



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA PRIMERA DE DECISIÓN CIVIL

Medellín, veintidós (22) de noviembre de dos mil veintitrés (2023)

Ref.: Exp.: 05001 31 03 015 2018 00442 01

Magistrado Ponente: JOSE OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS

Proceso: Declarativo.
Demandante: JAIME DE JESÚS LONDOÑO VILLA.
Demandados: COOMEVA EPS S.A. (Hoy en liquidación).
Extracto: Al no superarse los presupuestos axiológicos de la pretensión por deficiencia en la carga probatoria, el interesado no podrá obtener los efectos jurídicos perseguidos. Confirma.

ASUNTO A TRATAR

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, contra la sentencia calendada el once (11) de noviembre de dos mil veintidós (2022), proferida por el Juzgado Quince Civil del Circuito de Oralidad de Medellín.

ANTECEDENTES

DE LA DEMANDA:

JAIME DE JESÚS LONDOÑO VILLA promovió proceso declarativo en contra de COOMEVA EPS S.A. (hoy en liquidación), pretendiendo:

1. Declarar que la demandada es civil y contractualmente responsable de los perjuicios causados por la inadecuada prestación del servicio médico.

2. Consecuencialmente, condenar a la accionada al pago de los perjuicios causados, así: daño emergente, \$188.500,00; y por perjuicios morales, daño a las condiciones de existencia, y daño a la salud, el equivalente a cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (S.M.L.M.V.), por cada uno de esos ítems, para un parcial de trescientos (300) de esos instalamentos, reclamando que las correspondientes sumas fueran indexadas.

La *causa petendi* se basó en que el demandante es adulto mayor (74 años de edad), con diagnósticos como: diabetes, hipertensión arterial, disfunción eréctil, glaucoma, corneitis, prurigo nodular, entre otros.

Que desde febrero de 2002 se encuentra afiliado a la demandada en cuanto a salud se refiera, pero que la atención de esta ha sido negligente e inadecuada, incumpliendo con las obligaciones como Entidad Prestadora de Salud, retardando y negando la prestación del correspondiente servicio, lo que ha generado que las patologías que padece se hayan agravado.

Que cada vez que requiere algún procedimiento o medicamento debe interponer acción de tutela para lograr su cometido, pese a habersele concedido vía judicial la atención integral, y existir en su favor tales órdenes judiciales, la demandada no cumple con sus obligaciones, por lo que se han tenido que iniciar varios incidentes de desacato que han finalizado con sanción¹.

DE LA CONTRADICCIÓN:

COOMEVA EPS S.A. (hoy en liquidación)² aceptó algunos hechos, negó otros, y dijo no constarle algunos. Señaló que las decisiones del

¹ Ver folio 324 y siguientes cuaderno principal.

² Ver folio 403 y siguientes cuaderno principal.

Juez de tutela no vinculan al Juez civil, ante quien se deben demostrar todos los elementos de la responsabilidad que se pretende; además, ningún requerimiento le fue negado, y por el contrario, todas las órdenes y autorizaciones solicitadas se tramitaron.

Por todo ello, se opuso a las pretensiones de la demanda, proponiendo como excepciones de mérito las que denominó:

1. *“CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR LA DEMANDADA COOMEVA EPS S.A.”*. Sustentado en que la demandada cumplió con su deber de contratar con las IPS y profesionales de la salud para prestar el servicio al demandante, y expidió las órdenes y autorizaciones oportunamente.
2. *“INEXISTENCIA DE CULPA”*. Argumentando que las atenciones brindadas fueron correctas, oportunas y necesarias, sin que existiesen fallas en el servicio, administrativas o de coordinación.
3. *“INEXISTENCIA DE DAÑO IMPUTABLE A LA EPS COOMEVA. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL”*. Aduciendo que no existió falla en la atención médica ni en los trámites administrativos, por lo que no existe relación de causalidad entre los perjuicios reclamados y las prestaciones médicas.
4. *“INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL”*. Señalando que no hubo conducta u omisión de la EPS que dé lugar a una falla médica y/o administrativa. No existe culpa ni nexo de causalidad.
5. *“INDEBIDA Y EXAGERADA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS – LOS PERJUICIOS MORALES NO SE PRESUMEN, DEBEN SER PROBADOS”*. Indicando que los perjuicios extrapatrimoniales no se encuentran probados, y su estimación es exagerada.

6. “*PRESCRIPCIÓN*”. Sustentado en que el hecho generador de la responsabilidad data del 19 de julio de 2002, fecha en que se interpuso la primera de las tutelas, y al acogerse el término prescriptivo de la ley 791 de 2002 que inició vigencia el 27 de diciembre de ese año, por lo que se tiene que la prescripción se configuró el 27 de diciembre de 2012.

De igual forma objetaron el juramento estimatorio, por estar sobre estimadas las sumas reclamadas desconociendo los lineamientos jurisprudenciales.

DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA:

La demandada llamó en garantía a SEGUROS CONFIANZA S.A., la que replicó indicando no constarle la mayoría de los hechos, oponiéndose a las pretensiones de la demanda, por cuanto a no le asiste ninguna responsabilidad a la demandada. Como excepciones de mérito propuso:

1. “*AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD ASEGURADA INEXISTENCIA DE ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD*”. Argumentando que no existe nexo de causalidad al no haberse probado la causa de negligencia, impericia o negligencia en que incurrió la EPS, y tampoco que le causó perjuicios al demandante.
2. “*AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A COOMEVA EPS / CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE COOMEVA EPS*”. Arguyendo que el demandante no señala cuáles son los incumplimientos concretos de la EPS, ni acredita los perjuicios reclamados, siendo así inexistente el nexo causal.

3. *“INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTUACION DESPLEGADA POR COOMEVA Y EL PRESUNTO DAÑO SUFRIDO POR LOS DEMANDANTES”*. Toda vez que al no acreditarse la responsabilidad de la demandada, decae el nexo causal con el daño que presuntamente sufrió el demandante; recalcando que no existe daño, por cuanto la EPS ha cumplido con todos los servicios de salud que ha requerido el demandante.
4. *“CUANTIFICACIÓN EXCESIVA Y FALTA DE PRUEBA DE LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES QUE SE PRETENDEN”*. Alegando que los perjuicios extrapatrimoniales se cuantificaron de manera excesiva, considerando los parámetros establecidos por la jurisprudencia.
5. *“CARGA DE LA PRUEBA POR PARTE DE LA ACTORA PARA DEMOSTRAR LOS PERJUICIOS SUFRIDOS Y LA RESPONSABILIDAD DE EPS COOMEVA”*. Para lo que se indicó que no basta con atribuir responsabilidad a la demandada, sino que es necesario demostrar cada uno de los elementos que la componen, así como acreditar la existencia y monto de los perjuicios reclamados.
6. *“EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS”*. En el evento de declararse la responsabilidad, el daño indemnizable es el efectivamente causado y probado.

Adicionalmente se opuso a las pretensiones del llamamiento en garantía, señalando que si bien existen las pólizas de seguro señaladas, muchos derechos estarían prescritos, pues solo estarían vigentes las 03RC001060 y 03RC001136.

Así, esbozó como excepción de fondo la que denominó: *“DEDUCIBLE PACTADO”*, señalando que en caso de condena a la aseguradora se debe tener en cuenta que se pactó un deducible del 10% que no puede ser inferior a \$5'000.000,00.

DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

Indicó el *a quo* que la responsabilidad civil contractual implica la existencia de un contrato válido, el daño derivado de la inejecución, o la ejecución defectuosa del contrato por parte del deudor contractual.

Que la Ley 1438 de 2011 establece los estándares de calidad que deben cumplir las EPS en la prestación del servicio de salud, y allí se indica que se trata de una relación contractual, con lo que se tiene acreditado dicho elemento.

En cuanto al daño, que si bien con la historia clínica se acreditan las patologías sufridas por el demandante, pero que de tal prueba no se desprende que el deterioro de su salud haya sido consecuencia de la tardía e inadecuada atención médica por parte de la EPS, ni tampoco se encuentra probado que el deterioro de su visión se deba a la omisión o deficiente prestación del servicio, lo que desvirtúa el nexo causal.

Que en este caso era fundamental la prueba pericial la que no se allegó, sin que se pueda suplir con el análisis de la historia clínica, donde si bien con las tutelas presentadas se podría establecer la demora en la prestación del servicio, no está acreditado que ello causara el daño a la salud del demandante.

En esos términos, al no acreditarse el nexo causal, negó las pretensiones, y por sustracción de materia no analizó el llamamiento en garantía, pues este requiere la declaratoria de culpa en el asegurado. No condenó en costas dado el beneficio del amparo de pobreza.

DE LA APELACIÓN:

Tal decisión fue apelada por el demandante, quien en los reparos luego sustentados, se pronunció iniciando su inconformidad con que no está de acuerdo con la negación de las pretensiones con base en la ausencia de prueba pericial, cuando existe suficiente material probatorio que acredita la responsabilidad contractual de la demandada.

También achacó Indebida valoración probatoria, porque la prueba debió analizarse en conjunto, siendo suficiente para demostrar la responsabilidad contractual la documentación existente, máxime cuando la Ley establece las obligaciones que deben cumplir las EPS, y en este caso por ese cumplimiento defectuoso se causaron perjuicios al demandante que deben ser reconocidos.

Que tales perjuicios se probaron con las pruebas allegadas, tales como son la historia clínica, acciones de tutela, desacatos por incumplimiento, daño progresivo a la salud, todos ellos que acreditan la responsabilidad contractual médica; menoscabos que son consecuencia directa de la inejecución de las obligaciones contractuales establecidas en la ley.

Sobre la culpa, que se demuestra con dicho incumplimiento contractual, que dio lugar a la interposición de varias tutelas que fueron el resultado de la negligencia y descuido de la demandada en la atención del demandante. Por lo mismo, el deterioro de la salud del demandante, es una daño grave que ha alterado las condiciones de su existencia, al tratarse de lesiones físicas que afectan su calidad de vida, y que deben ser indemnizadas.

También dijo que al revocarse la sentencia y accederse a las pretensiones, deberá condenarse en costas a la parte demandada.

Volviendo a la prueba documental aportada, que con la misma se acredita el hecho, daño y nexo causal, todos derivados de las obligaciones de asistencia que tenía la demandada con el demandante, y de las cuales dependía su salud física y mental; deberes que fueron

incumplidos o cumplidos de forma tardía, generando deterioro en la salud y calidad de vida del demandante.

Finalmente, que la falta de asistencia médica y de medicamentos de forma adecuada y oportuna, ha causado al demandante daño en su salud, y de allí surge la obligación de indemnizar.

Frente a lo anterior **la demandada** refirió que para le época de los hechos fungía como Entidad Promotora de Salud, y su principal obligación era organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del plan de salud a los afiliados (y el recaudo de sus cotizaciones), servicio prestado a través de las IPS.

Que le correspondía al actor probar los presupuestos de la responsabilidad demandada, pero no lo hizo; y por el contrario se evidenció que COOMEVA cumplió su función de aseguramiento, emitió de forma oportuna las autorizaciones requeridas por el actor, a quien se le prestaron todos los servicios de salud solicitados y se le brindó el tratamiento conforme su patología, tal y como se desprende de su historia clínica.

Que no existe un hecho culposo imputable a la demandada que sea la causa del daño, siendo ese uno de los elementos que estructuran la responsabilidad civil y que dan lugar a la indemnización de perjuicios.

No se acreditó falla en la prestación del servicio, ni que se hubiesen incumplido los estándares de calidad fijados por la ciencia médica, con lo que se desvirtúa la existencia del nexo causal; aunado que la atención prestada cumplió con los protocolos establecidos para las patologías, tratamiento ajustado a la *lex artis*, conociendo el paciente de antemano las opciones terapéuticas existentes y sus consecuencias, sin que existiera negligencia de su parte que genere responsabilidad.

Así las cosas, agotado el trámite se resolverá la alzada, previas:

CONSIDERACIONES

INTROITO:

Los presupuestos procesales se encuentran reunidos y sobre ellos no hay lugar a reparo alguno; así mismo, examinada la actuación procesal en ambas instancias, no se observa irregularidad que pueda invalidar lo actuado, por lo que están presentes las condiciones necesarias para proferir sentencia de segunda instancia.

De otro lado, si bien es cierto el artículo 328 del C. G. del P., en su primera regla deja en claro que *“El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante...”*, también lo es que en el introito de la demanda y sus pretensiones se dijo que la acción era del orden contractual, pero en los supuestos normativos de las súplicas se consignaron algunos propios de la *lex aquilia* (artículos 2341 y 2347, ambos del C.C.), lo que conlleva a que la Sala de entrada evalúe cual es la responsabilidad a considerar.

De otro lado, independientemente del régimen de responsabilidad a aplicar (contractual o extracontractual), ha de observarse si se superan los presupuestos axiológicos pertinentes, donde en todo caso debe determinarse si en procura de alcanzar lo deprecado, el interesado demostró los supuestos de hecho, acorde con lo dispuesto en el artículo 167 del C. G. del P.³.

Por todo lo anterior, los problemas jurídicos a resolver, se presentan en los siguientes términos:

³ Tal norma, en su primer inciso, señala: *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.”*.

1. ¿Cuál es el régimen de responsabilidad que ha de aplicarse en el caso en estudio, y si para el efecto es necesario interpretar la demanda?
2. ¿Probó el interesado lo que le correspondía con el fin de obtener el efecto jurídico perseguido, y en tales términos se satisfacen los presupuestos axiológicos de la pretensión?

DE LA RESPONSABILIDAD A CONSIDERAR:

De tiempo atrás en materia de responsabilidad médica, jurisprudencialmente se han precisado los presupuestos axiológicos pertinentes, así:

“... Un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa; el daño patrimonial o extrapatrimonial; y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado...” (Sala Civil Corte Suprema de Justicia, sentencia del 30 de enero de 2.001, expediente 5507.

Lo anterior independientemente que la pretensión indemnizatoria sea del orden contractual o extracontractual; sin embargo, en las presentes la *causa petendi* no se soporta en un procedimiento médico en específico, tal como puede ser una cirugía, terapia, examen diagnóstico, etc., sino, en que la accionada incumplió con sus deberes de prestar los servicios médicos que le competen en la oportunidad debida, y que ante tales deficiencias, el actor en múltiples oportunidades tuvo que acudir a la jurisdicción a través de la acción de tutela, a fin de obtener la correspondiente prestación.

Claro que una y otra responsabilidad -contractual o extracontractual-, son diferentes, habiéndolo precisado la doctrina en los siguientes términos:

“4.2. Muchas son las semejanzas o diferencias desde el derecho sustancial que podrían esbozarse *in extenso* entre la responsabilidad civil contractual y extracontractual, bastando memorar en el sub lite las que en adelante se exponen:

“4.2.1. Con ocasión de la relación negocial, en los eventos de incumplimiento o cumplimiento defectuoso de las obligaciones derivadas del mentado acuerdo el acreedor cuenta con la acción de cumplimiento o de resolución, en ambos casos con la consabida indemnización de los perjuicios que pudo sufrir, acudiendo para ello a la acción de responsabilidad civil contractual.

“Lo anterior, por cuanto de acuerdo con el imperativo contenido en el artículo 1602 del Código Civil, *«todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento o por causas legales»*, lo que trae aparejado que en razón de tal ligamen los convenientes estarán llamados a atender las prestaciones a su cargo en los tiempos y forma debidos, so pena de hacerse acreedor a las sanciones que de su omisión emerjan, teniendo por su parte el contratante cumplido el derecho de optar por persistir en el negocio o desistir del mismo y, en cualquiera de los dos eventos, a reclamar el reconocimiento y pago de los perjuicios que pudieron causarse.

“Consecuente con esto, se ha dicho de manera reiterada por esta Corporación que, para la prosperidad de la acción de responsabilidad contractual estará llamado el demandante a acreditar la existencia de los siguientes supuestos: «i) que exista un vínculo concreto entre quien como demandante reclama por la inapropiada conducta frente a la ejecución de un convenio y aquél que, señalado como demandado, es la persona a quien dicha conducta se le imputa (existencia de un contrato); ii) que esta última consista en la inejecución o en la ejecución retardada o defectuosa de una obligación que por mandato de la ley o por disposición convencional es parte integrante del ameritado vínculo (incumplimiento culposo), iii) y en fin, que el daño cuya reparación económica se exige consista, básicamente, en la privación injusta de una ventaja a la cual el demandante habría tenido derecho (daño) de no mediar la relación tantas veces mencionada (relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño)» (CSJ SC 380-2018 del 22 de feb. de 2018, Rad. 2005-00368-01).

“En este orden, quien concurre a la reclamación con soporte en la responsabilidad contractual estará compelido a soportar sus pretensiones en los supuestos fácticos que evidencien la satisfacción de los mentados presupuestos, y allegará las pruebas que respalden sus afirmaciones, de tal manera que al amparo de las reglas que gobiernan las obligaciones negociales y el preciso acto jurídico que le sirve de báculo, se adopten las decisiones que en derecho correspondan.

“4.2.2. La responsabilidad civil extracontractual o aquiliana está regulada en el título XXXIV del Código Civil, se enfila a la reparación de los perjuicios derivados de un hecho dañoso producido por un tercero, ante la prohibición de causar daño a otro, configurándose un vínculo jurídico entre el causante como deudor y el afectado como acreedor de la reparación, aun cuando la obligación no provenga de la voluntad de tales sujetos.

“El artículo 2341 del Código Civil señala, que *«el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley impongas por la culpa o el delito cometido»*, emergiendo así de dicha normativa los presupuestos para la viabilidad de la acción de reparación por responsabilidad civil extracontractual, a saber:

- a) La comisión de un hecho dañino
- b) La culpa del sujeto agente
- c) La existencia de la relación de causalidad entre uno y otra.

“En torno a los destinatarios de la responsabilidad civil extracontractual y su eventual exoneración la Corte ha señalado que:

“La responsabilidad civil extracontractual de que trata el Título 34 del Libro IV del Código Civil comprende no solamente al autor del daño por el hecho personal suyo, sino también por el hecho de las cosas o de los animales que le pertenecen, o de las personas que de él dependan. De ahí que los ‘... entes morales responden directamente por los daños que causen sus representantes, agentes o dependientes, razón por la cual no pueden exonerarse de la responsabilidad consiguiente, demostrando simplemente que no incurrieron en las llamadas culpa in eligendo o culpa in vigilando, sino probando’ que el ‘perjuicio se produjo por caso fortuito, fuerza mayor o la culpa exclusiva de la víctima o la de un tercero’ (CSJ Sent. No. 320 del 18 de sept. de 1990).

“Consecuente con lo anterior, el reclamante en acción extracontractual deberá enfilar su causa y labor demostrativa a «aducir la prueba de los factores constitutivos de responsabilidad extracontractual, como son, el perjuicio, la culpa y la relación de causalidad o dependencia que lógicamente debe existir entre los dos primeros elementos enunciados, estando desde luego el demandado en posibilidad de exonerarse de la obligación de que se trata si demuestra un hecho exonerativo de responsabilidad» (CSJ SC del 9 de feb. de 1976).”. Cursivas y citas dentro del texto, subrayado intencional del Tribunal. Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, sentencia SC5170-2018 del 3 de diciembre de 2018.

Como se ve, una y otra responsabilidad son disímiles, pero de todos modos, bien se trate de la contractual o la extracontractual, como queda reseñado en el subrayado intencional antes realizado, es menester demostrar el daño o perjuicio que se le cause al titular de la acción.

Volviendo a la responsabilidad del orden médico, la misma descansa en el concepto de “*culpa probada*” en la generación del daño, del que la jurisprudencia siguiendo su propia línea, ha sostenido:

“... la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

“La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.” (Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia SC7110-2017, 24 de mayo de 2017. Radicado 05001-31-03-012-2006-00234-01).

Así, tratándose de la responsabilidad médica, como regla general es el demandante quien tiene la carga de la prueba de sus elementos constitutivos, donde frente a la prueba en este tipo de asuntos, la Corte Suprema ha dicho:

“... Sin embargo, cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia –no conocidos por el común de las personas y de suyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquellos que la practican- y que a fin de cuentas dan, con carácter general, las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa. En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan pero no ocasionan. De la misma manera, quedará al abrigo de la decisión judicial, pero tomada con el suficiente conocimiento aportado por esas pruebas técnicas a que se ha hecho alusión, la calificación que de culposa o no se dé a la actividad o inactividad del profesional, en tanto el grado de diligencia que le es exigible se sopesa y determina, de un lado, con la probabilidad de que el riesgo previsto se presente o no y con la gravedad que implique su materialización, y de otro, con la dificultad o facilidad que tuvo el profesional en evitarlo o disminuirlo, asuntos todos que, en punto de la ciencia médica, deben ser proporcionados al juez a efectos de ilustrarlo en tan especiales materias.” (SALA CIVIL. Sentencia del 26 de septiembre de 2002 exp No. 6878).

De lo anterior se concluye que en materia de responsabilidad médica, ella no se puede suponer por la sola existencia del hecho y el daño, pues resulta imprescindible probar que uno es consecuencia del otro, porque de no ser así, las súplicas corren la suerte del fracaso, sin que la “culpa probada” sea producto de inferencias lógicas o ejercicios intelectivos propios de legos, tampoco caben los saberes derivados de las “reglas de la experiencia”, sino que requiere el conocimiento de expertos en la materia.

DE LA RESPONSABILIDAD ORGANIZACIONAL:

De los artículos 177 a 179 de la ley 100 de 1993 se desprende que la Entidades Promotoras de Salud, tienen como deber garantizar que la atención a los usuarios se brinde bajo estándares de eficiencia,

oportunidad y calidad, donde de este último aspecto, la calidad, la jurisprudencia al realizar un recuento de su desarrollo, señaló:

“El marco legal de la obligatoriedad de la atención en salud de calidad se constituyó formalmente con el Decreto 2174 de 1996, que organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Posteriormente se expidió el Decreto 2309 de 2002, que definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

“Según este último, el SOGC de la atención de salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

“Las características más importantes de este sistema son: a) Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema general de seguridad social. b) Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. c) Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. d) Pertinencia: grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. e) Continuidad: grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (artículo 5º).

“Posteriormente el Ministerio de la Protección Social profirió la Resolución 1043 de 2006, que estableció las condiciones que deben cumplir los prestadores de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; fijó estándares de capacidad tecnológica y científica; y definió parámetros de suficiencia patrimonial y financiera, así como las condiciones técnico–administrativas del prestador.

“El Decreto 1011 de 2006 derogó el 2309 de 2002 al establecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este estatuto definió la atención en salud como «el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población». A su vez, entiende por ‘calidad de la atención de salud’ «la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios». (Art. 2º)

“Este decreto fijó las normas, requisitos y procedimientos que están obligados a cumplir los prestadores de servicios de salud (incluidos los particulares o independientes), las instituciones y los servicios de traslado de pacientes, con el fin de brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio.

“El artículo 3º del Decreto 1011 de 2006 reiteró que el SOGCS está orientado a mejorar la atención en salud, más allá de la verificación o acreditación formal

de estructuras, procesos y documentación, centrando la calidad en los resultados obtenidos por los usuarios. Por ello impuso a los agentes promotores y prestadores la obligación de cumplir con las siguientes características:

“1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

“3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

“4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

“5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico».

“Por su parte, la Circular 30 de 2006, emanada de la Superintendencia Nacional de Salud, dio instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras; los indicadores de calidad; los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención en salud y los requerimientos de información en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada.

“A su vez, la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social definió el Sistema de Información para la calidad y adoptó los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

“La ley 1122 de 2007 introdujo algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y dictó disposiciones en materia de calidad, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Al describir la organización del aseguramiento inherente al SOGC, esta ley consagró la garantía del acceso efectivo a la salud de calidad, en los siguientes términos:

“«Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud». [Se subraya]

“Por expreso mandato legal, las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir las funciones indelegables del aseguramiento, la representación de los afiliados ante las instituciones

prestadoras, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la asunción del riesgo transferido por el usuario.

“Finalmente, la ley 1438 de 2011 estableció parámetros para fortalecer el SGSSS «a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país». (Art. 1º)

“Entre los criterios técnicos mínimos para el cumplimiento de resultados en la atención de salud de calidad, la mencionada ley incluyó la prevalencia e incidencia de la morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil; la incidencia de enfermedades de interés en salud pública; la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de las precursoras de eventos de alto costo; la incidencia de enfermedades prevalente transmisibles e inmuno-prevenibles; y el acceso efectivo a los servicios de salud. (Art. 2º)

“Esta ley modificó el artículo 153 de la ley 100 de 1993, señalando los principios que orientan el SGSSS, entre los cuales se encuentran el de igualdad (garantiza el acceso al servicio de salud a todos los residentes del territorio colombiano, sin discriminación por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños); prevalencia de derechos (es obligatorio el cuidado, protección y asistencia en salud a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral); enfoque diferencial (reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación); calidad (los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada); prevención (es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud); entre otros. (Ley 1438 de 2011, Art. 3º)

“El marco legal que se ha resumido en líneas precedentes consagró un sistema obligatorio de garantía del servicio de salud que comporta un verdadero cambio de paradigma, pues ya no es posible seguir concibiendo la atención en salud como una labor de beneficencia, como ocurrió hasta finales de la década de los 80 del siglo pasado; dado que a partir de la constitucionalización de la salud y la entrada en vigencia del sistema general de seguridad social en salud y del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, ésta es un derecho superior de los habitantes del territorio, que se patentiza en los resultados constatables y medibles en el servicio eficaz que reciben los usuarios o destinatarios finales del sistema.

“Es cierto que la atención de calidad es una obligación que las entidades y agentes del sistema general de seguridad social en salud tienen que cumplir de manera progresiva. No obstante, la gradualidad no es una mera ‘idea regulativa’ o un ‘principio general no susceptible de aplicación inmediata’, ni mucho menos un pretexto para justificar una atención en salud retardada, deficiente, mediocre o rezagada con relación a los avances científicos y tecnológicos, sino que es una característica concreta del SGSSS que se patentiza en el mantenimiento de los criterios de calidad actuales y en el mejoramiento permanente de los estándares existentes de tecnología, administración, operación y trato humano que permiten materializar el

mandato constitucional y legal de un servicio de salud de alta calidad que redunde en mejorar las condiciones de vida de la población.

“Los estándares de calidad son el conjunto de políticas, reglas, instrucciones y procedimientos establecidos por las entidades que conforman el SGSSS y el SOGC para todas las operaciones principales, tanto administrativas como asistenciales, los cuales sirven de guía o parámetro de acción a los miembros de la organización para desempeñar sus labores con eficacia. La clave del éxito de la calidad del servicio de salud es el mejoramiento constante y en marcha que involucra a todos los componentes del sistema (alta administración, gerentes, coordinadores, médicos, paramédicos y operarios) para desarrollar procesos estandarizados orientados a resultados.

“Los parámetros explícitos y concretos de pertinencia clínica se encuentran en las guías de atención del Ministerio de Salud y las distintas entidades territoriales; siendo su acatamiento una obligación legal y no una simple facultad de los agentes prestadores del servicio de salud, quienes tienen que ceñirse a ellas con el fin de brindar un servicio de verdadera calidad conforme a las condiciones personales del usuario, la cultura de seguridad del paciente, la práctica de la medicina basada en la evidencia científica y la atención integral, segura, oportuna y humanizada, tal como lo ordena el artículo 3° de la ley 1438 de 2011.

“La cultura de calidad total del servicio de salud y seguridad del paciente tiene repercusiones directas en el derecho de la responsabilidad civil, pues en el entorno del sistema obligatorio de calidad de la atención en salud las demoras en la prestación del servicio; el uso de tecnología obsoleta; la ausencia de tratamientos y medicamentos de utilidad comprobada por la medicina evidencial; la despreocupación por la satisfacción del cliente y la falta de atención de sus necesidades asistenciales; la falta de disciplina en el acatamiento de reglamentos tales como guías, normas técnicas y reglas de diligenciamiento de la historia clínica; la insuficiencia de continuidad e integralidad del servicio; la complacencia frente a malas prácticas y su ocultamiento; y en fin, la carencia de un pensamiento orientado al proceso y desarrollo de estrategias que aseguren un mejoramiento continuo e interminable del servicio de salud que involucre a todas las personas de los distintos niveles de la jerarquía, son circunstancias constitutivas de responsabilidad organizacional por deficiente prestación del servicio cuando lesionan con culpa la integridad personal del paciente; lo que afecta la sostenibilidad económica del sistema por mayores costos de tratamientos de eventos adversos y pagos de indemnizaciones por daños ocasionados a los usuarios.”⁴

Atado al anterior tema, el organizacional, como la actora arguyó desatención por parte de la EPS demandada a dicha obligación de garantía de la calidad, ese es un punto relacionado con la responsabilidad contractual (y así se alegó vía alzada), dada la vinculación del demandante con la EPS accionada, por lo que desde esta perspectiva se resolverá el asunto, con lo que de paso se responde

⁴ Corte Suprema de Justicia SC 5199 de 2020 citando la SC 9193 del 28 de junio de 2017.

el primer problema jurídico formulado, aunado que se interpreta la demanda en los términos del artículo 42.5 del C. G. del P.⁵.

⁵ Sobre tal labor interpretativa, la Corte Suprema en Sala Civil, siguiendo la línea jurisprudencial, en la misma sentencia aquí citada, la SC5170-2018 del 3 de diciembre de 2018, expuso: "... con los mentados escritos –demanda, contestación, excepciones y su réplica– el juzgador tendrá delimitado el marco decisorio en donde podrá ondearse para el momento de proferir la sentencia que dirima el pleito, al quedar restringidos a estos aspectos el debate judicial, salvedad hecha de las decisiones que tenga autorizado realizar de oficio.

"Puede ocurrir sin embargo, que la demanda presentada no tenga la suficiente claridad que permita extraer de ella, de manera inequívoca, el objeto o causa del litigio, para lo cual podrá en primer lugar el propio funcionario inadmitirla a efectos de subsanar tal falencia, o en su lugar, el interpelado procurar provocar dar luz a esa oscuridad a través de la correspondiente excepción previa, o en últimas el juzgador definirla mediante su adecuada interpretación, de tal manera que sin suplantar la voluntad del reclamante se pueda fijar su alcance y satisfacer de la mejor manera la controversia.

"De vieja data esta Corporación en relación la interpretación de la demanda, ha señalado que: *"«cuando la demanda adolece de cierta vaguedad es susceptible de ser interpretada por el juzgador, con el fin de no sacrificar un derecho y siempre que la interpretación no varíe o modifique los capítulos petitorios del libelo»; que "en la interpretación de una demanda existe el poder necesario para ir tras lo racional y evitar lo absurdo"; que "una demanda es susceptible de' interpretación siempre que no se varíen los factores esenciales del libelo, constituido por las súplicas 'y los hechos en que se apoya". Que, "es el estudio del derecho impetrado, dentro de las normas generales de una demanda y los principios legales lo que debe guiar al juzgador, y por eso el sistema formulario y extremadamente rígido se halla descartado de todas las legislaciones, De otro modo el más simple error de detalle en una demanda prevalecería sobre un derecho demostrado en el juicio»* (CSJ SC de oct. 31 de 1956).

"En épocas más recientes, respecto de la facultad de interpretación de la demanda y el error de hecho reclamable en casación, cuando éste ejercicio no se surte debidamente, se dijo:

"«Acerca de esta particular cuestión, tiene dicho la Corte que "cuando el lenguaje de la demanda, sin ser indescifrable por completo, no se ajusta a la claridad y precisión indispensables en tan delicada materia" (CLXXXVIII, 139), para "no sacrificar el derecho material en aras de un culto vano al formalismo procesal" (CCXXXIV, 234), "el juzgador está obligado a interpretarla en busca de su sentido genuino sin alterarlo ni sustituirlo, consultando la prevalencia del derecho sustancial, el acceso a la administración de justicia y la solución real de los conflictos", realizando "un análisis serio, fundado y razonable de todos sus segmentos", "mediante su interpretación racional, lógica, sistemática e integral" (cas. civ. sentencia de 27 de agosto de 2008, [SC-084-2008], expediente 11001-3103-022-1997-14171-01, énfasis de la Sala), "siempre en conjunto, porque la intención del actor está muchas veces contenida no sólo en la parte petitoria, sino también en los fundamentos de hecho y de derecho", bastando "que ella aparezca claramente en el libelo, ya de una manera directa o expresa, ya por una interpretación lógica basada en todo el conjunto de la demanda" (XLIV, p. 527; XIV, 488 y 833; LXI, 460; CXXXII, 241; CLXXVI, 182 y CCXXV, 2ª parte, 185).

"En sentido análogo, la Sala ha destacado el yerro fáctico in iudicando denunciado en casación por la causal primera, en que incurre el fallador cuando al interpretar la demanda, "tergiversa de modo evidente su texto, o lo hace decir lo que no expresa o, también cuando cercena su real contenido" (Casación Civil de 22 de agosto de 1989), "a raíz de lo cual fija los hechos y peticiones de la misma que en su sentir estructuran la disputa judicial de que conoce, y como consecuencia de ese ejercicio cae en la equivocación consistente en considerar uno o varios hechos ajenos a la causa o en definir una petición que no le ha sido formulada" (Sent. cas. civ. de 8 de abril de 2003, expediente 7844), en cuyo caso, su certeza, notoria evidencia e incidencia comporta el quiebre de la sentencia». (CSJ SC de 6 de mayo. de 2009, Exp. 2002-00083)." *Cursivas y citas dentro del texto.*

DE LA SATISFACCION DE LOS PRESUPUESTOS AXIOLÓGICOS:

Para resolver el segundo problema jurídico y que se relaciona en el anterior intitulado, debemos adentrarnos en la valoración probatoria pertinente, recordando que entre los elementos comunes responsabilidad civil contractual con la extracontractual, están los que la Corte Suprema en Sala Civil ha precisado, así:

“... Y aunque no pueden desconocerse las profundas diferencias existentes entre ambas vertientes de la responsabilidad civil, lo cierto es que esta, cualquiera sea su naturaleza, supone la presencia de (cuando menos) tres elementos concurrentes, a saber: (i) un comportamiento, activo u omisivo, del responsable; (ii) un daño padecido por la víctima; y, (iii) el necesario nexo de causalidad entre una y otra cosa.”⁶

Entonces, en primer lugar contamos con copias de sendas sentencias de tutela, incidentes de desacatos y órdenes médicas, arrimadas con la acción, las cuales no fueron redargüidas de manera alguna, y que evidencian que para lograr la atención de los servicios médicos que requería el actor, fue necesario que acudiera a la administración de justicia para obtener lo pertinente y que en su momento debió dispensar la E.P.S. accionada; pero, ¿ello prueba que la demandada con la evidenciada incuria en su deber prestacional, hubiera ocasionado el daño, entendido este como las dolencias y enfermedades padecidas por el actor?

En primer lugar, la prueba técnica que ha advertido la doctrina ya aludida, es ausente, grave falencia en materia médica para obtener el efecto jurídico perseguido; sin embargo, en un sistema de libertad probatoria como el que nos rige, contamos con los elementos que entramos a analizar con esos fines.

Del interrogatorio rendido por el demandante JAIME DE JESÚS LONDOÑO VILLA⁷, extraemos que tiene varios diagnósticos de salud, y ante el cumplimiento tardío de las citas médicas por parte de

⁶ Ver sentencia SC4901-2019, 13 de noviembre de 2019.

⁷ Archivo 19.AudienciaJunio06-2022.

COOMEVA, ha tenido que presentar distintas tutelas que han llegado a incidentes y sanción, ello en cuanto padece hipertensión arterial, diabetes, glaucoma, trasplante cornea, ceguera ojo izquierdo, sufre de los oídos, de la piel, y el corazón; e incluso en el 2017 le hicieron trasplante de córnea, asumiendo la compra de medicamentos porque la EPS no se los dio, y le dijeron que debía ir a cita de revisión con el corneólogo, la que no se cumplió porque nunca había agenda, motivo por el cual presentó incidente de desacato y sancionaron a COOMEVA.

Indicó que las patologías se las han atendido de forma “*muy regular*”⁸ pues siempre se ha visto abocado a accionar en tutela, y que le han negado muchos servicios, y cuando supuestamente iban a cumplir fue que lo trasladaron de EPS por la liquidación de COOMEVA EPS.

Que sus dolencias se han agravado por la demora de la demandada en su atención, y que un médico de su apoderado le dio visto bueno para presentar la demanda.

La contraparte del anterior a través de su representante legal JUAN GUILLERMO LÓPEZ⁹, expresó que el demandante pretendía irrespetar los procesos administrativos que se tienen para la adecuada atención, y que no hubo negativa o demora en la prestación, e incluso que COOMEVA EPS autorizó todos los servicios requeridos, pero la asistencia de los mismos estaba en cabeza de las IPS.

Ya en lo testimonial MARIA DOLORES LONDOÑO VILLA, hermana del actor¹⁰, dijo que la salud de su hermano ha desmejorado a raíz del incumplimiento de la EPS, y que siempre tiene que poner tutela para que lo atiendan, y pese a ello tampoco lo atienden de forma adecuada. De la visión del actor, que ha desmejorado por la demora en la cirugía que necesitaba, para la cual también tuvo que instaurar tutela.

⁸ El vocablo “*regular*” no se puede entender conforme el significado del término que es, entre otras “*Ajustar, reglar o poner en orden algo*” (ver Diccionario de la Lengua Española de la RAE en su edición del Tricentenario), sino, en el sentido de lenguaje común, que suele asociarlo con “*baja calidad*”.

⁹ archivo 19.AudienciaJunio06-2022

¹⁰ archivo 19.AudienciaJunio06-2022.

Finalizó diciendo que no conoce documento donde COOMEVA le hubiera negado el servicio a su hermano, y que las cirugías de visión y próstata se la hicieron en esa Entidad.

LISANDRO LONDOÑO VILLA¹¹, también hermano del actor, dijo que ha acompañado a este a pedir las citas médicas, y no se las dan inmediatamente, y que desde el año 2002 el mencionado tiene problemas de la vista sin que vea por el ojo izquierdo.

De su lado LUZ ELENA RIVERA¹², hermana de la esposa del demandante (o sea, su cuñada), dijo que este sufre del azúcar, de los ojos y que lo operaron de una cornea, y que casi no ve pues esta cirugía se la hicieron muy tarde, sobre todo cuando la EPS no daba los medicamentos completos y al actor le ha tocado comprarlos, detallando que a este y a su esposa les dio COVID, y la EPS no les quiso dar el oxígeno, y una hija suya se lo compró.

JORGE IVAN YEPES LONDOÑO¹³, indicó que conoce a JAIME de toda la vida, y sabe que COOMEVA le ha negado muchas atenciones de salud, tales como citas y medicamentos, pese a que aquel tiene problemas del oído e hipertensión, sumado a que perdió la vista porque la cirugía se la hicieron muy tarde, las citas siempre se las aplazaban. Enfatizó que ante la mala atención, el demandante tuvo que instaurar varias tutelas, y aun así no le prestaban el servicio.

Entonces, viendo en contexto los anteriores medios probatorios (artículo 176 C. G. del P.), para los fines perseguidos la parte actora se quedó corta en la actividad probatoria que estaba a su cargo de cara a acreditar que el daño sufrido estuviera relacionado con la conducta de la demandada, pues las copias de las diligencias judiciales, como la declaración de parte del actor, así como los medios testimoniales, no

¹¹ archivo 19.AudienciaJunio06-2022.

¹² archivo 22.AudienciaNoviembre11-2022.

¹³ archivo 22.AudienciaNoviembre11-2022.

son suficientes para acreditar tal elemento, razón por la cual la decisión apelada está llamada a confirmarse.

No se estableció que la parcial pérdida visual fuera consecuencia de la negligencia de la demandada. Eso era lo que debía probarse por el interesado, pero no se hizo.

CONCLUSION:

Nuestro sistema jurídico rige el principio de libertad probatoria, por lo que en términos generales no se requiere ninguna prueba en particular para obtener el efecto jurídico perseguido (a no ser que el ordenamiento lo exija específicamente), donde en el caso que nos ocupa no se probó el presupuesto axiológico consistente en que el daño o perjuicio del actor fuera consecuencia de la misión institucional de la demandada, en la medida que no se allegó ningún medio de convicción que permita advertir lo pertinente.

Y es que los decires de los familiares del actor, no prueban que el daño o lesiones sufridas por el actor sean consecuencia de las achacadas omisiones de la demandada. Sus versiones, todas ellas merecedoras de respecto, pero provenientes de personas que no se determinó que tuvieran afinidad o vinculación con las disciplinas médicas, incluso doña LUZ ELENA manifestó no saber leer, no presentan criterios de cientificidad como lo exige la jurisprudencia para establecer lo pertinente, coligiéndose que el elemento relacionado con la generación del daño, tampoco se tenga como establecido.

Por todo ello se confirmará la sentencia apelada, y en cuanto a costas dado el beneficio de amparo de pobreza dispensado en favor de la parte demandante-recurrente, la Sala se abstiene de emitir condena sobre el particular, tal como lo prevé el artículo 154 del C. G. del P..

En mérito de lo expuesto, la Sala Civil del Tribunal Superior de Medellín, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley;

RESUELVE

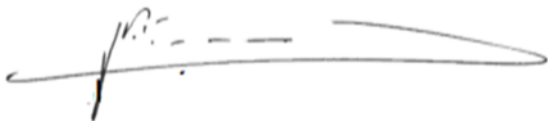
PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia calendada el once (11) de noviembre de dos mil veintidós (2022), proferida por el Juzgado Quince Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, según lo motivado.

SEGUNDO: SIN CONDENA en costas conforme lo expuesto. En firme lo decidido, vuelva el asunto al Despacho de origen.

Notifíquese:



JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS
MAGISTRADO



JULIO NÉSTOR ECHEVERRY ARIAS
MAGISTRADO



MARTÍN AGUDELO RAMÍREZ
MAGISTRADO