



JUZGADO VEINTE CIVIL DEL CIRCUITO

Medellín, treinta y uno (31) de enero de dos mil veinticuatro (2024)

Radicado	05001 31 03 020 2021 00112 00
Proceso	Verbal
Demandante	Omar de Jesús Álvarez Valencia y Liliam Amanda Úsuga Úsuga
Demandados	Fundación Hospital San Vicente de Paul; Medimás EPS y Clínica Medellín S.A.
Llamados en garantía	Chubb Seguros Colombia S.A., Seguros del Estado S.A., y Allianz Seguros S.A.
Asunto	Sentencia Nro. 021

Sentencia escrita

(Art. 373 #5 C.G. del P.)

Anunciado el sentido de fallo desestimatorio de las pretensiones, el pasado 22 de enero de la presente anualidad, se profiere por escrito la decisión en primera instancia, dentro del presente proceso verbal de responsabilidad civil médica promovido por el señor Omar de Jesús Álvarez Valencia y la señora Liliam Amanda Úsuga Úsuga, en contra de Medimás EPS, Fundación Hospital San Vicente de Paul y la Clínica Medellín S.A., esta última también llamada en garantía por Medimás EPS. En el trámite también fueron llamadas en garantía Chubb Seguros Colombia S.A., y Seguros del Estado S.A., como aseguradoras de la Clínica Medellín S.A., así como Allianz Seguros S.A., como aseguradora de la Fundación Hospital San Vicente de Paúl.

Se encuentran acreditados en este proceso los presupuestos procesales para dictar sentencia de primer grado, y no se avizoran causales de nulidad que afecten el trámite, por lo que es válido pasar a resolver.

Teorías del litigio: La parte demandante conformada por el señor Omar de Jesús Álvarez Valencia, compañero permanente de la señora María Rosalba Úsuga Úsuga y Liliam Amanda Úsuga Úsuga, madre de aquella, afirman en el escrito de reforma a la demanda, visible en el archivo digital Nro. 41, que la

señora María Rosalba Úsuga Úsuga era una paciente trasplantada de riñón por insuficiencia renal quien venía padeciendo el rechazo de este órgano, por lo que, desde el 8 de junio de 2016 su médico tratante le ordenó un nuevo trasplante de riñón, solicitud de autorización que presentó a la EPS Cafesalud a la cual se encontraba afiliada.

Se indica en el citado libelo que una vez le fue autorizado el procedimiento de trasplante por la EPS, la señora María Rosalba asistió a la IPS Fundación Hospital San Vicente de Paul e informó que tenía un familiar que podría ser donante, sin embargo, allí le dijeron que previo a realizar el trasplante era necesario el pago por parte de su EPS, con esta información, la paciente solicitó infructuosamente a EPS Cafesalud que procediera con el mismo y, habiendo transcurridos seis meses sin que el desembolso se materializara, presentó acción de tutela e incidente de desacato en contra de la EPS Cafesalud, las cuales fueron concedidas, pese a ello, la EPS Cafesalud no hizo el pago requerido ni la IPS Fundación Hospital San Vicente de Paul realizó el procedimiento médico.

Posteriormente, el día 22 de junio de 2018, la señora María Rosalba Úsuga Úsuga ingresó por urgencias a la IPS Clínica Medellín y que la entidad plasmó en la historia clínica diagnóstico de trasplantada con pérdida del injerto por rechazo y nefropatía crónica del injerto, con indicación de diálisis la cual no ha sido aceptada, ingreso por urgencia dialítica por academia metabólica y uremia, se le plantó catéter para diálisis, pero por disfunción del catéter no se ha podido hacer TRR. Se solicitó revisión, requiere de forma prioritaria permeabilizar el catéter y hacer diálisis, además, presenta fiebre, diarrea bacterianemia por BGN, ya en antibioticoterapia, se revisó el catéter de diálisis yugular derecho malfunctionante, se decidió retirarlo por no obtener flujo adecuado, la paciente tiene oclusión de la confluencia de la vena yugular interna con subclavia como puede observarse en las imágenes enviadas, también tiene oclusión de la vena yugular izquierda, al retirar el catéter malfunctionante la paciente hizo hipotensión secundaria a hemitórax derecho.

Se manifiesta por la parte actora que en la historia clínica de la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA se indicó que falleció el 25 de junio de 2018 debido a insuficiencia renal crónica, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; deceso que alegan los demandantes, se debió a la negligencia y

responsabilidad de la IPS CLÍNICA MEDELLÍN, por su tardanza en efectuar el procedimiento de cambio de cateterismo malfunctionante, ante la ausencia del médico que debía realizarlo, por encontrarse en días de descanso, galeno que en todo caso actuó con impericia, imprudencia y desconocimiento de normas, protocolos y guías.

También culpan de este deceso a MEDIMÁS EPS, al no cubrir oportunamente el costo del trasplante a pesar de los diversos requerimientos, así mismo, arguyen la culpa de la IPS FUNDACIÓN SAN VICENTE DE PAUL dado que la entidad hizo prevalecer premisas de carácter económico sobre el valor vida al abstenerse de realizar dicho trasplante.

Refieren los demandantes que la muerte de la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA les ha causado perjuicios patrimoniales, concretamente lucro cesante, así como morales, respecto de los cuales solicitan su resarcimiento.

La parte demandada junto con las llamadas en garantía se resistieron a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, así:

Medimás EPS S.A.S.- En liquidación, mediante escritos visibles en los archivos 29 y 44, formuló las excepciones de mérito que denominó: i) *“inexistencia de nexo causal – hecho de un tercero como eximente de responsabilidad”*; ii) *“inexistencia de cesión de responsabilidades derivadas del aseguramiento en salud por parte de CAFESALUD EPS a MEDIMÁS EPS”*; iii) *“Inexistencia de culpa”*; iv) *“ausencia de actividad probatoria de la parte actora”*; y v) *“inexistencia de responsabilidad por parte de MEDIMÁS EPS.”*

Fundación Hospital San Vicente de Paúl, en las contestaciones obrantes en los archivos digitales 30 y 47, formuló las excepciones de mérito que denominó: i) *“inepta demanda por indebida representación”*; ii) *“inexistencia de culpa y falta de nexo causal”*; iii) *“hecho de un tercero”* y; iv) *“tasación excesiva de los perjuicios”*.

Clínica Medellín S.A., como demandada directa y como llamada en garantía de MEDIMÁS E.P.S., a través de escritos visibles en los archivos 28 y 49, formuló las excepciones de mérito que denominó: i) *“No existen hechos que fundamenten las pretensiones de la demanda. No existe causa petendi frente a*

mi representada”; ii) “La obligación de la CLÍNICA MEDELLÍN S.A. es de medios más no de resultados / En responsabilidad médica se parte del criterio de culpa probada”; iii) “Cumplimiento de protocolos médicos / inexistente violación de la lex artis ad hoc”; iv) “Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad civil” y; v) indebida y exagerada tasación de los perjuicios”.

Por su parte, **Chubb Seguros Colombia S.A.**, llamada en garantía por la CLÍNICA MEDELLÍN S.A., contestó la demanda, visible en archivos 35 y 46 y, formuló las excepciones de mérito que denominó: i) *“Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa de la Asegurada Clínica Medellín”*; ii) *“Ausencia de nexo de causalidad”*; iii) *“Causa extraña: Hecho de un tercero”*; iv) *“Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados - Inexistencia de prueba e indebida tasación del perjuicio - Excesiva e indebida solicitud de perjuicios extrapatrimoniales”* y; v) *“Improcedencia de una sentencia condenatoria”*. Frente al llamamiento en garantía formuló las excepciones de mérito que denominó: i) *“Ausencia de cobertura por el factor temporal de la Póliza No. 12-47193”*; ii) *“Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de Responsabilidad Civil Profesional Médica para Instituciones Médicas, de la Póliza No. 12-47193, por ausencia de responsabilidad de la Clínica Medellín S.A.”*; iii) *“Exclusión de errores administrativos”* y; iv) *“Valores asegurados y deducibles aplicables”*.

Allianz Seguros S.A., llamada en garantía por la CLÍNICA MEDELLÍN S.A., en réplica a la demanda, visible en el archivo 04 del cuaderno Nro. 04 del llamamiento, formuló las excepciones de mérito que denominó: i) *“Carga de la prueba - la culpa médica debe ser probada”*; ii) *“Inexistencia de responsabilidad de CLÍNICA MEDELLÍN S.A.”*; iii) *“Inexistencia de hecho ilícito”*; iv) *“Inexistencia de daño indemnizable”*; v) *“Ausencia de daño en los términos y cuantías solicitadas”* y; vi) *“Inexistencia de nexo causal”*. Frente al llamamiento en garantía formuló las excepciones de mérito que denominó: i) *“Límite del valor asegurado”*; ii) *“disponibilidad del valor asegurado”*; iii) *“deducible”* y; iv) *“prescripción de los derechos del asegurado”*.

Seguros del Estado S.A., llamada en garantía por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, mediante escritos visibles en los archivos 36 y 45, contestó la demanda y formuló las excepciones de mérito que denominó: i) *“Régimen de responsabilidad aplicable / culpa probada”*; ii) *“Ausencia de responsabilidad por parte de la FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE*

DE PAUL”; iii) “Inexistencia del nexo causal frente a la FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL DE RIONEGRO”; iv) “Ausencia de prueba del perjuicio moral reclamado” y; v) “Improcedencia del lucro cesante reclamado”. Frente al llamamiento en garantía formuló las excepciones de mérito que denominó: i) “Límite del valor asegurado según las condiciones y vigencia de la póliza 65- 03-1010287792”; ii) “Deducible pactado en la póliza 65-03-101028779”; iii) “No cobertura de actos administrativos” y; iv) “Condiciones adicionales de la póliza 65-03-101028779”.

Problemas jurídicos: De acuerdo con los hechos narrados en la demanda, así como con las contestaciones de los demandados y llamadas en garantía, los interrogantes que en esta oportunidad debe resolver el Despacho son los siguientes: Existió alguna (i) demora administrativa por parte de MEDIMÁS EPS, (ii) omisión en la prestación del servicio por parte de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL y/o (iii) negligencia médica por parte la CLÍNICA MEDELLÍN S.A., constitutivas de culpa, en la prestación de los servicios médicos requeridos y dispensados a la señora María Rosalba Úsuga Úsuga, lo cual constituye el objeto de la polémica que ahora en este fallo se resuelve. En otras palabras, se estudiará si se encuentra comprometida la responsabilidad civil de los demandados, caso en el cual habría lugar a indemnizar los correspondientes perjuicios que se hayan causado como consecuencia de estas actuaciones y/o omisiones.

Se analizarán igualmente las excepciones planteadas por las demandadas y aseguradoras para establecer si tienen el potencial de enervar la pretensión.

Para tal efecto, se delimitará el marco jurídico que interesa a la responsabilidad civil médica y se traerán a colación los fundamentos legales, jurisprudenciales y probatorios aplicables al caso que se analiza.

Decisión del Despacho: Se anticipa que esta Agencia Judicial encuentra que en el presente caso no logró probarse (i) la demora administrativa, (ii) ni la omisión del servicio y/o (iii) tampoco la negligencia médica que la parte demandante le atribuye a los demandados en lo atinente al lamentable fallecimiento de la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA, que según se adujo obedeció a (a) la mora en el pago de la EPS MEDIMÁS EPS S.A.S.- EN LIQUIDACIÓN para que se llevase a cabo el trasplante de riñón que aquella

requería, lo cual tampoco quedó debidamente probado (b) la falta de realización de dicho procedimiento por parte la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL quien exigía primero el pago y, (c) la negligencia, demora, impericia, imprudencia, desconocimiento de normas, protocolos y guías por parte de los médicos que pusieron un catéter de diálisis yugular malfunctionante y en su posterior intento de cambio. Así, las pretensiones de la demanda van a ser negadas, ante la prosperidad de las excepciones propuestas por la parte demandada y las llamadas en garantía.

Seguidamente el Juzgado se ocupará en lo que sigue de esta audiencia a explicar las razones de la decisión.

De la responsabilidad civil médica: Tratándose de la medicina y, en especial, la asistencia médica por parte de los profesionales de la salud, como cualquier otra actividad humana, no está exenta de incurrir en errores, pues su ejercicio no puede ser considerado infalible. Sin embargo, el error deja de ser excusable y compromete la responsabilidad civil de los galenos y las instituciones de salud, cuando corresponde a “faltas injustificadas (groseras, culposas, negligentes o descuidadas)”. En esos eventos, según la Sala Civil de la H. Corte Suprema de Justicia, los menoscabos o las lesiones causadas a la salud deben ser reparadas íntegramente «*in natura*» o por equivalencia (sentencia SC 3847 de 2020 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona).

En lo que respecta a la responsabilidad solidaria y directa de instituciones hospitalarias, se da, cuando por ejemplo ocurre la muerte del paciente a causa del diagnóstico tardío e inadecuado tratamiento, o por demoras injustificadas, violando un deber de conducta impuesto en interés de otro sujeto, tal acción se regula por las normas que consagra el Código Civil artículos 2343 y 2341 para endilgar esa responsabilidad.

En todo caso, la mala práctica médica debe soportar el debate probatorio correspondiente para su demostración, por cuanto la obligación que se deriva de dicha actividad es -por regla general- de medio y no de resultado. Así se desprende del amplio desarrollo jurisprudencial y del artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, a cuyo contenido «*El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación*

entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional»

Aunado a ello, la responsabilidad médica, por regla general es considerada en nuestra legislación como una **obligación de medio**, es decir, el galeno no está en el compromiso de garantizar la salud del enfermo, pero sí de brindarle todo su apoyo en procura de su mejoría, es el deber del facultativo en empeñar todo su conocimiento, destreza y juicio clínico, cumpliendo de forma cautelosa y segura, con todos los cuidados preestablecidos en la *lex artis*, razón por la cual su responsabilidad parte del régimen de la **culpa probada**, deber crediticio en cabeza del demandante, pues al médico le basta demostrar la diligencia y cuidado en la atención, ver en ese sentido la Sentencia de 13 de septiembre de 2002, Exp. 6199 de la Corte Suprema de Justicia Sala Civil, M.P. Nicolás Bechara Simancas, reafirmada en Sentencia de la misma corporación del 14 de noviembre de 2014, Radicación N° 11001-31-03-029-2008-00469-01, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

Bajo ese contexto jurídico, este régimen de responsabilidad impone que los demandantes acrediten: **(i)** el contrato, puesto que es esta relación jurídica, la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado; o el suceso extracontractual con el que genéricamente se violó el deber de no irrogar daños. De ahí en adelante, los pretensores habrán de probar **(ii)** el hecho producido en el ejercicio de la actividad médica; **(iii)** el daño, entendido como el menoscabo de las facultades jurídicas que tiene una persona para disfrutar de un bien jurídico patrimonial o extrapatrimonial; **(iv)** el nexo causal, que hace referencia a la relación jurídica o fáctica, según corresponda, entre el hecho imputado y el daño, **(v)** la culpa como factor que permite imputar responsabilidad a partir de un juicio de reproche y **(vi)** el perjuicio, que no es otra cosa que la valoración económica de las consecuencias del daño, ya que éste debe ser indemnizable.

Análisis de la situación particular:

De la afiliación a Medimás EPS- En liquidación. De cara a la acreditación de la afiliación de la señora María Rosalba Úsuga Úsuga a la EPS codemandada Medimás Eps- En Liquidación, en su respuesta a la demanda, con anexión de un pantallazo, visible en el folio 69 del archivo digital 29, que corrobora el vínculo

entre la entidad y la señora MARIA ROSALBA indicando que ésta es beneficiaria en el régimen contributivo en esta entidad **desde el 01 de agosto de 2017** y, si bien, ninguna de las partes exhibe el contrato escrito, son suficientes las manifestaciones que obran en el expediente, teniendo presente que el acto jurídico de afiliación se origina en un vínculo legal y reglamentario regulado por el Título II (artículos 152 y siguientes) de la Ley 100 de 1993 y disposiciones modificatorias y complementarias. Con este requisito queda también probada la legitimación en la causa de los litigantes que integran el contrato de afiliación.

Ahora, sobre la fecha de afiliación, es necesario precisar que, si bien la parte actora asimila indistintamente a la EPS CAFESALUD con MEDIMÁS EPS, como si se tratase de un cambio de razón social, lo cierto es que se trata de personas jurídicas distintas, por ello, al hacer la revisión de la documental adosada al proceso se encuentra que la paciente, con anterioridad al 31 de julio de 2017, se encontraba afiliada a la EPS CAFESALUD, lo que se observa con la sentencia de tutela aportada en el archivo Nro. 07, de lo indicado por la parte actora en los hechos segundo a séptimo del archivo 41, también en el acápite de consideraciones previas de la contestación a la demanda de MEDIMÁS EPS visible a folios 1 y s.s. del archivo 29 y, según informó la Superintendencia de Salud en la Respuesta con radicado 2-2018-047258, visible a folios 570 y s.s., el traslado de la paciente sólo se dio a partir del 01 de agosto de 2017 con ocasión a la cesión parcial efectuada con la Resolución Nro. 2426 de 2017, mediante la cual la Superintendencia de Salud decidió aprobar el plan de reorganización institucional presentado por la EPS CAFESALUD consistente en la creación de una nueva institución denominada MEDIMÁS EPS, dice la Superintendencia de Salud en la Respuesta que *“a partir del 01 de agosto de 2017, la EPS MEDIMÁS recibió a los usuarios afiliados a CAFESALUD EPS”*, así mismo, debe resaltarse que según el *“Reglamento de acreditación y venta de los activos, pasivos y contratos de CAFESALUD EPS S.A. y de las acciones de ESTUDIOS E INVERSIONES MÉDICAS S.A.-ESIMED S.A.”* del 08 de mayo de 2017 que se encuentra a folios 474 y s.s. del archivo 29 dicha cesión fue parcial y MEDIMÁS EPS no asumió la totalidad de los pasivos a cargo a CAFESALUD EPS, sino tan solo los contenidos en la solicitud de reorganización institucional dentro de los cuales no se advierten los relacionados con declaraciones futuras de responsabilidad civil, además de lo dicho, también se observa en el Certificado de existencia y representación obrante a folios 72 del

archivo Nro. 29, que la fecha de constitución de MEDIMÁS EPS fue sólo hasta el 13 de julio de 2017.

Así las cosas, es necesario indicar que la responsabilidad contractual que eventualmente podría recaer en MEDIMÁS EPS, sólo puede atribuirse frente a los hechos ocurridos con posterioridad al 01 de agosto de 2017, puesto que se conoce que antes del 13 de julio de 2017 la entidad no existía, que sólo a partir del 01 de agosto de 2017 recibió como usuaria a la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA, y que la cesión parcial realizada de EPS CAFESALUD a MEDIMÁS EPS no incluyó los relacionados con declaraciones futuras de responsabilidad civil, como en el presente caso se debate, en el que la obligación indemnizatoria no se encuentra previamente definida, de manera que no podría considerarse un pasivo establecido, dando lugar a que las obligaciones de CAFESALUD EPS y previas al 01 de agosto de 2017 no puedan ser reclamadas o atribuidas a MEDIMÁS EPS, con lo que además se encuentra probada la excepción de mérito denominada "*inexistencia de cesión de responsabilidades derivadas del aseguramiento en salud por parte de CAFESALUD EPS a MEDIMÁS EPS*", presentada por MEDIMÁS EPS.

Por otro lado, respecto a las pretensiones de responsabilidad extracontractual, el registro civil aportado con la reforma a la demanda, visible en el archivo Nro. 40, acredita la calidad de madre de la paciente por parte de LILIAM AMANDA USUGA USUGA, así como la declaración extra juicio en el archivo 15 y los testimonios recibidos de los señores JOHN JAIRO ATEHORTÚA, NELSON SALAZAR GÓMEZ, FRANKLIN TEJADA MARTÍNEZ, junto con la declaración de la señora LILIAM AMANDA USUGA USUGA, dan cuenta de la calidad de compañeros permanentes de la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA y el señor OMAR DE JESÚS ÁLVAREZ VALENCIA, con lo que los demandantes extracontractuales prueban el vínculo con la paciente.

De la conducta que se reprocha y del hecho producido en ejercicio de la actividad médica: En primer lugar, la parte actora se duele de la tardanza por parte de la EPS MEDIMÁS en la materialización del pago para el procedimiento de trasplante de riñón que le fue ordenado a la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA desde el 08 de junio de 2016.

Sin embargo, en este punto, es necesario aclarar que en el expediente consta que en la orden médica dada por la IPS NEFRÓN S.A.S., a la EPS CAFESALUD, se dice que la paciente *“requiere **iniciar protocolo para segundo trasplante renal**”*, visible en el archivo Nro. 03, esto es relevante porque la orden no fue dada para que se realizara el trasplante sino para que se iniciara el protocolo.

En segundo lugar, se reprocha que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL no hubiere realizado el trasplante de riñón ante la falta de pago por parte de la EPS CAFESALUD y posteriormente de la EPS MEDIMÁS.

Y, en tercer lugar, se hace referencia a la atención recibida por la paciente MARIA ROSALBA USUGA USUGA en la IPS CLÍNICA MEDELLÍN, representada en la historia clínica obrante en el archivo Nro. 28, a partir del folio 20, en la cual se registró su ingreso el 22 de junio de 2018 por motivo de *“trasplantada de riñón derecho, paciente con deposiciones líquidas, dolor abdominal tipo cólico, emesis, inapetencia, ayer viene por cita y mandan tratamiento sin mejoría”* con diagnóstico de *“diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso”* y diagnósticos relacionados de *“insuficiencia renal crónica; no especificada y trasplante de riñón”*, seguidamente el 23 de junio de 2018 se plasmó *“Mujer joven, con AP (antecedentes patológicos) de enfermedad renal terminal, desconozco causa, que requirió trasplante renal, con rechazo, no conoce causa, con franco deterioro nuevamente de la función renal progresivo que **en consideración de nefrología ya requiere de nuevo inicio de TRR** (Terapia de remplazo renal). Ahora ingresa con gastrointestinal, deshidratación y anuria. En el momento con cifras tensionales bajas para ser HTA y renal crónica. Considero ingresar, inicio manejo con LEV, solicito paraclínicos completos: descartar urgencia dialítica, hemocultivos periféricos y urocultivo. Solicito además ecografía de vías urinarias para descartar colección en injerto, no requiere doppler dado conocimiento previo del rechazo renal. Iniciaré antibiótico de amplio espectro, dado su condición de inmunosupresión..., **solicito concepto de Nefrología para definir inicio de TRR (Terapia de remplazo renal)**. Explico a la paciente, entiende y acepta.”* Y se ordena *“procedimientos quirúrgicos inserción de catéter permanente para hemodiálisis trasplante renal, con rechazo, ahora nuevamente con indicación de TRR (Terapia de remplazo renal) favor implantar catéter de hd para inicio de ésta hoy”* y sobre la evolución en la historia se describe *“Falla renal terminal, idiopática. En TRR (Terapia de remplazo renal) desde 2009, diálisis por catéter por 1 año,*

trasplantada renal donante cadavérico en 2010. nefropatía crónica del injerto con indicación de reiniciar diálisis desde mayo/2018 (no la había aceptado)”, procedimiento que es realizado dicho día, a continuación, se indicó que para el día 24 de junio de 2018 “Paciente en la tercera década de la vida con antecedentes y diagnósticos anotados, aunque viene en mejoría clínica, preocupa síndrome anémico ya en soporte transfusional y acidosis metabólica persistente a pesar de reanimación hídrica, no se ha podido iniciar terapia de remplazo renal por disfunción del catéter por lo cual continuamos proceso de remisión a servicio con disponibilidad de radiología intervencionista”, dicho procedimiento es realizado el 25 de junio de 2018 en donde se dice “se revisó el catéter de diálisis yugular derecho malfuncionante, se decidió retirarlo por no obtener flujo adecuado, la paciente tiene oclusión de la confluencia de la vena yugular interna con la subclavia como puede verse en una de las imágenes enviadas, también tiene oclusión de la vena yugular izquierda y el flujo se deriva hacia la vena ácigos y luego hacia la cava superior, como también se puede ver en las imágenes, al retirar el catéter malfuncionante la paciente hizo hipotensión secundaria a hemotórax derecho, ya que quedo una comunicación entre la confluencia mencionada y el espacio pleural. Se procedió a documentar el hallazgo con una imagen que se envió. Se dejó un catéter de diálisis por vía femoral derecha temporal y se pasaron 1000cc de solución salina en 15min, se entrega a personal de urgencias, le tomaron electro y para colocación de tubo a tórax derecho. Firmado por: RAMIRO CORREA RESTREPO, RADIOLOGIA, Reg: 2757-87”, “llaman de Radiología porque presenta taquiarritmia mientras se intenta paso de Catéter Mahurka para hemodiálisis (...) Radiología documenta hemotorax derecho pos cateterismo subclavio derecho, observamos en placa de radiología. Inicio en este contexto transfusión de GRE por ahora 2 U sin cruzar, LEV 1000 cc IV y Vasopresor tipo norepinefrina, logrando mejores cifras tensionales. Comento con cirujana, Dra. Daniela Sierra, quien considera toracotomía cerrada y actuar posteriormente de acuerdo a evolución. Mientras estamos en esto, presenta un episodio convulsivo tónico de aprox. 1 min de duración, auto limitada, la paciente se torna somnolienta, bradipnéica, con presiones arteriales imperceptibles, sin respuesta verbal, hasta la ausencia de pulso carotideo. Activo Código Azul Presenciado, documento en monitor de carro de paro Asistolia, se realiza protocolo de asistolia y se verifica. Iniciamos compresiones cardiacas e iniciamos Adrenalina 1 mg IV cada 3 min sin suspender. Luego de dos ciclos de RCP recuperamos pulso, fuerte, con ritmo sinusal, pero aún con PA 70/80, continuamos con reanimación hídrica (...)

Inmediatamente vuelve a entrar en paro cardíaco, de nuevo asistolia, se inicia RCP nuevamente por #2 ciclos, usando de forma programada Adrenalina IV, nuevamente recuperamos ritmo, sinusal con PA imperceptible (...), mientras se pasa la sonda a cavidad pleural vuelve a entrar en paro cardíaco. No se realiza más intervenciones (...) Firmado por: WILINTON OCAMPO RAMOS (...) Causa de egreso: muerte en más de 48 horas. Diagnóstico de egreso: insuficiencia renal crónica; no especificada. Fecha y hora de muerte: 25/06/2018 18:20. Causa básica de la muerte: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso”.

De la acreditación del daño: El daño entonces se estructuró con el fallecimiento de la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA el día 25 de junio de 2018, registrado por el médico WILINTON OCAMPO RAMOS en su historia clínica visible a folios 38 y s.s. del archivo Nro. 28, deceso que también se probó con el registro civil de defunción obrante en el archivo Nro. 11.

Frente a los familiares, el daño moral se concreta en los sufrimientos, dolor y la congoja que ocasiona a la madre y compañero permanente, el deceso de la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA, pues resulta suficiente el lazo de consanguinidad y familiaridad que se acreditó en precedencia, sobre el tema, ver la Sentencia SC 10297-2014, del 5 de agosto de 2014, Radicación: 11001-31-03-003-2003-00660-01, M.P. Ariel Salazar Ramírez de la Corte Suprema de Justicia.

Aunado a que se acreditó con los testimonios recibidos del señor JOHN JAIRO ATEHORTÚA quien dijo en su declaración que *“eran una relación bien de Omar y María, de pareja... la mamá venía y se quedaba varios días y los apoyaba en su proceso de enfermedad, la mamá iba casi semanal, era muy frecuente... La vida les cambió, ellos salían a pasear cuando María estaba aliviada, es la falta de ella y es difícil adaptarse a eso”*, el testimonio de NELSON SALAZAR GÓMEZ quien dijo que *“Liliam era la mamá de Rosalba, ambas tenían un relación muy bien, ellas se frecuentaban, era una buena relación, la relación de Omar y Rosalba era normal, de pareja... Rosalba tenía más familia, hermanos, tía, una relación normal, ellos iban y se frecuentaban y llevaban una buena relación... Omar era su pareja y le colaboraba cuando estaba bien con los fritos.”* Así como el testimonio del señor FRANKLIN TEJADA MARTÍNEZ quien dijo que *“Omar tenía un carrito de comidas y María lo ayudaba, ella era ama de casa... como pareja ellos salían mucho, compartían mucho, era un hogar bastante bien; creo*

que Liliam era la mamá de María, ella la visitaba, la mamá iba y se quedaba varios días allí cuando ella se complicaba”.

Del nexa causal: En este punto, el análisis de comprobación del nexa causal, requiere establecer que el resultado-daño es atribuible por acción u omisión de los demandados, a quienes a cada uno de ellos se les reclaman diferentes falencias por lo que nos referiremos a cada una.

i)- Se ha dicho en precedencia que el primer punto reprochado hace referencia a la demora administrativa por parte de MEDIMÁS EPS S.A.S., en la materialización del pago del procedimiento de trasplante de riñón requerido por la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA.

Para el particular, este Despacho como se dijo en precedencia que, si bien la IPS NEFRÓN S.A.S., remitió orden médica el 08 de junio de 2016 hacia la EPS CAFESALUD, visible en el archivo Nro. 03, en la misma se dice que la paciente *“requiere iniciar protocolo para segundo trasplante renal”*, dicha orden en principio debía ser tramitada por la EPS CAFESALUD y sólo a partir del 01 de agosto de 2017 que la paciente fue transferida a la EPS MEDIMÁS dicha entidad tuvo la obligación de realizar el trámite administrativo de autorización y pago, no del trasplante, porque en ese sentido no se dio la orden médica, sino de iniciar el protocolo para trasplante renal.

Sobre el protocolo para trasplante, explicó el médico nefrólogo Carlos Arturo Pizarro Herrera al sustentar el dictamen pericial solicitado por la parte actora que *“ese protocolo es hacerle unos exámenes, incluso pudiéndose no es garantía que se vaya a trasplantar sobre todo porque hay que esperar que salga un donante cadavérico que salga de la lista y que sea compatible. El hecho de que un paciente se someta o inicie protocolo de trasplante no significa que el trasplante se vaya a realizar”*, lo cual es coincidente con la declaración de la representante legal de la FUNDACION HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL quien dijo *“El protocolo de trasplantes son unos análisis previos desde la parte clínica, psicológica y social del paciente, exámenes médicos de sangre, citología, etc., si es apta, se sigue revisando, en este caso se hubiera revisado al donante vivo, a la prima y se le hacen exámenes para revisar si efectivamente puede ser donante y son compatibles, se verifica que no haya relación económica para que se dé la donación del órgano, porque la venta está prohibida, ver el soporte*

emocional y médico, quien la va a cuidar luego del trasplante, el compromiso de la paciente en los cuidados posteriores, lo mismo que se revisa psicológicamente al donante, y de ahí se agenda el trasplante, una vez, de ahí empieza la agenda de revisiones y seguimiento”. Estos testimonios coinciden con las declaraciones de los médicos JORGE ENRIQUE HENAO SIERRA Y LUIS GUILLERMO TORO RENDÓN, así como de la enfermera ANA MARÍA HENAO BEDOYA.

En el mismo sentido, explica el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento ABECÉ, Preguntas frecuentes sobre Donación de órganos, numeral 15 que: *“1. Una persona que padezca una enfermedad crónica o aguda y cuyo tratamiento pueda ser el trasplante debe ser remitida por su médico tratante especialista **para valoración pre-trasplante a una IPS habilitada con programa de trasplante.** 2. Posterior a esta remisión, la Empresa Administradora de Planes de Beneficios a la cual esté vinculada (Entidad Promotora de Salud -EPS- o Direcciones Departamentales y Distritales de salud) debe autorizar el procedimiento en una IPS habilitada con el programa del trasplante requerido, de acuerdo con lo que se concluya en el estudio pre-trasplante. 3. **Una vez el estudio pre-trasplante determine que el paciente cumple con las condiciones clínicas para que sea realizado el trasplante y se disponga de la autorización del asegurador, el paciente ingresa a una lista de espera para el trasplante requerido. 4. La realización del procedimiento del trasplante depende de que haya un donante compatible y exista la donación de órganos para que estos puedan ser usados con este fin.”**¹*

Ahora, para esta instancia se encuentra probado que la EPS MEDIMÁS emitió la autorización de *“paquete trasplante renal adulto”* el 12 de agosto de 2017, como se observa a folios 113 del archivo 29, esto es, 12 días después de hacer recibido a la paciente.

Así mismo, en el proceso se acreditó que el referido protocolo para trasplante fue realizado en la IPS HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA – CLÍNICA LEÓN XIII, según se observa en la historia clínica, visible en los archivos 109 y s.s., en donde se dice: *“diciembre 26 de 2017: (...) paciente de 26 años con historia clínica anotada en quien se considera. Cursa con ERC (Enfermedad*

¹ Consultado el 19 de enero de 2024, disponible en línea en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/donacion-trasplantes-organos-tejidos.pdf>

*Renal Crónica) en el momento con requerimiento de terapia de reemplazo renal, ahora **asiste para solicitud de protocolo**. Se indica solicitud de protocolo de trasplante renal de donante cadavérico. Tiene opción de donante vivo. Para donante vivo se solicita Hemograma, BUN, Creatinina, Uroanálisis, Hemoclasificación. Se indica Peso, Talla, Presión arterial... Evaluación por unidad renal para inicio de diálisis. Sesiones: 1 de 1 Tipo Prioridad: Prioritario”, constando allí que además se le realizan exámenes médicos a la señora MARIA ROSALBA.*

Igualmente, se acreditó que la EPS MEDIMÁS aprobó los procedimientos de “Control de nefrología” para el 09, 14 y 24 de agosto, 27 de septiembre, 12 de octubre, 15 de noviembre, 22 y 26 de diciembre del 2017, igualmente para los días 22 y 29 de enero, 01 de marzo, 02 de abril, 17 de mayo y 18 de junio de 2018 como se observa con el registro de autorizaciones visible a folios 107 y s.s. del archivo 29, lo cual coincide con la historia clínica de la IPS NEFRÓN visible a folios 40 y s.s. del archivo Nro. 118, en donde se refieren a dichas citas médicas.

Así mismo, la historia clínica de la IPS HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA – CLÍNICA LEÓN XIII coincide a su vez con lo registrado en lo historia clínica de la IPS NEFRÓN, visible a folios 40 y s.s. del archivo Nro. 118, en donde se dice para la misma fecha, diciembre 26 de 2017, que *“hoy fue vista por el Doctor Juan Sebastián Gómez dio indicación LEON XIII para inicio 2do protocolo de trasplante renal”,* para las fechas 26 de enero, 26 de febrero y 26 de marzo de 2018 se registra en su historia clínica *“ya en protocolo para segundo trasplante... en IPS universitaria”* y ya se dice para el 26 de abril de 2018 *“En protocolo de trasplante en IPS universitaria, pendiente entrar a lista de espera”,* lo que se repite el 29 de mayo de 2018 última consulta, a folios 45, en donde se dice *“En protocolo de trasplante en IPS universitaria, pendientes algunos exámenes para poder entrar a lista de espera... se recomienda inicio de diálisis, la paciente prefiere esperar un poco más.”,* así como registrado por la CLÍNICA MEDELLÍN, visible a folio 2 del archivo Nro. 10 donde se dice sobre los antecedentes *“Actualmente en protocolo de trasplante en IPS UNIVERSITARIA, pendiente entrar a lista de espera”.*

En este tema, causa extrañeza para el Juzgado que los demandantes, madre y compañero permanente de la paciente, no sólo desconocían que aquella se

encontraba en la fase de **protocolo** para trasplante y que estaba pendiente de entrar a lista de espera, sino que además, desconocían que el mismo se adelantaba en la IPS HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA – CLÍNICA LEÓN XIII y no en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, al igual que las respuestas concedidas por la madre de la paciente quien indicó que “no se acuerda cuando fue el primer transplante, no se acuerda en donde lo hicieron donde fue” ,situación que evidentemente, se repite para el caso del inicio del protocolo para segundo trasplante renal, pues también desconoce el lugar donde se estaba llevando a cabo.

Ahora, sobre la lista de espera explicó también el médico nefrólogo Carlos Arturo Pizarro Herrera al sustentar el dictamen pericial que *“Tengo pacientes que tienen el protocolo completo, están en la lista y llevan esperando 4 o 5 años para trasplantar... pacientes en Neiva y el hecho de que lo llamen no quiere decir que sea compatible, o si tiene gripa tampoco se puede trasplantar. Dentro de la lista de espera todos los pacientes son iguales... adelanta la lista espera si al paciente no se le puede poner diálisis de ninguna forma, que tenga un agotamiento vascular. La edad influye si es niño frente a un adulto mayor, entre más joven sea se le da prioridad.”* Así mismo, ante la pregunta de si tener como donante a un familiar garantiza que ese paciente pueda trasplantarse contestó *“que sea compatible dependerá de los estudios de inmuno-compatibilidad.”* A la pregunta de si la paciente, MARIA ROSALBA USUGA USUGA, tenía algún criterio para que el trasplante se considerara como urgente dijo *“Ella duró bastante tiempo sin trasplante desde que le ofrecieron la diálisis, **entonces no**. Más allá del deseo de no hacerse la diálisis, que es respetable. No sabe cuánto tiempo pasó desde que perdió el injerto hasta que fue la urgencia.”*, lo que también es coincidente con el documento citado del Ministerio de Salud y Protección Social en el documento ABECÉ, Preguntas frecuentes sobre Donación de órganos, numeral 15 que: *“(...) Una vez el estudio pre-trasplante determine que el paciente cumple con las condiciones clínicas para que sea realizado el trasplante y se disponga de la autorización del asegurador, el paciente ingresa a una lista de espera para el trasplante requerido. **4. La realización del procedimiento del trasplante depende de que haya un donante compatible y exista la donación de órganos para que estos puedan ser usados con este fin.**”*

Declaración que coincide con lo dicho por el médico LUIS GUILLERMO TORO RENDÓN al indicar que *“En trasplante renal no hay urgencia 0, por eso de*

entrada la paciente no estaba en urgencia 0 (...) Urgencia 0 solo es para hígado y corazón, es una urgencia para la misma semana”, al igual que el médico JORGE ENRIQUE HENAO SIERRA y la enfermera ANA MARÍA HENAO BEDOYA al explicar que “Para trasplante renal no existe la urgencia 0, existen los estados compasivos, para el momento en que el médico la valoró tampoco tenía los estados compasivos, antes del trasplante debía hacerse el protocolo de trasplante lo que podía resultar que no era apta para trasplante”.

Incluso a la pregunta de **si la causa de la muerte estaba directamente relacionada o no con la demora del transplante**, respondió el médico nefrólogo Pizarro Herrera que *“Con base en lo revisado en la historia clínica, concluye que **la causa de la muerte es la complicación en el cambio de cateter**. Lo normal es que el cuerpo mismo rechace el trasplante, para evitarlo se le dan tratamientos al paciente para que eso no se produzca, medicamentos inmunosupresores para que el cuerpo no lo rechace, el cuerpo lo rechaza por trombosis, por el acto quirúrgico, otros después de una semana, luego de unos meses que se le llama rechazo crónico, incluso puede tener complicaciones en la vía urinaria, o como uno le pone medicamentos inmunosupresores puede suceder que haya una infección, la duración de un trasplante es relativa, hay gente trasplantada que se puede morir de otra cosa, la vida útil son más o menos de 12 a 15 años, el paciente aunque esté trasplantado sigue siendo un enfermo renal y los enfermos renales tienen múltiples riesgos de morbilidades, por todos esos riesgos en cualquier momento le puede dar un infarto, con el trasplante el paciente no se cura y sigue tomando más medicamentos que cuando está en diálisis. En el caso de la paciente no se logró visualizar porque empezó a tener problemas con el riñón, lo que sí se observa es que era una paciente trasplantada que perdió el injerto renal y no aceptó la terapia de reemplazo renal esperando el trasplante, una vez se complicó, hizo una urgencia dialítica y allí fue que complicó el hecho... Aún realizado el segundo trasplante se podría llegar a requerir más hemodiálisis porque si no funcionaba si, sino funcionaba no, o si funcionaba y rechazaba que podía ser en cualquier momento de la vida”.*

Además de lo dicho, debe resaltarse que incidió en el deterioro de la paciente su propia conducta, quien por un lado presentó un embarazo que estaba contraindicado, y por otro, quiso esperar para iniciar la terapia de reemplazo renal, así como para practicarse la diálisis, según indicó el médico JORGE ENRIQUE HENAO SIERRA quien dijo que *“ella presenta un embarazo y con eso*

el órgano empezó a funcionar mal, a las pacientes trasplantadas se les recomienda no quedar en embarazo, si quieren tener bebé se les recomienda no hacerlo antes del primer año y cumplir una serie de requisitos en exámenes médicos, Rosalba no cumplía con estos requisitos y ella se embarazó y eso precipitó el colapso del riñón trasplantado. (...) En recomendaciones a la paciente se le dijo que debía hacerse un segundo trasplante y por lo demorado que es el protocolo debía iniciar diálisis (...) la paciente dijo que quería esperar (...) ella se sentía aparentemente bien y por eso quería postergar la decisión de iniciar diálisis, sino se hace la diálisis se vienen los signos y síntomas de una enfermedad terminal por la falla de los riñones (...) en caso de que no se haga la diálisis, no había sino manejo médico y esperar a que la enfermedad haga lo suyo hasta la muerte (...) El paciente que tiene dañado su riñón debe recibir las diálisis con la frecuencia requerida”.

De acuerdo con el material probatorio analizado, esta instancia no encuentra debidamente acreditado que se hubiese presentado alguna negación en los trámites o autorizaciones surtidos por la EPS MEDIMÁS requeridos por la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA, tampoco en relación con los pagos, ya que, por el contrario, aparece probado que, a partir del 01 de agosto de 2017, momento en que EPS MEDIMÁS recibió a la paciente por la transferencia que le hiciera CAFESALUD EPS, autorizó el inicio de los procedimientos necesarios para llevar a cabo el trasplante renal adulto el 12 de agosto de 2017 y con ello, el protocolo de trasplante, que requería de la realización de numerosos exámenes médicos, haber sido atendidas cirugías o tratamientos de otros órganos y sistemas y un estado de salud apto para la realización del trasplante, mismo que venía siendo realizado en la IPS HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA – CLÍNICA LEÓN XIII desde el 26 de diciembre 2017 y que se adelantó hasta estar pendiente de entrar a lista de espera en mayo de 2017, que no pudo continuarse por el lamentable deceso de la paciente, por lo que la mora administrativa alegada frente a MEDIMÁS EPS no se probó debidamente.

Adicional a ello, también se acreditó que dicho protocolo de trasplante fue igualmente autorizado por la EPS CAFESALUD, según se observó en la historia clínica² de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, y que así lo declararon la representante legal de dicha Fundación quien dijo que “El 17 de noviembre de 2016 se le cita por enfermería y le explican el protocolo de

² Folios 21 y s.s. del archivo 30

trasplante, que debe ir a su aseguradora para pedir la autorización y que la misma efectivamente se las remita porque podría remitirla a otra entidad; en febrero les llega la orden de Cafesalud”, reiterado en la declaración del médico Luis Guillermo Toro Rendón y la enfermera Ana María Henao Bedoya quien expuso que “El obstáculo no fue el pago para iniciar el protocolo, sino que ella estuvo asignada para consulta de protocolo y ella no asistió” al referirse a la señora Maria Rosalba.

En el mismo sentido, tampoco se encuentran acreditados los planteamientos de la parte actora frente a que la supuesta tardanza, que como se dijo no se presentó, y que ello fuese la causa de la muerte de la paciente, cuando además de lo dicho por el médico perito frente a la no urgencia de trasplante en este caso y que la causa de la muerte no estaba directamente relacionada con la duración del trámite de trasplante, el mismo indicó que la paciente fallece con ocasión a una complicación en el procedimiento de cambio de catéter, al respecto dijo que *“La causa de la muerte es el hemotórax, ahora, para poder realizar la diálisis hay que poner un catéter, es la única forma de sacar la sangre y hacerla circular por el filtro, cuando uno pone un catéter, siempre hay riesgo de complicaciones, siempre, siempre tiene riesgo de pinchar el pulmón, de pinchar la arteria, y el sangrado puede ser interno o externo, en este caso fue el sangrado hacia el pulmón. La causa de la muerte es el hemotórax. Cuando llegó a la clínica Medellín, la paciente requería la diálisis. El catéter estaba científicamente indicado, sin el catéter no se puede sacar la sangre, pasarla por el filtro para limpiarla y volverla a reingresar limpia. En la clínica Medellín se intentó hacer hemodialisis, y para eso es necesario un catéter. La literatura médica indica que uno de los riesgos de la aplicación del catéter es la hemorragia”.*

De lo narrado entonces, no logra configurarse el nexo causal entre las actuaciones y obligaciones administrativas adelantadas por la EPS MEDIMÁS con el deceso de la paciente MARIA ROSALBA USUGA USUGA, dando lugar a la prosperidad de las excepciones de mérito denominadas *“inexistencia de nexo causal – hecho de un tercero como eximente de responsabilidad”*; *“Inexistencia de culpa”*, *“ausencia de actividad probatoria de la parte actora”*; e *“inexistencia de responsabilidad por parte de MEDIMÁS EPS.”*

ii)- Sobre el segundo punto objeto de reclamo, esto es, la omisión de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL en realizar el procedimiento

de trasplante y que con ello se causó el fallecimiento de la paciente MARIA ROSALBA USUGA USUGA, de entrada, como se indicó al resolver el punto anterior, la orden dada por la IPS NEFRÓN no correspondía a la realización de un trasplante, sino a que se iniciase el denominado **protocolo de trasplante**, sobre este trámite, en la historia clínica de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL visible a folios 21 y s.s. del archivo 30 se dice que: “16 de noviembre de 2016 {paciente} remitida para **inicio de protocolo de trasplante**, debido a deterioro de la función renal del injerto. Tiene posibilidad de donante vivo, una prima, y desea iniciar el proceso antes de iniciar diálisis. (...) 06 de febrero de 2017, llega la orden de la EPS para inicio del proceso de trasplante y contacto al paciente telefónicamente. Doña María Rosalba, paciente de 26 años, con Enfermedad renal crónica de causa desconocida, desde 2009, hipertensa, trasplante renal con donante cadavérico el 17-10-10, presentó rechazo en marzo de 2015. La paciente está aún en pre-diálisis. En control con Nefrología le dan indicación de inicio de protocolo de trasplante renal. Se le explican al paciente ... Se pasa el paquete del protocolo para la secretaria administrativa lo agende. (...) 08 de marzo de 2017 Me comunico con la paciente telefónicamente, me presento con nombre completo y cargo, **le indico que iniciará protocolo para trasplante renal el día 15 marzo con exámenes de laboratorio, citología vaginal...**”

Hasta allí llega la historia clínica de la entidad quien afirma en su contestación que “La paciente no asiste a las citas asignadas para la realización del protocolo, se intenta en repetidas oportunidades comunicación con la paciente, sin poder lograrlo”.

De igual forma, se encuentra la declaración de la representante legal quien dijo que “El 12 de julio de 2016 la paciente envía un correo solicitando una cita solicitando iniciar el proceso de retrasplante, el 16 de junio de 2016 le contestan diciéndole que en los teléfonos que dio no la han podido contactar, **le dieron cita para el 21 de julio de 2016 y ella no volvió a contestar ni asistió en la cita**, nuevamente insisten en la comunicación y lograron concertar una nueva cita para el 16 de noviembre de 2016, ella asiste y es la primera vez que se le atiende, ella cuenta que tuvo en 2010 un trasplante renal que en 2015 generó rechazo y que asiste para un reinicio de protocolo para ver si es viable un retrasplante, ella manifiesta que tiene una prima que puede ser un posible donante vivo, el primer trasplante había sido cadavérico. El 17 de noviembre de 2016 se le cita por

enfermería y le explican el protocolo de trasplante, que debe ir a su aseguradora para pedir la autorización y que CAFESALUD efectivamente se las remita porque podría remitirla a otra entidad; **en febrero les llega la orden de CAFESALUD**, entonces enfermería se comunica telefónicamente con la paciente y le cuenta que llegó la orden médica para iniciar el protocolo, el protocolo es ver si efectivamente es viable para el trasplante, le explicaron que documentación debe recoger, en marzo se le vuelve a llamar y **se la cita para el 15 de marzo de 2017 para exámenes como sangre, citología, etc., ella no asiste a dicha cita, ella no se vuelve a presentar... La Fundación atendió a la paciente hasta donde ella asistió a las citas. El 15 de marzo se le iba a atender y ella no apareció**”, declaración que fue reiterada por los testimonios del médico Luis Guillermo Toro Rendón y la enfermera Ana María Hena Bedoya.

De lo registrado en esta historia clínica, con su no continuidad a partir del 15 de marzo de 2017, así como de lo dicho por la representante legal de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, el médico LUIS GUILLERMO TORO RENDÓN y la enfermera ANA MARÍA HENAO BEDOYA, además de que todos estos elementos probatorios anuncian que el protocolo de trasplante fue autorizado por la EPS CAFESALUD, el cual sería iniciado con los exámenes médicos, se tiene que fue la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA quien fue renuente en presentarse para dar inicio a las atenciones médicas, lo cual iba en su propio detrimento. Y es que la paciente no inició el protocolo de trasplante con la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, sino que lo hizo con la IPS HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA – CLÍNICA LEÓN XIII, como se probó con las citadas historias clínicas de esta institución, de la IPS NEFRÓN y de la IPS CLÍNICA MEDELLÍN.

Es de resaltar el punto atinente a la causa de muerte, la cual, según la actora se deriva de la omisión de prestar el servicio médico por parte la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, pero lo cierto es que la paciente falleció con ocasión a una complicación en el procedimiento de cambio de catéter, según indicó el médico perito Carlos Arturo Pizarro Herrera que “*La causa de la muerte es el hemotórax, ahora, para poder realizar la diálisis hay que poner un catéter, es la única forma de sacar la sangre y hacerla circular por el filtro, cuando uno pone un catéter, siempre hay riesgo de complicaciones, siempre, siempre tiene riesgo de pinchar el pulmón, de pinchar la arteria, y el sangrado puede ser interno o externo, en este caso fue el sangrado hacia el pulmón... El catéter estaba*

científicamente indicado... En la clínica Medellín se intentó hacer hemodialisis, y para eso es necesario un catéter. La literatura médica indica que uno de los riesgos de la aplicación del catéter es la hemorragia.”, es decir, si bien la precariedad en la salud de la paciente se debía a la falla renal, fue aquel procedimiento el que causó su deceso, pues aquella ya se encontraba realizando el protocolo como procedimiento previo al trasplante requerido.

De lo expuesto, encuentra este Despacho que la Fundación Hospital San Vicente de Paúl solicitó la autorización para el protocolo de trasplante, recibió la misma y se comunicó con la paciente para iniciar los exámenes, última que decidió no presentarse a algunas de las citas para iniciar con el trámite ordenado por su médico. Con ello se descarta que se haya presentado omisión en la realización del procedimiento que finalmente llevaría al trasplante, es claro que la EPS no canceló la orden y que, de cara al protocolo de trasplante sí se adelantó lo necesario para su materialización. Aunado a ello, la supuesta omisión del servicio que alega la parte demandante y que derivó en el desafortunado fallecimiento de la señora Usuga Usuga no son más que conjeturas, ya que la paciente sí venía siendo atendida, llevando a cabo el citado protocolo con la IPS HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA – CLÍNICA LEÓN XIII. Sumado a que, la causa de muerte no fue como tal la ausencia del trasplante, ni el protocolo del mismo, sino que la misma aconteció producto de la complicación en el procedimiento de cambio de catéter, como ya se concluyó.

Por lo anterior, se configuran las excepciones de mérito propuestas por la codemandada FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL denominadas *“inexistencia de culpa y falta de nexo causal”*; *“hecho de un tercero”*, así como las propuestas por la llamada en garantía SEGUROS DEL ESTADO S.A., denominadas *“Régimen de responsabilidad aplicable / culpa probada”*; *“Ausencia de responsabilidad por parte de la FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL”*; e *“Inexistencia del nexo causal frente a la FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL DE RIONEGRO”*.

iii)- Por otro lado, el tercer punto que indica la parte demandante como motivo de responsabilidad, es referido a las atenciones propiciadas a la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA por parte de los médicos de la CLÍNICA MEDELLÍN S.A., que originaron su fallecimiento, por lo que debe revisarse si existe nexos causal.

En este caso, ninguna de las partes cuestiona que la paciente MARIA ROSALBA USUGA USUGA fue atendida en la CLÍNICA MEDELLÍN S.A., entre el 22 de junio de 2018 hasta el día en que fallece, 25 de junio de 2018. De acuerdo con lo dicho por el perito médico nefrólogo Carlos Arturo Pizarro Herrera en su dictamen pericial y en la respectiva sustentación, así como de la declaración rendida por el médico RAMIRO CORREA RESTREPO y la historia clínica allegada de la CLÍNICA MEDELLÍN, se colige que la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA se presentó a la CLÍNICA MEDELLÍN S.A., el 22 de junio de 2018, en donde fue hospitalizada entre otros síntomas por una urgencia dialítica, según se dice en la documental visible a folios 03 y s.s. del archivo Nro. 10, a su vez con copia a folios 21 y s.s. del archivo 28, registro del 23 de junio de 2018, en la que se dice que *“En la última revisión de Nefrología (NEFRON) del 29/5/18 se consideró que requiere inicio de TRR (Terapia de remplazo renal), la paciente desea esperar un poco más (...). Ingresa en urgencia dialítica por academia metabólica y uremia. Solicito concepto de nefrología para definir inicio de TRR (Terapia de remplazo renal) (...). Ordenado: implante de catéter de HD. Favor implantar catéter de HD para inicio de ésta hoy. (...) se realiza inserción de catéter permanente bajo guía ecográfica y fluroscopia por vía yugular derecha sin complicaciones. Análisis firmado por: Ramiro Correa Restrepo, Radiología, Reg.: 2757-87”*.

De lo que se concluye que era necesario implantarle a la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA un catéter para poder practicarle la diálisis, mientras se continuaba con los procedimientos previos al trasplante.

Una vez puesto el catéter, se encontró que el mismo no estaba funcionando, lo que se registró en la historia clínica para el día 24 de junio de 2018 como *“Paciente en la tercera década de la vida con antecedentes y diagnósticos anotados, aunque viene en mejoría clínica, preocupa síndrome anémico ya en soporte transfusional y acidosis metabólica persistente a pesar de reanimación hídrica, no se ha podido iniciar terapia de remplazo renal por disfunción del catéter por lo cual continuamos proceso de remisión a servicio con disponibilidad de radiología intervencionista... Se implanto catéter para diálisis, pero por disfunción del catéter no se ha podido hacer TRR (Terapia de Remplazo Renal)”*.

Se requería cambio de catéter, lo que sucedió el día 25 de junio de 2018, así se registró para la paciente que *“Se revisó el catéter de diálisis yugular derecho malfunctionante, se decidió retirarlo por no obtener flujo adecuado, la paciente tiene oclusión de la confluencia de la vena yugular interna con la subclavia como puede verse en una de las imágenes enviadas, también tiene oclusión de la vena yugular izquierda y el flujo se deriva hacia la vena ácigos y luego hacia la cava superior, como también se puede ver en las imágenes, al retirar el catéter malfunctionante la paciente hizo hipotensión secundaria a hemotorax derecho, ya que quedó una comunicación entre la confluencia mencionada y el espacio pleural. Se procedió a documentar el hallazgo con una imagen que se envió. Se dejó un catéter de diálisis por vía femoral derecha temporal y se pasaron 1000cc de solución salina en 15min, se entrega a personal de urgencias, le tomaron electro y para colocación de tubo a tórax derecho. Firmado por: Ramiro Correa Restrepo, Radiología, Reg.: 2757-87. (...) Nota diferida por reanimación: Llamen de Radiología porque taquiarritmia mientras se intenta paso de Catéter Mahurka para hemodiálisis... Traslado urgencias, reanimación. Comento con cirujana, Dra. Daniela Sierra, quien considera toracotomía cerrada y actuar posteriormente de acuerdo a evolución. Mientras estamos en esto, presenta un episodio convulsivo tónico de aprox. 1 min de duración... con presiones arteriales imperceptibles, sin respuesta verbal, hasta la ausencia de pulso carotideo... Iniciamos compresiones cardiacas... Luego de dos ciclos de RCP recuperamos pulso... Inmediatamente vuelve a entrar en paro cardíaco, de nuevo asistolia, se inicia RCP nuevamente por #2 ciclos, usando de forma programada Adrenalina IV, nuevamente recuperamos ritmo, sinusal con PA imperceptible... mientras se pasa la sonda a cavidad pleural vuelve a entrar en paro cardíaco. No se realiza más intervenciones.”*

Ahora, si bien la paciente sí falleció por una complicación que se dio durante el procedimiento de cateterismo realizado en la Clínica Medellín S.A., es necesario entrar a revisar si en el caso efectivamente hubo negligencia, impericia, imprudencia, mora y desconocimiento de normas, protocolos y guías por parte de los médicos tratantes adscritos a esta entidad, lo cual se abordará a continuación.

De la culpa como factor de imputación de responsabilidad: Conforme a la jurisprudencia citada precedentemente, la obligación que se deriva de la actividad médica es -por regla general- de medio y no de resultado. Ahora, debe

dejarse en claro que la culpa se encuentra representada, y así debe estar probada, en el actuar negligente, imprudente y/o violatorio de las normas sobre responsabilidad del profesional médico, lo que para el *sub judice*, se afirma, la culpa es a título de negligencia por la atención durante la hospitalización de la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA y el tratamiento tardío entendiendo por tales, aquellos comportamientos del agente descuidados o con ligereza, sin tomar en cuenta los recursos necesarios que permitan llegar a determinar la patología del paciente para intervenir y lograr su recuperación, lo que finalmente desembocó en la muerte de la citada señora.

En el asunto planteado, se ha dicho que en precedencia que la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA se presentó a la CLÍNICA MEDELLÍN S.A., el 22 de junio de 2018, en donde fue hospitalizada entre otros síntomas por una urgencia dialítica.

Sobre el procedimiento que debe realizarse ante una urgencia dialítica y la necesidad de implantar catéter el médico perito indicó que: *“Cuando no funciona el riñón el proceso de filtrado de la sangre no se realiza, entonces, cuando los pacientes tienen la sangre sucia o la sangre ácida, esto es una urgencia dialítica, se hace una hemodiálisis, se pasa un catéter por el cuello o por las piernas con el fin de llegar a una vena de alto flujo para sacar la sangre, pasarla por un filtro y pasarle la misma sangre al paciente. El tratamiento de una urgencia dialítica es la diálisis y eso es igual en la Clínica Medellín, en la Argentina, en España, es igual... Ahora, para poder realizar la diálisis hay que poner un catéter, es la única forma de sacar la sangre y hacerla circular por el filtro... Cuando llegó a la Clínica Medellín, la paciente requería la diálisis. El catéter estaba científicamente indicado, sin el catéter no se puede sacar la sangre, pasarla por el filtro para limpiarla y volverla a reingresar limpia. En la Clínica Medellín se intentó hacer hemodialisis, y para eso es necesario un catéter... en el caso de ella requería diálisis y catéter, en la CLÍNICA MEDELLÍN le ofrecieron a la paciente salvarle la vida haciéndole la diálisis.”*

En el mismo sentido declaró el médico Ramiro Correa Restrepo que *“A la paciente la atendí dos veces, en una para insertar catéter (...) para hacer diálisis se le debe poner catéter, a los pacientes por la colocación de diálisis se le pierden los accesos, se le trombosan, etc. A la paciente se le colocó el catéter por la vena yugular interna”*.

De lo que se concluye que era necesario implantarle a la señora MARIA ROSALBA USUGA USUGA un catéter para hacerle diálisis, pues dicho procedimiento es el indicado cuando se presenta una urgencia dialítica. Como quedó probado, una vez puesto dicho catéter, se encontró que no estaba funcionando lo que se registró en la historia clínica para el día 24 de junio de 2018.

Esta disfunción del catéter lo explica el médico el médico RAMIRO CORREA RESTREPO que en su declaración como *“A la paciente se le colocó el catéter(...) aparentemente quedó bien, aparentemente porque no funcionó, la vena estaba muy obstruida, y no dio flujo suficiente para hacer la diálisis, lo mandaron a revisar por si había quedado obstruido de alguna manera”*, por su parte, el médico perito explicó que en términos generales *“El malfuncionamiento de un catéter se da, primero, porque no se puso donde se tenía que colocar, no estaba dentro de la vena, la segunda, que se haya trombosado y, la tercera que esté mal puesto que no esté dentro del vaso. El riesgo cardiovascular de los pacientes son cambios que se van produciendo en el corazón como en los vasos. La oclusión es que estaba tapado el vasito y no dejó pasar la guía o el catéter.”*

Por ello, a la paciente debió hacerse el cambio de catéter, y sobre la necesidad de su cambiar el médico perito explicó que *“...era lo que se tenía que hacer, para poder hacer hemodiálisis tenía que poner el catéter, si el catéter no funciona tenía que quitárselo”*, quien además dijo sobre la complicación que derivó en el fallecimiento de la señora MARÍA ROSALBA que *“hizo una urgencia dialítica y allí fue que complicó el hecho, como una complicación que le puede ocurrir a cualquier persona que le pone un catéter que se dé un hemocuidro o hemotórax, la única forma de evitar la complicación del procedimiento es no haciéndolo... cuando uno pone un catéter, siempre hay riesgo de complicaciones, siempre, siempre tiene riesgo de pinchar el pulmón, de pinchar la arteria, y el sangrado puede ser interno o externo, en este caso fue el sangrado hacia el pulmón. La literatura médica indica que uno de los riesgos de la aplicación del catéter es la hemorragia”*.

Sobre el riesgo de hemorragia, en la literatura médica, se dice que *“Las lesiones vasculares durante la inserción de un catéter venoso central **presentan un amplio espectro de complicaciones, siendo la punción arterial la más común; se presenta con frecuencia con el acceso yugular interno y femoral***

con el subclavio; a pesar de que esta complicación es por lo general autolimitada, no deberá ser descartada como intrascendente, ya que **puede dar lugar a una elevada morbilidad y mortalidad, incluso si la aguja de punción es de un calibre relativamente pequeño o el catéter está colocado correctamente en la ubicación venosa prevista**.³ (Negrillas propias).

En el mismo sentido declaró el médico JORGE ENRIQUE HENAO SIERRA quien expuso en general sobre el procedimiento que *“El hemotorax no es una complicación por la hemodiálisis sino por el catéter, en ese procedimiento el hemotorax se puede dar en los pacientes graves, inestables. Para el caso de MARIA ROSALBA era un riesgo de la realización de ese procedimiento. (...) Al poner el catéter en el cuello, se puede romper, ahí en íntimo contacto están los vasos sanguíneos y el pulmón (...) esa sangre se acumula en el pulmón. El hemotorax se da por un sangrado, no por la enfermedad.”*, testimonio que coincide con la declaración del médico RAMIRO CORREA RESTREPO quien dijo que *“El catéter probablemente perforó (...) No es una complicación frecuente, pero ocurre ocasionalmente. Esta incluida en la literatura”*.

Ahora, dicho riesgo le fue informado a la paciente y/o familiares conforme se observa en los folios 90 y 92 del archivo Nro. 28, con los documentos *“consentimiento informado para la intervención quirúrgica o procedimiento especial”*, en la página 90 se indica que el procedimiento “Catéter HD” será realizado por el doctor “Ramiro Correa” el 23 de junio de 2018 y que se ha explicado sobre *“las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos, en particular los siguientes: **hematoma, sangrado, infección**”*, en el mismo sentido se encuentra el *“consentimiento informado para la intervención quirúrgica o procedimiento especial”*, en la página 92 se indica que el procedimiento “Catéter HD” será realizado por el doctor “Ramiro Correa” el 25 de junio de 2018 y que se ha explicado sobre *“las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos, en particular los siguientes: **sangrado, infección**”*, firmado por su madre, documental que no fue tachada de falsa, ni desconocida, por lo que conocían que era un riesgo previsto y podía presentarse como efecto colateral del cateterismo.

³ “Hemotórax masivo secundario a colocación de catéter venoso central vía yugular interna” Mirna Leticia González-Villavelázquez, Jaime Negrete-Anducho, Alejandro Gutiérrez-Gutiérrez, 01 de marzo de 2015, revista Archivos de Neurociencias de México. Vol. 20 Núm. 1, en ISSN 1028-5938. Consultado el 19 de enero de 2024, disponible en línea en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane151k.pdf>

En esa línea argumentativa, no solo se concluye que el procedimiento era mandatorio en este caso, de acuerdo con lo indicado por los médicos y el perito médico nefrólogo, sino que además el mismo se realizó respetando los lineamientos que la ciencia médica tiene establecidos para este tipo de eventos.

De modo que está probado que la conducta de los galenos tratantes fue la adecuada, puesto que la inserción del catéter y su posterior cambio, se insiste, era lo recomendado en esta paciente, estaba indicado ponerle el catéter para hacerle diálisis porque la misma presentaba una urgencia dialítica, una vez se produce el malfuncionamiento, que también es una situación que podía pasar, lo indicado también era proceder con el cambio de catéter, conforme lo indican los médicos en sus declaraciones así como el perito médico nefrólogo, prueba que fue solicitada por la parte actora, de ello, se concluye que no hay prueba de negligencia, impericia, imprudencia, desconocimiento de normas, protocolos y guías por parte de los médicos tratantes, sino que por el contrario, su actuación era la que la paciente requería.

Ahora, sobre la presunta mora alegada para el cambio de catéter, indicó el médico RAMIRO CORREA RESTREPO en su testimonio que *“luego de que el radiólogo efectúa el procedimiento [de inserción de catéter] la paciente pasa a que la atiendan otros especialistas, no sé si me ausenté, pero si así fue, yo tenía el compromiso de estar pendiente de la paciente, cuando me necesitaron por la paciente estaba listo, o sea que las dos veces estuve pendiente de la paciente (...) recuerdo que cuando se requirió el segundo procedimiento me encontraba disponible”*.

En cuanto al tiempo transcurrido de un día, del 24 al 25 de junio de 2018, para proceder a realizar el cambio de catéter y si el mismo fue o no determinante para el fatal desenlace, no militan probanzas que así lo evidencien más allá de las afirmaciones de la parte actora, según la cual el fallecimiento obedeció al transcurso de un día en el procedimiento de cambio de catéter, por el contrario, lo probado es que el deceso ocurrió como una complicación en dicho procedimiento, lo cual era un riesgo inherente que les fue puesto en conocimiento a la paciente y a su señora madre, y el mismo, de acuerdo con los testimonios practicados, fue practicado en tiempo oportuno.

Por tanto, si la parte demandante considera que en el caso el fallecimiento de la señora MARÍA ROSALBA se presentó como consecuencia de una mala *praxis* del personal médico o de las instituciones involucradas en la prestación del servicio de salud que se le dispensó, no le bastaba con denunciarlo, puesto que debió indicar concretamente cómo fue que se produjo el supuesto error y, en todo caso, ponerlo en evidencia, porque suya era la carga de probar ese hecho. Y no se puede olvidar que, en este tipo de procesos, salvo muy contadas excepciones, la regla general es que corresponde a la parte que demanda, no solo hacer evidente ante los ojos del Juez el error del facultativo, sino que, además, también le es exigible la prueba de la culpa en el yerro médico, como quiera que es sobre dicho extremo procesal en quien recae la carga de la prueba, sobre el tema se puede revisar la Sentencia de la CSJ – Sala Civil, mayo 25 de 2010, Exp. 23001-31-10-002-1998-00467-01, M.P. Edgardo Villamil Portilla.

Y, justamente, en este juicio no se demostró que la parte demandada obró por fuera de los estándares de prudencia que le eran exigibles según la ley del arte, esto es, que los haya desatendido, dadas las circunstancias del caso clínico que se encuentra ahora bajo observación judicial. Antes, por el contrario, tanto el perito designado como los médicos testigos que depusieron fueron coincidentes en señalar que el manejo clínico dado a la paciente correspondió al que en eventos como este indica la *lex artis*.

Con lo analizado se encuentran configuradas las excepciones denominadas como *“La obligación de la CLÍNICA MEDELLÍN S.A. es de medios más no de resultados / En responsabilidad médica se parte del criterio de culpa probada”*; *“Cumplimiento de protocolos médicos / inexistente violación de la lex artis ad hoc”*; *“Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad civil”*; *“Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa de la Asegurada Clínica Medellín”*; e *“Inexistencia de responsabilidad de CLÍNICA MEDELLÍN S.A.”*, alegadas por CLÍNICA MEDELLÍN S.A., y las llamadas en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Costas procesales: Aunque se negarán las pretensiones de la demanda, la parte demandante no será condenada en costas por habersele otorgado amparo de pobreza, ya que de acuerdo con el artículo 154 del C.G del P., a quien se le conceda este beneficio no podrá imponérsele dicha condena.

Decisión: En razón de lo expuesto, el Juzgado Veinte Civil del Circuito de Medellín, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley:

F a l l a:

Primero: Declarar probadas las excepciones de mérito propuestas por la demandada y llamadas en garantía denominadas “*inexistencia de nexo causal – hecho de un tercero como eximente de responsabilidad*”, “*Inexistencia de culpa*”, “*ausencia de actividad probatoria de la parte actora*”, “*inexistencia de responsabilidad*”, “*Régimen de responsabilidad aplicable / culpa probada*”, “*Cumplimiento de protocolos médicos / inexistente violación de la lex artis ad hoc*”, “*Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad civil*”, diligencia y cuidado, ausencia de culpa y la obligación es de medios más no de resultados.

Segundo: Como consecuencia de lo anterior, desestimar las pretensiones dentro del presente proceso verbal de responsabilidad civil médica promovido por el señor Omar de Jesús Álvarez Valencia y la señora Liliam Amanda Úsuga Úsuga, en contra de Medimás EPS, Fundación Hospital San Vicente de Paul y la Clínica Medellín S.A., esta última también llamada en garantía por Medimás EPS. En el trámite también fueron llamadas en garantía Chubb Seguros Colombia S.A., y Seguros del Estado S.A., como aseguradoras de la Clínica Medellín S.A., así como Allianz Seguros S.A., como aseguradora de la Fundación Hospital San Vicente de Paúl.

Tercero. No se le impone condena en costas a la parte demandante, por habersele otorgado amparo de pobreza.

Notifíquese. La presente providencia se notifica por estados

Omar Vásquez Cuartas
Juez

Firmado Por:

Omar Vasquez Cuartas
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 020
Medellin - Antioquia

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

Código de verificación: **82a88c870aaaf1f0e6e6feba64052fe84dd53cb28a4255ab98ff1f9470a664a8**

Documento generado en 31/01/2024 04:09:10 PM

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