



SALA SEGUNDA DE DECISIÓN CIVIL

Medellín, ocho de mayo de dos mil veinticuatro

De conformidad con la Ley 2213 de 2022 se procede a decidir por escrito, el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia proferida el 31 de enero de 2024 por el Juzgado Veinte Civil del Circuito de Medellín, en el proceso verbal adelantado por OMAR DE JESÚS ÁLVAREZ VALENCIA y LILIAM AMANDA ÚSUGA ÚSUGA contra la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, MEDIMÁS EPS y la CLÍNICA MEDELLÍN SA.

1. ANTECEDENTES

1. OMAR DE JESÚS ÁLVAREZ VALENCIA (compañero permanente) y LILIAM AMANDA ÚSUGA ÚSUGA (madre) pretenden la declaratoria de responsabilidad civil de las demandadas por el deceso de MARÍA ROSALBA ÚSUGA ÚSUGA y el reconocimiento de perjuicios patrimoniales por lucro cesante \$425.190.168 y extrapatrimoniales por daño moral por el equivalente a 200 SMLMV para cada uno, dada falla en el servicio médico prestado por las demandadas.
2. MARÍA ROSALBA ÚSUGA ÚSUGA tuvo un trasplante de riñón en octubre de 2010 que venía siendo rechazado presentando graves signos de deterioro, por lo que médico internista Nefrólogo le ordenó el 8 de

junio de 2016 un nuevo trasplante; fue comunicado a la EPS CAFESALUD.

3. El 16 de noviembre de ese año el Centro de Especialistas de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, al detectar insuficiencia renal crónica de origen desconocido con rechazo crónico del trasplante, señaló la necesidad improrrogable de realizar un nuevo trasplante de riñón, procedimiento que pendía de la autorización por la EPS, teniendo en cuenta que MARÍA ROSALBA tenía la posibilidad de donante vivo.
4. El 16 de marzo de 2017 la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL envió la cotización del procedimiento de trasplante a la EPS CAFESALUD que ascendía a \$71.078.100.
5. CAFESALUD EPS expidió la autorización de servicios ***“PAQUETE DE TRASPLANTE RENAL ADULTO”***, pero el procedimiento no se había realizado debido a que el HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN no recibió el desembolso anticipado del valor y teniendo en cuenta que la enfermedad renal se encontraba en etapa terminal; MARÍA ROSALBA interpuso tutela que fue concedida el 17 de mayo de 2017, fallo que no fue acatado pese la sanción establecida vía incidental el 28 de agosto de ese año.
6. El 22 de junio de 2018 ingresó a urgencias de la CLÍNICA MEDELLÍN IPS con diagnóstico, ***“Paciente con antecedentes de ERCT, trasplantada con pérdida del injerto por rechazo y nefropatía crónica del injerto, con indicación de diálisis la cual no ha sido aceptada. Ingresa por urgencia dialítica por academia metabólica y uremia. Se le planto 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”***; el análisis adicional, ***“Se revisó el catéter de diálisis yugular derecho mal funcionando, 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 mal funcionando la paciente hizo hipotensión secundaria a hemitórax derecho.”

7. MARÍA ROSALBA falleció el 25 de junio de 2018 debido a **“INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO.”**
8. La responsabilidad de la CLÍNICA MEDELLÍN IPS, *“Ingresé a mi esposa por urgencias a la CLÍNICA MEDELLÍN IPS por que se encontraba muy enferma el día 24 de junio de 2018 donde le practicaron un procedimiento de cateterismo para luego practicarle un biopsia al día siguiente, el médico que había llevado a cabo el procedimiento de cateterismo y quien además debía hacer la biopsia se ausentó de la Clínica con fines de descanso personal pues lo ocurrido sucedió un fin de semana, no obstante lo anterior los funcionarios de la Clínica se abstuvieron de adelantar los procedimientos y exámenes correspondientes bajo el entendido que solo el mismo médico que había puesto el catéter debía hacer los demás procedimientos, en consecuencia había que esperar a que él regresara de sus días de descanso. Luego de esto mi esposa entra en estado crítico dado que el citado catéter había quedado mal incorporado, ello en concurso con otras complicaciones físicas adicionales como una infección grave y fallo definitivo del sistema renal, lo que termina con la agonía y fallecimiento de mi esposa.”*
9. El hecho generador del daño a cargo de MEDIMÁS EPS se dio por la omisión injustificada de hacer llegar a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL (RIONEGRO) los dineros necesarios para adelantar el procedimiento de trasplante de riñón de MARÍA ROSALBA USUGA; el daño a cargo de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL está dado en hacer prevalecer criterios de

carácter económico sobre el valor vida, al no adelantar el procedimiento de trasplante, independientemente que MEDIMÁS EPS haya o no realizado los aportes para llevarlo a cabo; el daño a cargo de la CLÍNICA MEDELLIN SA está fundado en la impericia, demoras injustificadas y mal manejo de la situación de urgencias efectuado por los médicos adscritos.

2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

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

2.1 MEDIMÁS EPS SAS EN LIQUIDACIÓN

Formuló las excepciones de *“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.”*

2.2 FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

Presentó las excepciones *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.”*

¹ Providencia del 1 de diciembre de 2022

² Providencias del 7 de febrero de 2023.

2.3 CLÍNICA MEDELLÍN SA

Arguyó las excepciones “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.*”

2.4 CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA

Llamada en garantía por la CLÍNICA MEDELLÍN SA; presentó las excepciones “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, “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.*”

2.5 ALLIANZ SEGUROS SA

Llamada en garantía por la CLÍNICA MEDELLÍN SA, “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.” Con respecto al llamamiento, ***“i) Límite del valor asegurado; ii) disponibilidad del valor asegurado; iii) deducible y; iv) prescripción de los derechos del asegurado.”***

2.6 SEGUROS DEL ESTADO SA

Llamada en garantía por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, ***“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 FUNDACIÓN 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, ***“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.”***

3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Veinte Civil del Circuito de Oralidad profirió sentencia desestimatoria de las pretensiones el 31 de enero de 2024, al no acreditarse los presupuestos configurativos de la responsabilidad civil.

La parte actora radicó la negligencia médica (i) de la EPS MEDIMÁS EPS SAS dada la mora en el pago para el trasplante de riñón; (ii) de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL por la falta de realización del procedimiento; y (iii) de la CLÍNICA MEDELLÍN dada la

demora, impericia, imprudencia, desconocimiento de normas, protocolos y guías por parte de los médicos que pusieron un catéter de diálisis yugular mal funcionando y en su posterior intento de cambio; sin embargo, no se probó (i) la demora administrativa, (ii) la omisión del servicio, (iii) la negligencia médica que la parte demandante le atribuye a los demandados en lo atinente al lamentable fallecimiento de MARÍA ROSALBA ÚSUGA ÚSUGA.

MARÍA ROSALBA estuvo afiliada a la EPS MEDIMÁS como beneficiaria en el régimen contributivo desde el 1 de agosto de 2017 fecha para la cual se aprobó el plan de reorganización institucional de la EPS CAFESALUD (resolución 2426 de 2017 de la Superintendencia de Salud) a la que estaba vinculada conforme historia clínica.

Los demandantes reprochan la tardanza en la materialización del pago por MEDIMÁS para el procedimiento de trasplante de riñón desde el 8 de junio de 2016; pero, la orden médica dada por la IPS NEFRÓN a la EPS CAFESALUD refiere *“iniciar protocolo para segundo trasplante renal”*; razón por la cual sólo a partir del 1 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 que fue autorizado por la EPS MEDIMÁS el 12 de agosto de 2017.

MARÍA ROSALBA no inició el protocolo de trasplante con la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL sino con la IPS HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA –CLÍNICA LEÓN XIII, como se probó con las historias clínicas de esta institución, de la IPS NEFRÓN y de la IPS CLÍNICA MEDELLÍN; el protocolo para trasplante fue realizado en la IPS CLÍNICA LEÓN XIII, aprobados por la EPS los procedimientos de *“Control de*

nefrología” para el 9, 14 y 24 de agosto, 27 de septiembre, 12 de octubre, 15 de noviembre, 22 y 26 de diciembre del 2017, igualmente para el 22 y 29 de enero, 1 de marzo, 2 de abril, 17 de mayo y 18 de junio de 2018, coincidiendo con la historia clínica de la IPS NEFRÓN y de la IPS HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA – CLÍNICA LEÓN XIII, donde consta para diciembre 26 de 2017, “**hoy fue vista por el Doctor Juan Sebastián Gómez dio indicación LEON XIII para inicio 2do protocolo de trasplante renal**”; para el 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 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, “**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.**”

La FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL solicitó la autorización para el protocolo de trasplante, la recibió 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; se descarta omisión en la realización del protocolo que se venía adelantando con la IPS HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA – CLÍNICA LEÓN XIII.

No hubo demora en autorización ni prestación de servicios, se estaba surtiendo el protocolo y la lista de espera para el trasplante dependía -según criterio médico- “**de que haya un donante compatible y exista la donación de órganos para que estos puedan ser usados con este fin**”; razón por la cual se estaban realizando todos los exámenes y atenciones que constan en la historia clínica, sin que la paciente estuviera catalogada con prioridad o urgencia para

el trasplante, además se le indicó la necesidad de inicio de diálisis sin aquiescencia de la paciente; ahora, al cuestionarse al perito Médico Nefrólogo sobre la causa de la muerte, ***“Con base en lo revisado en la historia clínica, concluye que la causa de la muerte es la complicación en el cambio de catéter”***, descartándose como causa la ausencia del trasplante o de su protocolo.

Declaró probadas las excepciones de mérito propuestas por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL ***“inexistencia de culpa y falta de nexo causal”*** y ***“hecho de un tercero”***; las propuestas por la llamada en garantía SEGUROS DEL ESTADO SA ***“Régimen de responsabilidad aplicable / culpa probada”***, ***“Ausencia de responsabilidad por parte de la FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAÚL”*** e ***“Inexistencia del nexo causal frente a la FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAÚL DE RIONEGRO.”***

Frente a la responsabilidad endilgada a la CLÍNICA MEDELLÍN SA, encontró que MARÍA ROSALBA fue atendida en dicha institución siendo hospitalizada -entre otros síntomas- por una urgencia dialítica entre el 22 de junio de 2018 hasta el día en que fallece, 25 de junio de 2018.

En la atención de la urgencia se concluyó que era necesario implantarle un catéter para poder practicarle la diálisis, mientras se continuaba con los procedimientos previos al trasplante. Una vez puesto el catéter, se encontró que 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 25 de junio de 2018 “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 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: Lllaman 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.”

La paciente falleció por una complicación que se dio durante el procedimiento de cateterismo realizado en la CLÍNICA MEDELLÍN SA; no hubo negligencia ni impericia médica, la implantación del catéter -según lo declarado por testigo experto- puede tener complicaciones en los pacientes graves, inestables, ***“para el caso de MARÍA ROSALBA era un riesgo de la realización de ese procedimiento...”***; testimonio que coincide con la declaración del otro testigo médico, ***“El catéter probablemente perforó...No es una complicación frecuente, pero ocurre ocasionalmente...está incluida en la literatura”***; dicho riesgo le fue informado a la paciente y familiares con los documentos ***“consentimiento informado para la intervención quirúrgica o procedimiento especial.”***

El procedimiento era mandatorio de acuerdo con lo indicado por los médicos y el perito médico Nefrólogo, se realizó respetando los lineamientos que la ciencia médica tiene establecidos para este tipo de evento y 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, contrario sensu, lo explicado por peritos expertos es que se realizó en tiempo oportuno.

Con lo analizado encontró configuradas las excepciones, ***“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 SA, las llamadas en garantía ALLIANZ SEGUROS SA y CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA.

6. APELACIÓN

El Juez consideró no probadas (i) la demora administrativa de MEDIMÁS EPS en transferir los recursos y autorizar el nuevo trasplante de riñón; (ii) la demora de la FUNDACIÓN SAN VICENTE DE PAÚL para llevar a cabo la intervención quirúrgica; sin embargo MEDIMÁS EPS no negó que los recursos para el trasplante no se transfirieron y la FUNDACIÓN confesó por su representante legal que no tienen ánimo de lucro ni de pérdida económica, que al estar catalogada la MARÍA ROSALBA ÚSUGA como “*paciente urgencia 0*”, el trasplante de riñón no tenía el carácter de urgente para la IPS porque contaba con la diálisis como mecanismo artificial paliativo para el sostenimiento provisional de la vida ante la insuficiencia renal grave, lo que justificaba la demora para llevar a cabo el trasplante; decisiones administrativas de MEDIMÁS EPS y de la FUNDACIÓN SAN VICENTE DE PAÚL que llevaron a la muerte a la paciente, al derivar dicha insuficiencia en diarrea e infecciones, sumado al mal manejo de urgencias por parte de la CLÍNICA MEDELLÍN SA.

El Despacho indica que no resultó probado que los pacientes de CAFESALUD EPS pasaron automáticamente a MEDIMÁS EPS, pero es un hecho notorio, el representante legal de MEDIMÁS confesó que los antiguos pacientes de CAFESALUD EPS sí pasaron a MEDIMÁS EPS sin solución de continuidad frente a sus tratamientos.

Solicitan revocar la providencia y en su lugar conceder las pretensiones de la parte accionante.

7. PROBLEMAS JURÍDICOS A RESOLVER

¿Se acreditó la culpa como elemento axiológico de la responsabilidad médica?

8. PLANTEAMIENTO PRELIMINAR

Efectuados reparos concretos y sustentados en primera instancia frente a la sentencia emitida por el A quo, se pasa a resolver la alzada conforme delineamiento dado por la Corte Constitucional en sentencia de T-310 de 2023, en los términos planteados en la audiencia de instrucción y juzgamiento.

9. CONSIDERACIONES

9.1 ¿Culpa probada en la responsabilidad médica?

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

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

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

La obligación derivada de la actividad médica es de medio y no de resultado, salvo algunas excepciones, dado que la naturaleza de su ejercicio lleva riesgos inherentes; el médico asume la obligación con el paciente de darle atención idónea y diligente, disponiendo de su formación y los mecanismos necesarios para la recuperación de la salud, teniendo en cuenta el estado de la ciencia.

Lo anterior resulta trascendente para determinar la responsabilidad por el acto médico, donde es necesario probar la culpa, puesto que como apunta la doctrina *“Nunca debe perderse de vista que los profesionales de la salud, cualquiera sea su especialidad, asumen obligaciones de medios y no de resultado. Ello en atención a la propia naturaleza aleatoria de la prestación médica. Por lo tanto, para que surja la responsabilidad del médico indefectiblemente tiene que estar probada la culpa de éste. Y la prueba de esa culpa como regla general sigue estando a cargo del reclamante. Solo en casos muy excepcionales en los que la culpa médica surge claramente, podrá establecerse una presunción en contra del médico.”*³

Los argumentos de la apelación sostienen la tesis que existe prueba de la responsabilidad civil, incluyendo la culpa de las demandadas porque al no prestarse la adecuada atención médica a la paciente se produjo su muerte; las fallas administrativas de la EPS MEDIMÁS y la IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL dieron lugar a la interrupción del tratamiento que MARÍA ROSALBA venía siguiendo con CAFESALUD para la materialización de su segundo trasplante de riñón; su enfermedad renal dio lugar a otras patologías que fueron a su vez mal tratadas en urgencias por la CLÍNICA MEDELLÍN, lo que produjo su fallecimiento.

³ Vázquez Ferreyra Roberto. Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Editorial Hammurabi SRL. Buenos Aires 2002, pág. 134.

Podría decirse que el planteamiento de los demandantes radica en una falla en la atención brindada a la paciente MARÍA ROSALBA dada su deficiencia renal y las consecuencias con ocasión del mal manejo de una afección derivada; pero, no puede obviarse que el fundamento de la pretensión se plantea desde una omisión en la autorización y realización de un “**segundo trasplante de riñón**” y si reprochan una falla administrativa respecto de la materialización del trasplante, en forma complementaria esgrimen que por no practicarse en tiempo la intervención quirúrgica se complicó una “**diarrea e infección gastrointestinal**”, lo que dio lugar a la hospitalización de la paciente en la CLÍNICA DE MEDELLÍN, que luego de una mala praxis en la atención complementaria dio lugar al fallecimiento.

Argumentos refutados en primera instancia; dada valoración de los medios probatorios se concatenó el contenido de las historias clínicas de MARÍA ROSALBA en las IPS donde fue tratada conforme diagnósticos de insuficiencia renal y rechazo de primer implante, con las versiones del personal médico que participó en su atención en salud durante la evacuación del protocolo de trasplante y el posterior procedimiento médico de cateterismo que se inició con ocasión de una urgencia gastrointestinal.

Respecto de la realización prioritaria del trasplante, quedó probado que no fue prescrita ni por CAFESALUD ni por MEDIMÁS, tampoco por los médicos tratantes adscritos a las IPS; consta en la historia clínica que la orden era seguir protocolo para trasplante, así:

UNIDAD RENAL SAN VICENTE DE PAÚL “8/6/2016, *se encontraron los siguientes problemas médicos en la consulta: Rechazo crónico... Valoración...a pesar de la falla renal no tiene síntomas. Se pide nuevamente protocolo para segundo trasplante.*” “8/9/2016, *paciente 25 Años, Trasplante renal, Calambres ocasionales, no síntomas urémicos. Sigue sin requerir Dialisis. Mejor de su anemia, No ha iniciado el Segundo Protocolo de*

Trasplante. Cita en 1 mes.” “10/11/2016 25 años, Primer trasplante renal de cadáver de 6 años+1 mes, RxAG (2), Embarazo - cesarea, Dolor en herida Quirúrgica de cesárea...Sin requerimiento de TRR, Tiene posible donante ya le autorización protocolo. Cita en 1 mes.”; “20/12/2016 Insuficiencia renal avanzada para inicio de protocolo de segundo trasplante- Hipocalcemia real asintomática. Se ajusta dosis de calcio.” “3/3/2017 25 Insuficiencia renal avanzada para inicio de protocolo de segundo trasplante- Hipocalcemia real asintomática. Sin tacrolimus desde hace 20 días y sin mircera, ya en protocolo de trasplante, anemia leve, lípidos bien se suspende tacro y se cambia a micofenolato. cita control en un mes.” “26/1/2018 A/P: 7 años post tx renal con disfunción crónica del injerto, estable con uso de alfacetoanlogos sin síntomas urémicos, ya en protocolo para segundo trasplante. pendiente construcción acceso vascular hiperuricemia se epica dieta baja en purinas, por ahora no inicio alopurinol, glicemia pre fuera de normas, se solicita glucemia pre y post carga y hb a1c, anemia se ajusta EPO y se solicita ferroquinetica.”

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN VICENTE DE PAÚL “16/11/2016 Insuficiencia renal crónica desconocida- trasplante renal (oct 2010) rechazo crónico. En seguimiento por nefrología de trasplantes en Medellín, 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...”; “6/2/2017 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, presento 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 los siguientes temas: - Inicio del protocolo de trasplantes en Centros especializados: se explica en que consiste el protocolo, los objetivos del mismo y los tiempos estipulados

para completar el proceso. -Proceso de agendamiento del protocolo de trasplantes en centros especializados de San Vicente Fundación. -Derechos y deberes de los pacientes -Cumplimiento en la asistencia a los exámenes, necesidad de acompañante en caso necesario -Reserva del transporte institucional en caso de que vaya a hacer uso de él. -Clases de trasplante renal, con donante cadavérico y donante vivo -Se le solicitan los exámenes realizados en los anteriores meses, con el fin de verificar cuáles podrían ser válidos para el protocolo. -Se toman datos completos para plantilla de trazabilidad. -Se pasa el paquete del protocolo para la secretaria administrativa lo agende. El paciente comprende la información, se dan teléfonos de contacto y correo electrónico para que esté en constante comunicación con el personal del centro de trasplantes; “8/3/2017 nota de enfermería: Me comunico con la paciente telefónicamente...le indico que iniciará protocolo para trasplante renal el día 15 marzo así: 07:30: exámenes de laboratorio, 07:45: citología vaginal: no tener relaciones sexuales 5 antes del procedimiento, no tener el periodo menstrual, no aplicar duchas ni óvulos vaginales, 08:20: ecografía de abdomen, 09:00: consulta con enfermería, 10:00: ecocardiografía torácica, 11:30: rayos x de tórax, 12:00: electrocardiograma, se le informa que debe tener máximo 12 horas de ayuno y presentarse 30 minutos antes de los procedimientos en el centro de trasplantes y que debe traer una foto tamaño documento y la última historia clínica de la unidad renal paciente refiere comprender la información suministrada”; “26/2/2018 En protocolo de trasplante en IPS universitaria.” “27/3/2018 En protocolo de trasplante en IPS universitaria” “25/4/2018 estable con uso de alfacetoanálogos sin síntomas urémicos, ya en protocolo para segundo trasplante. Anemia leve, estable, PTH en metas para estadio renal, pendiente construcción acceso vascular” “29/5/2018 En protocolo de trasplante en IPS universitaria, pendientes algunos exámenes para poder entrar a lista de espera. Falla renal terminal no tiene síntomas urémicos, se recomienda inicio de diálisis, la paciente prefiere esperar un poco más.”

Hospital Alma Mater de Antioquia CLÍNICA LEÓN XIII, ***“26/12/2017 Paciente de 26 años con historia clínica anotada en quien se considera* Cursa con ERC 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”***

En cuanto a las experticias obrantes en el expediente y la contradicción a que fueron sometidas, el A quo encontró probado que lo planteado por CAFESALUD como EPS que inició el tratamiento médico de la paciente, fue la necesidad de activación del protocolo para trasplante renal, que fue autorizado y llevado a cabo por las adscritas a la red prestadora de salud; no hubo interrupción u omisión en la prestación del servicio, la paciente fue atendida de manera continua por diferentes especialistas donde se practicaron exámenes requeridos para verificar la viabilidad del trasplante y compatibilidad de la donante viva del órgano, sin que se concretara antes del momento de su fallecimiento a pesar de seguirse un procedimiento adecuado a la *lex artis* en términos médicos.

Sobre el protocolo para trasplante, explicó el médico Nefrólogo Dr. Carlos Arturo Pizarro Herrera al sustentar el dictamen pericial, ***“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.”***

Del estudio de la historia clínica puede desecharse cualquier responsabilidad respecto de la omisión en la práctica inmediata del trasplante de riñón, aún no

estaba ordenado por sus médicos tratantes; quedó probado que su práctica inmediata no era prioritaria teniendo en cuenta que la insuficiencia renal podía ser tratada o asistida mediante diálisis en tanto se agotaba el protocolo correspondiente, procedimiento que fue rechazado de manera expresa por la paciente.

Sobre la lista de espera para la realización del segundo trasplante, sustentó en audiencia el perito Nefrólogo Carlos Arturo Pizarro Herrera, ***“Dentro de la lista de espera todos los pacientes son iguales...adelanta la lista espera si el 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...”***; ¿MARÍA ROSALBA ÚSUGA ÚSUGA tenía algún criterio para que el trasplante se considerara como urgente? ***“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”***; el médico Luis Guillermo Toro Rendón en su declaración técnica expresó, ***“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”***; lo que coincide con lo expresado por el médico Jorge Enrique Henao Sierra, ***“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.”***

El disenso sustentado por los accionantes parte de las fallas administrativas en la gestión de autorización y realización del trasplante de riñón a MARÍA ROSALBA incluyendo argumentos referentes a la continuidad en la prestación del servicio dada la liquidación de la EPS CAFESALUD y la continuación de la afiliación por ante la EPS MEDIMÁS, pero absteniéndose de discutir sobre lo constatado en la historia clínica acerca de las

prescripciones médicas y la valoración efectuada por el Juez acerca de las declaraciones rendidas por peritos y testigos expertos, sin que fueran controvertidas o tachadas.

Saliendo del objeto de debate las afirmaciones y controversias sobre la falta de trasplante de riñón como constitutivo de la responsabilidad médica que se endilga, toda vez que no fue prescrito, ordenado ni dilatado por los médicos tratantes, quedando sin soporte los hechos atributivos de responsabilidad; por lo que se dirige el examen al reclamo sobre la indebida prestación del servicio de salud en sede de urgencias médicas por la CLÍNICA MEDELLÍN, pese a que en la sustentación de la apelación no se refirió cuál de las conclusiones del Juez de primera instancia carece de soporte probatorio o resulta indebida, inadecuada o fuera de contexto.

Sin embargo, como en el manejo de la urgencia médica acaeció el deceso de MARÍA ROSALBA, se procederá con el estudio de la causa de la muerte a efectos de determinar la incidencia causal de las omisiones referidas por la parte demandante desde la demanda.

Sobre la causa de la muerte de MARÍA ROSALBA ÚSUGA ÚSUGA el 25 de junio de 2018, quedó el registro por el médico en su historia clínica firmado por el Dr. Willinton 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.”***

Según indicó el médico perito Dr. Carlos Arturo Pizarro Herrera, ***“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.”

En concepto técnico emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal⁴, la causa de muerte “***es la enfermedad o trauma que desencadena una secuencia de eventos que termina en la muerte de una persona***”; la manera de muerte, “***es el factor causal que actúa sobre la persona para afectar su biología como consecuencia de acción extrínsecas al equilibrio biológico, es decir con lesiones traumáticas, o cómo la biología está afectada por un curso natural que depende del individuo y de su capacidad de respuesta ante las alteraciones inducidas por elementos biológicos tales como microorganismos. Una muerte deberá ser considerada entonces como violenta si es el resultado de una acción extrínseca una fuerza química o física, o ha de ser considerada como natural cuando se produce por alteraciones bioquímicas, inmunológicas, degenerativas, o infecciosas***”; los mecanismos fisiopatológicos de muerte, “***explican la muerte desde el punto de vista funcional***”; y los mecanismos físicos de lesiones, se aplican “***Cuando una muerte es consecuencia de un trauma cabe preguntarse cuál es el mecanismo físico o eventualmente químico de la producción de la misma.***”

De los documentos anexos al expediente puede verificarse que pese al diagnóstico de egreso de insuficiencia renal crónica, la causa básica de muerte plasmada fue diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, causa que “***actúa como la desencadenante de la secuencia de eventos, con el momento***

⁴ https://www.medicinalegal.gov.co/foro/-/message_boards/message/596641

en que cesan las funciones vitales y ocurre el deceso⁵”; se planteó por el perito médico el mecanismo fisiopatológico que explica la muerte desde el punto de vista funcional, *“la causa de la muerte es el hemotórax. Cuando llegó a la clínica Medellín la paciente requería diálisis. El catéter estaba científicamente indicado...se intentó hacer hemodiálisis...se produjo sangrado hacia el pulmón”*; lo que coincide con el concepto técnico del médico Nefrólogo Dr. Pizarro Herrera, *“Con base en lo revisado en la historia clínica, concluye que la causa de la muerte es la complicación en el cambio de catéter.”*

Así que, la secuencia técnica determina que MARÍA ROSALBA, paciente de enfermedad renal crónica acudió la CLÍNICA MEDELLÍN el 23 de junio de 2018, se plasmó en la historia clínica *“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”*

El 24 de junio de 2018 se registró, *“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*

⁵ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINAL LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DIVISIÓN DE TANATOLOGÍA FORENSE, MATERIAL CIENTÍFICO PATOLOGIA FORENSE Boletín N° 22 Bogotá, D.C., febrero de 2005,
<file:///D:/USUARIO/Descargas/MATERIAL%20CIENTI%CC%81FICO%20PATOLOGIA%20FORENSE%20I.pdf>

intervencionista...Se implanto catéter para diálisis, pero por disfunción del catéter no se ha podido hacer TRR (Terapia de Reemplazo Renal).”

El 25 de junio de 2018, “*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: Lllaman 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.”*

Como la causa de la muerte corresponde a una complicación de un proceso de afección gastrointestinal dada la enfermedad renal crónica que padecía la paciente, que estaba siendo atendida conforme el protocolo autorizado por la EPS para la preparación del trasplante; constándose la incidencia causal de la complicación, en la negligencia de la paciente en su tratamiento; el Dr. Jorge Enrique Henao Sierra expresó, *“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...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.”*

En este orden, se analizará si el mecanismo fisiopatológico de la muerte - instauración de catéter para hemodiálisis- que concretó la materialización de un riesgo inherente al procedimiento, fue efectuada con mala praxis médica que concluya la culpa probada conforme argumenta la parte recurrente.

Sobre el procedimiento que debe realizarse ante una urgencia dialítica y la necesidad de implantar catéter, el perito médico indicó, *“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...Cuando llegó a la Clínica Medellín,*

la paciente requería la diálisis...En la Clínica Medellín se intentó hacer hemodiálisis, 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.”

La colocación del catéter y su riesgo fue explicada por el Dr. Ramiro Correa Restrepo, ***“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...se realizó un cambio de catéter, era lo que se tenía que hacer, para poder hacer hemodiálisis tenía que poner el catéter, si el catéter no funciona tenía que quitárselo...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.”***

Obra en el expediente documento de ***“CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA PACIENTE ADULTO”*** suscrito por la demandante madre de MARÍA ROSALBA, manifestando autorizar al Dr. Ramiro Correa, quien ***“me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado a cerca de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos, en particular: sangrado- infección”*** para la “Revisión Catéter HD” el 25 de junio de 2018.

Según concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social el 6 de febrero de 2019, la Constitución Política de Colombia en los artículos 161, 182 193 y 204, consagran dentro de los derechos fundamentales, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de conciencia, de cultos y de información, derechos que soportan el consentimiento informado para la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. La Ley 23 de 1985, al referirse a las relaciones médico – paciente en los artículos 14, 15 y 18, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes tratamientos médico - quirúrgicos que se requieran, así:

“Artículo 14. – El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.”

“Artículo 156. - El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

“Artículo 167. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.”

“Artículo 188. – Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarla a sus familiares o allegados y al paciente

en los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales.”

(Subrayas propias de la Sala).

Quedando probado que el procedimiento para la práctica de la hemodiálisis prescrita a la paciente fue ajustado a la *lex artis* conforme criterios técnico-científicos; su realización implicaba un riesgo informado y consentido de sangrado e infección que se concretó generando el mecanismo fisiopatológico de la muerte por hemotorax, sin que ello pudiera ser atribuible a una omisión, negligencia o impericia médica.

La institución prestadora de salud y el médico que practicó la intervención estaban obligados a disponer de la pericia médica, de los mecanismos tecnológicos y científicos adecuados para la práctica del cateterismo; la implementación de los medios no fue cuestionada por los recurrentes; la materialización del riesgo asumido concretó el fallecimiento de MARÍA ROSALBA sin que obrara culpa de la CLÍNICA MEDELLÍN.

En consecuencia, no acreditada la culpa como presupuesto axiológico para la declaratoria de la responsabilidad civil médica, se CONFIRMARÁ la sentencia de primera instancia.

9. COSTAS

Sin lugar a condena en costas porque en providencia del 22 de abril de 2021 se concedió amparo de pobreza a la demandante vencida en juicio y de conformidad con lo prescrito en el 1 inciso artículo 154 del CGP.

DECISIÓN

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

FALLA

PRIMERO: Por las razones expuestas, se **CONFIRMA** la sentencia de la referencia.

SEGUNDO: Sin lugar a condena en costas por amparo de pobreza.

NOTIFÍQUESE POR ESTADOS Y ELECTRÓNICAMENTE.

LOS MAGISTRADOS



RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ



LUIS ENRIQUE GIL MARÍN



MARTHA CECILIA LEMA VILLADA