips Clínica Cardio Vid, Eps y Medicina Prepagada Suramericana S.A y la llamada en garantía Allianz Seguros S.A por no encontrarse presente los presupuestos axiológicos de la referida pretensión de responsabilidad médica al no lograr probar la parte demandante la falla en la prestación del servicio de salud a la señora María Luz Faire Marín de Ospina.

DECISIÓN

En razón y mérito de lo expuesto, el JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley y la Constitución,

FALLA

PRIMERO. DENEGAR las pretensiones formuladas por Sara Inés Ospina Marín, Diego Mauricio Ospina Marín, Clemencia Eugenia Marín Ospina e Ivan Mauricio Ospina Raigoza en contra de Ips Clínica Cardio Vid, Eps y Medicina Prepagada Suramericana S.A y la llamada en garantía Allianz Seguros S.A por no encontrarse presentes los presupuestos axiológicos de la responsabilidad civil.

SEGUNDO. Se condena en costas a los demandantes y en favor de los demandados. Se fijan como agencias en derecho la suma de 10.000. 000.00.

TERCERO. Contra esta sentencia proceden los recursos de ley.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

RAFAEL ANTONIO MATOS RODELO

Juez

Firmado Por:

RAFAEL ANTONIO MATOS RODELO

JUEZ CIRCUITO

JUZGADO 005 CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN

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

Código de verificación:

2d8f6095be84bf9a6674db2e693ad36fcecda899f99f00bf0a579ef44d251724

Documento generado en 25/01/2021 04:23:43 PM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**