**S-2021**

**Proceso:** Verbal

**Demandantes:** Ofelia Monsalve Henao y otros

**Demandada:** Coomeva EPS S.A.

**Radicado:**  05001 31 03 **009 2009 00690** 01

**Asunto:** Confirma sentencia impugnada

**Tema:** Responsabilidad directa de las EPS en la prestación del servicio médico

**TRIBUNAL SUPERIOR**

**DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN**

**-SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL-**

Medellín, veintinueve (29) de septiembre del dos mil veintiuno (2021).

Decide el Tribunal, el recurso de apelación, frente a la sentencia de fecha 27 de marzo de 2015, mediante la cual, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Descongestión de Medellín dirimió la controversia en el proceso Verbal con pretensión declarativa de Responsabilidad Civil Médica, promovida por Ofelia del Carmen Monsalve Henao, Sigifredo, Luz Dary, Imerio Arcangel, Jorge Aristides, Luis Hernán de Jesús, William, Julio César, Jhon Fredy, Martha Yaneth y Carlos Mario Monsalve Monsalve, en contra de Coomeva EPS S.A. Labor jurisdiccional que se acomete en el siguiente orden.

**I. ANTECEDENTES**

**Pretensiones.** El día 22 de octubre de 2009, los actores precitados, por intermedio de apoderado judicial, demandaron a la EPS Coomeva S.A. para que, a través del proceso ordinario, se declare a la demandada civil y extracontractualmente responsable de los perjuicios ocasionados, a causa de la deficiente atención médica brindada a su pariente en dicha entidad, debiendo ser condenados, según la demanda, a pagar la suma de **$896.620.000** por perjuicios materiales y extra-patrimoniales a razón de perjuicios morales y daños a la vida de relación sufridos por cada uno de los demandantes.

**1. Fundamentos Fácticos.** Los hechos fundantes de sus pretensiones se sintetizan de la siguiente manera:

**1.1.** Que el pasado 22 de enero de 2007, el señor José Vicente Monsalve Monsalve consultó por urgencias del Hospital San Lorenzo de Liborina-Antioquia, por un fuerte dolor a nivel del muslo izquierdo de un día de evolución. Que una vez allí, al examen físico presentó presión arterial elevada, extremidades con signos de dolor radicular negativos, dolor en el tercio proximal del miembro inferior izquierdo, a la palpación se reproduce levemente dolor, aunque no queda calificado en la historia clínica. Con impresión diagnóstica de mialgia en estudio, trombosis profunda vs urolitiasis, se deja en observación y se solicitan paraclínicos, en tratamiento con metoclopramida, dipirona y ranitidina.

**1.2.** Que ese mismo día, el galeno tratante ordena la hospitalización del paciente y en coordinación con el Hospital de Santa Fe de Antioquia, se dispone un manejo escalonado del dolor con antinflamatorios no esteroides. Luego, opiáceos débiles, después fuertes y si no responde sedante, pues el cuadro no es claro, pero mientras se especifica el mismo.

**1.3.** Que, el Dr. Juan Rodríguez, internista del Hospital de Santa Fe de Antioquia, acepta la remisión del paciente para el 23 de enero de 2007 a las 8:00 a.m., por lo que en tal virtud, en la historia clínica aparece la anotación de que se llamó a Coomeva y se comenta situación del paciente, contestando Alexander Ocampo, quien entrega código de autorización de hospitalización 64381 y código de autorización de urgencias, traslado 64383, se remite paciente en ambulancia con auxiliar al Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia.

**1.4.** Que existe nota de enfermería de ese 23 de enero de 2007, donde se registra que el paciente se encuentra pálido, sudoroso, dolor en muslo y cadera izquierda. Durante todo ese día el paciente estuvo esperando la remisión a un hospital de tercer nivel, hasta que siendo las 10:35 p.m. aparece anotación sobre el fallecimiento del paciente “*y se informa a centro regulador COOMEVA y se dice que el paciente falleció y nunca hubo colaboración de parte de esta para la ubicación del paciente en algún centro referencia (unidad de cuidados especiales)”.*

**1.5.** La familia acusa sufrimiento moral y considera que dicho daño se dio por negligencia e imprudencia de la EPS accionada, los cuales generaron un daño inmaterial, en la modalidad de perjuicio moral, pero, además, aducen que se generó un daño material, ambos, estiman, deben ser indemnizados.

**2. Actuación procesal.** El Juzgado Noveno Civil del Circuito de Medellín admitió la demanda mediante auto del 15 de enero de 2010. La demandada fue notificada debidamente y, dentro del término del traslado, la EPS Coomeva contestó la demanda en los siguientes términos:

**2.1.** Reconoció que, a su través se atendió al paciente en las dependencias del Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, no obstante, hizo la salvedad que, como Entidad Prestadora de servicio en Salud, cumplió su obligación contractual al autorizar todos los estudios que requería el paciente, además, autorizó valoraciones y remisiones durante la evolución de su patología. Agregó que, al necesitar el paciente una remisión a un centro de alta complejidad, conforme el manejo del cuadro clínico del paciente, no solo era tramitar la posibilidad de dicha remisión, sino que la entidad receptora tuviera la disponibilidad de cama y recursos para su atención.

Advirtió, que se realizaron llamadas a múltiples centros de atención de alta complejidad y en todas esas instituciones no había disponibilidad para manejar el cuadro clínico del señor José Vicente Monsalve. Finalizó señalando, que no existe nexo causal entre los actos médicos y la imposibilidad de remisión del paciente, pues es una causa extraña, a modo de fuerza mayor, el hecho de que ninguna de las múltiples instituciones que fueron contactadas para su remisión, no tuviera la disponibilidad de camas para la atención del paciente.

Se opuso a las pretensiones de la demanda y, por ahí mismo, blandió las siguientes excepciones de mérito: **i)** Ausencia de responsabilidad de Coomeva EPS Cumplimiento de obligaciones legales; **ii)** falta de legitimación en la causa por pasiva; **iii)** ausencia de culpa; **iv)** inexistencia del nexo causal; **v)** excesiva cuantificación de los perjuicios morales; **vi)** falta de causa para pretender daño a la vida de relación por las víctimas indirectas y **vii)** falta de certeza de los perjuicios patrimoniales.

**2.2. Llamamiento en garantía.** En escrito separado, con fundamento en el contrato denominado *“…prestación de servicios de salud por evento Persona Jurídica- Régimen Contributivo n° EMO 05/042/136…”*, la entidad Coomeva EPS S.A. llamó en garantía a ESE Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia. Entidad esta última que se opuso a las pretensiones del llamamiento en garantía, manifestando que no le constaban las atenciones o los trámites realizados por el Hospital de Liborina Ant., a que se refieren los hechos de la demanda.

Formuló las excepciones que denominó: **i)** Inexistencia de causa jurídica; **ii)** inexistencia de falla en el servicio y, la llamada **iii)** genérica.

**3. De La sentencia de primera instancia**. Fenecido el trámite del proceso previsto en el C. de P. C., incluido el decreto de pruebas, el juzgado Cuarto Civil del Circuito de Descongestión de Medellín, a donde fue a parar el proceso en virtud de la implementación de las medidas de Descongestión por el Consejo Superior de la Judicatura, declaró no probadas las excepciones planteadas por la EPS demandada. En consecuencia, la halló responsable por los perjuicios causados a los demandantes, entre otras cosas, porque no constaba acción alguna por parte de la EPS tendiente a garantizar la prestación del servicio que el paciente en su estado de salud requería con urgencia, siendo esa una vital obligación a su cargo.

En efecto, luego de referirse a los presupuestos que integran los elementos de la responsabilidad civil médica y a la responsabilidad de las EPS en el marco de la ley 100 de 1993, ya pasó analizar propiamente el régimen de referencia y contra-referencia, el cual tenía como objetivo facilitar el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud para una atención oportuna y eficaz, encontrando entonces que en el hospital San Lorenzo, donde inicialmente fue atendido por urgencia el paciente, a través de su médico internista, quien decidió que lo mejor era remitirlo a tercer nivel para su atención y comienzan las notaciones informando la comunicación con los hospitales que por falta de disponibilidad de cama no reciben el paciente, por esto se comunican con el CRAU de Coomeva para que les ayudara a gestionar y lograr la remisión, sin resultado.

Seguidamente, concluyó el funcionario, con fundamento en la prueba pericial, que dada la urgencia presentada por el paciente, la atención oportuna y eficaz era fundamental para preservar su vida, por lo que la inoperancia de la EPS para la remisión al nivel III de complejidad fue determinante para su deceso, advirtiendo entonces, que resultaba evidente exigir a la demandada un comportamiento distinto, misma que fue notoriamente negligente para procurar al paciente el servicio de salud que su condición requería, ya que, frente a un adulto mayor de 78 años, que padece hipertensión, con cuadro médico de infarto y con prescripción del médico tratante, en cuanto al requerimiento de un cateterismo cardiaco urgente, obviamente era previsible que la falta del tratamiento debido, pusiera en riesgo la vida del paciente, como efectivamente ocurrió con un desenlace fatal para éste.

Encontró demostrados únicamente los perjuicios extrapatrimoniales, respecto de los hijos del occiso, y los tasó en la suma de 15 smlmv para cada uno de ellos; para la cónyuge, los tasó en la suma de 25 smlmv, aclarando que no se logró acreditar perjuicios a la vida de relación de ningún demandante, como tampoco el daño emergente alegado.

Finalmente, absolvió a la entidad hospitalaria llamada en garantía, San Juan de Dios, ello, en razón a que el contrato de prestación de servicios de salud por evento Persona Jurídica- Régimen Contributivo n° EMO 05/042/136, excluía la responsabilidad solidaria que le asistía a la contratista en relación con los beneficiarios del servicio de salud objeto del contrato, aclarando que no fue en esa prestación del servicio donde se vio comprometida la vida del señor José Vicente Monsalve Monsalve.

**4. Del recurso de apelación.** Las EPS demandada impugnó la sentencia. Su inconformidad radicó principalmente en que no era la EPS Coomeva la jurídicamente obligada a intentar, ni mucho menos logar, la remisión de los pacientes, en eventos donde se necesite un nivel superior, pues es la IPS quien debe encargarse de ello.

Que tanto la IPS como EPS, se dieron a la tarea de buscar la remisión del paciente con múltiples instituciones, pero ello no fue posible, debido al impedimento de las entidades receptoras de atender nuevos pacientes en su momento, ya que se encontraba copada su disponibilidad de camas en las unidades de cuidados especiales para la atención eficaz de los mismos, tornándose el punto en una causa extraña que rompía el nexo de causalidad entre el fallecimiento del paciente y la conducta de la entidad hospitalaria. Conforme a ello, en sentir del impugnante, quedaba demostrada la máxima diligencia con la que actuaron las entidades demandadas, además, que debía recordarse el principio según el cual, nadie está obligado a lo imposible.

Finalizó señalando que olvidó el *a quo*, la gravedad del padecimiento del señor José Vicente Monsalve Monsalve, mismo que tiene una muy elevada tasa de mortalidad, aún en los eventos en que la atención sea brindada en los lugares más idóneos para ello, tal y como se refiere el dictamen pericial.

Pasa ahora el Tribunal a resolver de fondo el recurso contra la sentencia, para lo cual hace un recuento breve sobre los lineamientos necesarios para que se configure la responsabilidad demandada, para así poder concluir si la figura está presente o no en el caso bajo cuerda.

**II. CONSIDERACIONES**

**1. Presupuestos procesales.** Cumplidos como se encuentran los presupuestos procesales y, atendido a que la apelación fue interpuesta en tiempo, así como que el recurso fue bien concedido y admitido, se estima que la Sala ha adquirido competencia para despachar el presente asunto en segunda instancia.

**2. Sobre el procedimiento.** Conviene advertir de manera preliminar que con la entrada en vigencia del C. G. del P., se le dio paso a la aplicación de una ultractividad excepcional a las normas derogadas del Código de Procedimiento Civil, en cuanto a las actuaciones y diligencias ya iniciadas -art. 625-, por tal razón, como cuando el C. G. del P. entró en vigencia, ya se había interpuesto el recurso de apelación el 14 de abril de 2015, contra la sentencia que puso fin a la primera instancia, notificada por edicto del 13 de abril de esa anualidad, es por lo que éste se rige por el C. de P. C., en lo que tiene que ver con la resolución de mérito del mismo.

Antes de resolver el recurso, veamos algunas breves consideraciones sobre el instituto jurídico en cuestión.

**3. Responsabilidad de las EPS.** En la prestación del servicio médico ofrecido por el SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSS) intervienen, entre otros: **Las EPS** que *“…son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.”*

Específicamente, están obligadas, según el artículo 178 de la ley 100 de 1993 a: ***3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional (…) 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.***

Además, según el artículo 156 ib., están obligadas a: *“…e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno*.

**3.1.** Puntual normativa que también le es inherente a las susodichas Entidades, lo constituye el Decreto 1485 de 1994. Éste, regulando la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, y más específicamente la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, en su artículo segundo, literal D, establece que: “*Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones: Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.”*

Así mismo, debe resaltarse lo que el Decreto 2174 de 1996, en su artículo 6to prescribe, taxativamente en torno a la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud: “…*Las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen, y los prestadores de servicios de salud son responsables de la Calidad de la atención en salud de su población afiliada y usuaria, en el marco de las obligaciones que les asigna la ley; sin perjuicio de las responsabilidades propias de los demás integrantes del sistema”.*

**3.2.** Ya en lo tocante con la responsabilidad directa de las EPS, cabe citar la casación del 22 de julio de 2010, en cuanto precisó que:

*“En tratándose* ***de la responsabilidad directa*** *de las referidas instituciones, con ocasión del cumplimiento del acto médico en sentido estricto, es necesario puntualizar que ellas se verán comprometidas cuando lo ejecutan mediante sus órganos, dependientes, subordinados o, en general, mediando la intervención de médicos que, dada la naturaleza jurídica de la relación que los vincule, las comprometa. En ese orden de ideas, los centros clínicos u hospitalarios incurrirán en responsabilidad en tanto y cuanto se demuestre que los profesionales a ellas vinculados incurrieron en culpa en el diagnóstico, en el tratamiento o en la intervención quirúrgica. Por supuesto que, si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras).”.*

**3.3.** Dichas consideraciones, quedaron igualmente plantadas en el pronunciamiento que hizo la Corte Suprema de Justicia[[1]](#footnote-1) en reciente sentencia donde realizó un juicioso análisis de la responsabilidad sistémica de las personas jurídicas, para concluir que, en los casos de responsabilidad médica, las EPS responde como si la falla del servicio médico hubiera sido obra suya. Destáquese de aquella providencia lo siguiente:

*“Se ha afirmado líneas arriba que la atribución de un daño a un sujeto como obra suya va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas.*

*Uno de esos deberes es el que la Ley 100 de 1993 les asigna a las empresas promotoras de salud, cuya «función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (…)». (Art. 177)*

*Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones, las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.*

*Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.”*

**3.4.** Por lo tanto, las EPS son responsables por cualquier incumplimiento de su deber de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, sin que importe para ello si lo prestan directamente o por intermedio de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que hacen parte de su red de servicios o de profesionales de la medicina vinculados a estas. En consecuencia, si la deficiente prestación del servicio de salud causa daño al paciente o a sus familiares, la EPS está obligada a indemnizarlo.

**4.** **El caso concreto y su solución.** En este punto neurálgico, veamos de una vez, si la EPS demandada cumplió con las obligaciones que la *lex artis* y los protocolos *Ad-Hoc* de la rama de la cardiología, imponían para tratar al paciente José Vicente Monsalve Monsalve, según la condición clínica que presentaba.

Para el efecto, la Sala observa que el material probatorio recaudado es suficiente para que, acompañado de conocimientos básicos de anatomía y encontrando significado a las anotaciones insertas en la historia clínica aportada al proceso, así como el concepto médico emitido por la Especialista en Cardiología, Clara Inés Saldarriaga Giraldo, se pueda dilucidar el punto examinado:

**4.1.** Bien,los hechos por los que el señor Monsalve Monsalve consultó por urgencias en el Hospital San Lorenzo, ubicado en el Municipio de Liborina-Antoquia, datan del 22 de enero de 2007, fecha en que aparece la siguiente nota de enfermería ***“…paciente de 78 años, quien refiere dolor en el muslo izquierdo desde hace dos días, el cual se ha ido intensificando…”***allí, luego de varios exámenes de imagenología, se deja en observación por espacio de 6 horas, en cuyo interregno se opta por la hospitalización del paciente, ante el dolor persistente y que iba en aumento. Seguidamente, se aprecia en el historial clínico ***“…paciente procedente de urgencias donde estaba desde las 9:15 a.m es ingresado con DX de TVP (trombosis venosa profunda), paciente angustiado, pálido, frío, sudoroso ha iniciado todo el tratamiento en urgencias, pero aún no mejora…”*** *(cfr. fl. 18 cdpal).*

Esa primera atención reveló un mal pronóstico cardiovascular, lo cual hizo mandatoria la atención por la rama de la *cardiología*, a donde se ordenó la remisión del paciente para interconsulta, según se lee en esas observaciones obrantes en el historial clínico, pues, en el transcurso del día 22 de enero, cuando aún estaba siendo atendido intrahospitalariamente, en la institución San Lorenzo, el paciente sufrió varios desmayos y ni siquiera era capaz de caminar al baño por sus propios medios. (cfr. fl. 18 vto), además, el patrón de dolor había irradiado todo el miembro inferior izquierdo, con diagnóstico sugerido de TVS *trombosis venosa profunda.*

**4.2.** La primera gestión administrativa, la realizó la IPS San Lorenzo, que contactó a la ESE San Juan de Dios del Municipio de Santa Fé de Antioquia, a donde fue remitido el paciente siendo las 7:50 a.m del 23 de enero de 2007, buscando una atención compatible con sus patologías cardiovasculares, de ahí la anotación de enfermería que advierte ***“…sale en ambulancia remitido para Santa Fe de Antioquia acompañado por auxiliar de enfermería y familiares…”.***Una vez ingresó el paciente, siendo las 10:00 am, fue atendido de forma inmediata, se canalizó y se le mantuvo la presión continuamente monitoreada, además, se le extrajeron muestras de sangre para exámenes de laboratorio, y se ordenó su remisión ante la progresividad de sus patologías de mialgia y urolitiasis: *“…se sangró para exámenes de laboratorio p/resultados,* ***p/ remisión al III nivel****…” (cfr. fl. 28 cd.ppal)* Siendo las 19:00 la constante en las notaciones de enfermería a lo largo del día, refieren a un paciente, consciente, pero pálido y sudoroso, con ayuda de 02 por ventury al 50%, canalizado, el cual *“****continúa pendiente remisión a III nivel****…”,* (cfr. fl. 28 vto).

**4.3.** En efecto, la trombosis venosa profunda asociada a una mialgia con dolor irradiado y urolitiasis, fueron los hallazgos principales en las interconsultas del señor José Vicente Monsalve Monsalve y, según lo ratificó la perito, eran enfermedades severas para la humanidad de aquel, siendo estas sus palabras al respecto: ***“…cuando un paciente refiere dolor lacerante e irradiado en todo el miembro inferior izquierdo y calor local, se debe sospechar que existe un coágulo que está obstruyendo el sistema venoso de la pierna, esto no necesariamente indica deterioro de los órganos vitales…Según los diagnósticos que encuentro en la historia clínica: la trombosis venosa profunda cuando no se trata a tiempo puede ocasionar una embolia pulmonar que puede causar hipertensión pulmonar en el futuro o la muerte. El infarto sin elevación del ST puede causar una insuficiencia cardiaca en el futuro o causar la muerte si no se trata a tiempo*** *(cfr. fl. 33-35 cd. 6).*

**4.4.** La anterior es una patología **clínicamente** **tratable**, así lo indica la misma experta, quien fue clara y aterrizada en su lenguaje como mujer de ciencia, en señalar cuál era el **PROTOCOLO DE ATENCIÓN** en estos casos: *“…al paciente se le realizó el electrocardiograma y las enzimas cardiacas que eran los exámenes que estaban disponibles en el Hospital de Segundo Nivel,* ***el cateterismo cardiaco es necesario******en los pacientes con infarto sin elevación ST que se encuentran con inestabilidad hemodinámica o eléctrica*** *(****presión baja o arritmias como la que presentó el paciente****) y* ***se debe realizar de forma urgente para preservar la vida del paciente****, sin embargo este recurso solo está disponible en los hospitales que cuentan con servicios de cardiología intervencionista (hospitales de 3 y 4 de complejidad) (…) Ya se aclaró que el hospital de Santa Fe de Antioquia no cuenta con la posibilidad de realizar cateterismo cardiaco pues no cuenta con servicios de cardiología intervencionista…” (cfr. fl. 48 cd. 6).*

**4.5.** Ahora bien, una vez conocidas las patologías por cuales el señor José Vicente Monsalve Monsalve consultó por urgencias de la Unidad Hospitalaria San Lorenzo, entidad que, a su vez, dada la gravedad y progresividad de las mismas, lo remitió a las instalaciones del Hospital San Juan de Dios, en procura del auxilio médico especializado en cardiología, son evidencias que a no dudarlo, sugerían una situación de apremio que conllevaba una **URGENCIA MEDICA**, según la experta, de aquellas que se hacen necesarias *“…****para preservar la vida del paciente…”.*** No obstante, al reevaluarse cronológicamente los actos médicos vertidos en la historia clínica, la Sala observa que en **realidad la urgencia médica nunca fue atendida por la EPS Coomeva S.A., en los términos establecidos por la ciencia médica**, para el tipo de patología que presentaba el paciente, Veamos por qué:

**5.** Miradas las cosas desde el punto de vista de la afiliación del señor Monsalve Monsalve y los términos contractuales que lo unían con su EPS Coomeva, debe hacerse énfasis en que, dada la severidad de la patología sufrida por aquel y el plan de atención previsto en la ciencia médica para su tratamiento, requería la intervención de un cardiólogo intervencionista que le realizara un **cateterismo cardiaco** que es *“…un procedimiento complejo e invasivo que consiste en la introducción de unos catéteres que se llevan hasta el corazón para valorar la anatomía del mismo y de las arterias coronarias, así como para ver la función del corazón (cuánta sangre bombea), medir presiones de las cavidades cardiacas e, incluso, saber si hay alguna válvula alterada. Además, permite ver si existen defectos congénitos (de nacimiento), como comunicaciones (orificios) en el tabique auricular o ventricular, medir concentraciones de oxígeno en diferentes partes del corazón y obtener muestras de tejido cardiaco (biopsia) para el diagnóstico de ciertas enfermedades…”.[[2]](#footnote-2)* Los médicos que lo valoraron, coinciden en ordenar la remisión a un hospital de III nivel donde podría acceder a ese servicio, según se vio en el historial clínico, así, durante el transcurso del día de ese 23 de enero, estuvo esperando ser remitido por orden directa de medicina interna. Por consiguiente, cualquier excusa de orden administrativo, para la no práctica de ese plan de atención ordenado, sencillamente no es de recibo **porque estaba en juego salvar la vida del paciente**.

**5.1.** El argumento de la EPS recurrente, en cuanto que la IPS es la encarga de lograr la remisión de los pacientes en eventos donde necesite un nivel superior, para el Tribunal resulta infundado, pretendiendo la demandada distraer la atención que debe prestársele al plexo obligacional contractual asumido por la EPS Coomeva para con el señor José Vicente Monsalve, además, pone en evidencia un hecho cierto, también destacado por el funcionario de primera instancia, en cuanto que, en la realidad, fue la IPS la única entidad que gestionó la remisión del paciente hasta que ocurrió su deceso.

**5.2.** En efecto, se observa claramente que a las 10:15 am la entidad Hospitalaria San Juan de Dios, comenzó la gestión administrativa para lograr la remisión del paciente a una clínica de III nivel, trámite que quedó consignado en el historial clínico así: *“…se llama a San Vicente de Paúl, Dr. Jorge Cano confirma que no hay disponibilidad…” a las 10:30 a.m. “…Se llama al Pablo Tobón, se habla con Leidy Salazar y confirma no camas, Clínica Bolivariana Dra. Vanegas confirma no hay hemodinamia; en clínica Medellín, Milena Echeverri confirma no camas; en Clínica Cardiovascular María Upegui, confirma no camas; se llama a Clínica el Rosario y Ocampo confirma no disponibilidad; se llama al CRAU de COOMEVA y se habla con Carlota y confirma que nos comunica cuando esté ubicado…”* (cfr. fl. 29).

**5.3.** Pero, en designio de la vinculación legal o contractual con Coomeva EPS, conforme el artículo 178.3.6 de la ley 100 de 1993 ya citados, la atención **no solo consistía en estabilizarlo**, sino en observar todas las conductas médicas que estuvieren a su alcance para sortear esa urgencia médica y luego proseguir con los tratamientos médicos que fueren de su alcance o, según el caso, **direccionarlo a la institución que correspondiera su atención definitiva.**

**5.4.** La fuerza vinculante de esta obligación, repele cualquier esfuerzo argumentativo del censor, dirigido a que se analice la presencia de una causa extraña, merced a que las entidades receptoras tenían copada su disponibilidad de camas en las Unidades de Cuidados Especiales, pues, **en primer lugar**, si bien en un principio se contestó por parte de la Clínica Cardiovascular, que no había camas disponibles, dicha negativa, se dio siendo las 10:30 a.m. de ese 23 de enero de 2007, por lo que la unidad Hospitalaria San Juan de Dios, quedó a la espera de una nueva confirmación en el transcurrir del día, por parte de la señora Carlota Vargas encargada del Centro Regulador de Atención de Urgencias Hospitalarias de la entidad Coomeva -CRAU-, esta última entidad, según su Fundador consiste en un centro que atiende llamadas de las instituciones hospitalarias y funciona *“…cuando teniendo al paciente en sus instalaciones, con el recurso humano y técnico a disposición, pero por falta de cama, se llama al centro regulador para solicitar la remisión a otra institución…”* (cfr. fl. 1 vto. cd. 7), según consta entonces en el historial clínico: *“…se habla con Carlota Vargas, y confirma que el fax que enviamos nosotros a la Clínica Cardiovascular para posible remisión* ***y nos están confirmando cuando lo ubiquen…”*** *(cfr..fl 29).,* pues, ocurre que para las 10:35 p.m., hora en que ocurrió el fatal desenlace, realmente no había llegado ninguna confirmación o negativa por parte del citado Centro Regulador.

Siendo las 9:08 p.m. el mismo médico Jorge Luis Rueda decide comunicarse a la EPS y deja la siguiente anotación: *“…se llama a COOMEVA se comenta con Diana Flórez quien* ***pide mandar la papelería,*** *pero a la cardiovascular al tel. 4424875. Se manda la papelería…”* 12 minutos más tarde, siendo las 9:20 p.m. se anota por el mentado galeno *“…se le comenta a Diana Flórez que la papelería se mandó, favor comunicarse para definir remisión…” (cfr. fl. 29 vto. cd. ppal).* Como se dijo, una hora más tarde, siendo las 10:35 p.m., viene la anotación sobre el fallecimiento del paciente por haber entrado en ritmo ventricular y rápidamente en paro cardiaco *“…se informa a centro regulador COOMEVA y se le dice que el paciente falleció y nunca hubo colaboración por parte de esta para ubicación del paciente en algún centro referencia (Unidad de Cuidados Especiales)…”*

**5.5.** Para la sala es claro que, mientras el paciente se agravaba, en el sentido que presentaba un claro cuadro progresivo de deterioro coronario, ya que el dolor iba aumentando y se irradiaba en todo el miembro inferior, con aumento de calor local, sudoroso, frío, pálido, con desmayos y, ante todo, un grave pronóstico cardiovascular, mientras en entretanto el Centro Regulador de Atención de Urgencias Hospitalarias de la entidad Coomeva se excusaba de su remisión, dizque apenas solicitando papelería para ubicar al paciente en una unidad de cuidados especiales de la ciudad, sin que el proceso sepa a ciencia cierta y de mano de la propia EPS demandada, cuál fue la causa del por qué no lo remitieron y por qué no ordenó de inmediato el diligenciamiento del formato preestablecido de remisión de pacientes SIS412.

**5.6. En segundo lugar**, debe indicarse que, argumentativamente la EPS recurrente se une al Hospital San Juan de Dios para que la Sala del Tribunal, observe que, en verdad, se comunicó con las Clínicas Receptoras de tercer nivel, gestionando la remisión del paciente, pero, lo cierto es que la gestión fue directamente del Hospital San Juan de Dios y, por eso, ahí no se agotaba el deber de aquella Promotora de Salud, para con el señor José Vicente Monsalve Monsalve, desconociéndose, entonces, **las gestiones** **realizadas directamente**, para empezar, ni siquiera existe prueba si informó a la totalidad de **Redes Prestadoras de Servicios de Salud local**, con referencia de tercer nivel de esta ciudad, como el Hospital General de Medellín y, en caso de obtener una respuesta negativa, que no la hay, debió hacer uso de la **Red Hospitalaria Regional o Nacional**, como el mismo fundador del Centro Regulador de Atención de Urgencias Hospitalarias de la entidad Coomeva lo menciona: *“…****No solo el CRAU remite a Medellín, sino que, en ocasiones ha remitido a Rionegro, a la Clínica Somer de Rionegro y ahora, en una negociación que se está haciendo con el HSVP de Rionegro, se podrían remitir pacientes allá****…”* más adelante agregó: ***“…no sé por qué no se hizo solicitud a otras regiones del país para buscar la cama hospitalaria…”*** *(cfr. fl. 2 cd. 7).* Acorde a lo anterior, mal podría hallarse acreditada entonces una causa extraña, siendo que la exigencia de papelería es el único material probatorio que tiene la EPS para fundamentarla.

**5.7.** Iterase, se estaba ante una urgencia y las discusiones de tipo administrativo debían ceder el paso ante la necesidad de la práctica del cateterismo y toda la atención requerida en la especialidad de la cardiología intervencionista, a no dudarlo y, dado el tiempo transcurrido en la evolución comprobada de la patología, se hacía más que evidente la urgencia de su tratamiento, pero la actividad de la EPS se centró en exigir papelería y dejar a la espera a la entidad hospitalaria sobre la ubicación del paciente.

**5.7.1.** En este punto, importa referir un aparte de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil proferida el 8 de agosto de 2011 con ponencia del Magistrado doctor PEDRO OCTAVIO MUNAR CADENA:

*“…El tratamiento consiste, en un sentido amplio, en la actividad del médico, enderezada a curar, atemperar o mitigar la enfermedad padecida por el paciente (tratamiento terapéutico), o a preservar directa o indirectamente su salud (cuando asume un carácter preventivo o profiláctico), o a mejorar su aspecto estético. "*

*“... el tratamiento asume un fin eminentemente curativo, entendido este no solo en el sentido de sanar al paciente, sino, también, dependiendo de las circunstancias del caso, el de impedir el agravamiento del mal, o el de hacerlo más llevadero, o mejorar sus condiciones de vida e, incluso, en el caso de enfermos terminales, mitigar sus padecimientos."*

*"****Por último, el tratamiento debe comenzar a la brevedad que las circunstancias lo reclamen, tanto más en cuanto su eficacia dependa de la prontitud con la que actúe sobre la persona****",*

**5.8.** Es inaceptable, por decir lo menos, el argumento del recurrente, dirigido a señalar que la gravedad del padecimiento del señor José Vicente Monsalve Monsalve, tiene una muy elevada tasa de mortalidad aún en los eventos en que la atención sea brindada en los lugares más idóneos para ello, sugiriendo con ello, que el tratamiento ordenado era inútil para salvar la vida del paciente, debido a la mortalidad de su diagnóstico. Pero, debe hacer énfasis esta Sala del Tribunal, en que, por más grave y avanzada que se muestre la patología, incluso, así sea de aquellos pacientes, cuya enfermedad se encuentre en fase terminal, la LEX ARTIS y las leyes de la nación colombiana privilegian el principio universal y el valor de la DIGNIDAD HUMANA, de donde surge que todo paciente -sin importar el penoso estado de salud en que se halle-, tiene derecho a que las Entidades Prestadoras del Servicio de Salud hagan todo lo que esté a su alcance, esto es, que pongan todo su empeño y la diligencia necesaria para la consecución de los elementos y servicios prescritos por el médico tratante, al menos como una oportunidad de vida, misma que aquí se ve cómo pudo quedar frustrada por la tardanza y desidia de la EPS, máxime cuando se observa que fue la propia institución nosocomial, la que ordenó la remisión urgente a Cardiología, protocolo de atención reafirmado por la experta cardióloga que rindió el dictamen en este proceso, quien determinó la posibilidad de estabilizar al paciente, de haberse dado su oportuna remisión a la especialidad de cardiología intervencionista a un hospital de nivel III que prestara ese servicio, gestión que la EPS no cumplió satisfactoriamente.

**5.8.1.** Riñe entonces ese planteamento del recurrente, con un objetivo primario perseguido por el Sistema de Seguridad Social Integral, que promulga que todas las autoridades prestatarias del servicio de salud, están obligadas a proporcionar todo cuanto sea necesario para garantizar la dignidad humana. En palabras de nuestra Honorable Corte Suprema de Justicia:

*“Manifiesta el recurrente que "la clínica no enfermó al paciente" y que la causa de la muerte no fue la culpa de la demandada sino la grave enfermedad que aquel padecía, que era de naturaleza mortal, por lo que así hubiere sido operado, no se podía asegurar que se salvaría. Juzga la Corte que ésta no es una razón valedera para tratar de evadir la responsabilidad por el proceder negligente de la demandada,* ***pues así la enfermedad fuera tomada como extrema, si existía una escasa posibilidad de curación o por lo menos mejorar la calidad de vida, era obligación de la institución de salud otorgar al enfermo todos los tratamientos posibles, acordes con el alto valor de la dignidad humana;*** *y aunque no puede asegurarse que la operación le habría salvado vida,* ***la ley protege a quien acude a instituciones como las demandadas para ser atendido según sus necesidades, y si el servicio se niega deben ellas responder por su negligencia y descuido, pues el paciente tiene derecho al menos a la oportunidad que a todos brinda el avance de la ciencia.***

*Suficientemente averiguado se halla en la doctrina y la jurisprudencia que en estos casos las instituciones y los galenos* ***están obligados a poner a disposición del enfermo todos los medios a su alcance, toda su actividad, su conocimiento, lo mejor de su ciencia y de su infraestructura, así el resultado sea imprevisible.***

*Por eso, no es de recibo para la Corte la afirmación del casacionista que por tratarse de una enfermedad casi terminal, "así el médico no se hubiere equivocado, el paciente habría fallecido",* ***porque esta es una hipótesis no verificable, además que, se reitera, era un derecho que tenía Edgar Rodríguez a que se le protegiera la vida por parte de una entidad que no puede abdicar de su misión consistente en la protección de la salud y la vida humana[[3]](#footnote-3)***

**5.9.** De ahí que la falta de gestión de la remisión del paciente, configure un actuar irresponsable, negligente, indolente e injustificado de COOMEVA EPS, por lo penoso, difícil y angustiante que resultó el infructuoso paso del tiempo ya subrayado, en detrimento de la condición clínica que el señor José Monsalve presentaba, pese al diagnóstico y a la orden de tratamiento urgente por cardiología emitidos por los galenos tratantes, que debía ser oportuno, adecuado y eficiente, con miras a que se lograra la recuperación del paciente, o por lo menos, disponer su inmediata remisión a otro centro médico por fuera de la ciudad u otra conducta en forma tal, en donde la prisa para lograr la práctica del procedimiento de cateterismo cardiaco, fuera el común denominador, pues se trataba de una urgencia médica y no era insoslayable el grave peligro que se cernía sobre la vida del paciente.

**6. Conclusión.** Sirvan entonces las anteriores precisiones jurídicas para advertir, que la EPS sí está llamada a responder como percutora del daño; además, debe recordársele, que la ley 23 de 1981, en el artículo 5º, numeral 4, dispone que la relación médico-paciente se cumple *“…por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública…”*, regla que de inmediato debe conectarse con el desarrollo y cumplimiento del contrato de afiliación entre el paciente y la EPS, como en este caso, que en desarrollo del contrato de prestación de servicios médicos entre Coomeva EPS S.A. y el señor José Vicente Monsalve Monsalve, aquélla cumplía sus obligaciones a través de la red de prestadores de servicios de salud. Por ello se concluye su responsabilidad, acorde con los artículos 153, 156 y 178 de la ley 100 de 1993 y el artículo 2 del decreto 1485 de 1994, fin que jamás se alcanzó.

De suerte que los argumentos ofrecidos por la EPS demandada, no tienen los ribetes necesarios para enervar su responsabilidad y por ello se ratifica la misma y, en tales términos, se confirmará la sentencia acusada.

**7.** No saliendo avante las súplicas del recurso se condenará en costas a la parte apelante, fijándose agencias en derecho dentro de éste proveído judicial, en favor de todas las partes que integran la parte activa, en la suma de **$3'000.000.** La liquidación de costas se hará en forma concentrada ante la secretaría del Juzgado de primera instancia como lo dispone el CGP.

En mérito de lo expuesto, la ***SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN***, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

**III. FALLA**

**PRIMERO: SE CONFIRMA** el fallo proferido por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Descongestión de Medellín (Antioquia), el pasado veintisiete (27) de marzo de 2015, dentro de la presente acción ordinaria, de conformidad con las consideraciones en que está sustentada esta providencia.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas por el trámite de segunda instancia a la parte demandada recurrente, en favor de **todos** los demandantes. Para dicho efecto, se fijan como agencias en derecho la suma de **$3.000.000.00,** conforme al acuerdo 1887 de 2003, modificado por el acuerdo 2222 de 2003 expedido por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

**TERCERO:** Cumplida la ritualidad secretarial de rigor, devuélvase el expediente al Juzgado de origen

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, DEVUÉLVASE Y CÚMPLASE,**



**JULIAN VALENCIA CASTAÑO**

**Magistrado**



**PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA**

**Magistrada**

****

**JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO**

**Magistrado**

1. CSJ el 30 de septiembre del 2016, M. P. Ariel Salazar, -radicado SC13925-2016- [↑](#footnote-ref-1)
2. Revista Fundación Española de Corazón. Cateterismo cardiaco y Coronografía. Escrito avalado por Dr. Pablo Jorge Pérez. Coordinador Grupo de Trabajo RCP de la Sociedad Española de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitariode Canarias.[https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodos diagnosticos / cateterismo-cardiaco.html](https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodos%20diagnosticos%20/%20cateterismo-cardiaco.html) [↑](#footnote-ref-2)
3. CSJ- SALA DE CASACIÓN CIVIL – M. P. DR. Edgardo Villamil Portilla - Bogotá D. C., veintidós de marzo de dos mil siete - Ref.: Exp. No. 05001-3103-000-1997-5125-01. [↑](#footnote-ref-3)