

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**RAMA JUDICIAL**



**TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI**  
**SALA DE DECISIÓN CIVIL**

**MAGISTRADO PONENTE**  
**JOSÉ DAVID CORREDOR ESPITIA**

Santiago de Cali, veintiocho de enero de dos mil veinticinco.

Aprobado en acta de Sala Virtual de la misma fecha.

**RESUÉLVESE** el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en contra de la sentencia proferida por el **JUZGADO 10 CIVIL DEL CIRCUITO**, dentro del proceso verbal de responsabilidad médica, adelantado por **OLGA PATRICIA, CLEMENCIA y ALICIA FRANCO GALVIS, SANTIAGO FERNANDO FRANCO GALVIS, JAIRO FERNANDO PINZÓN FRANCO, DAVID FERNANDO y DANIELLA GUTIERREZ FRANCO, FANNY STELLA FRANCO CANO y MARIA CAMILA LONDOÑO CANO**, en contra de **COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. “COOMEVA EPS. S.A.”, CLINICA FARALLONES S.A.**, y los llamados en garantía **ALLIANZ SEGUROS S.A., CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., y COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. – “CONFIANZA”**.

**I. ANTECEDENTES**

Mediante auto del 23 de enero de 2020, se admitió la demanda de la referencia, a través de la cual la parte actora solicitó declarar la responsabilidad médica de Coomeva Eps y la Clínica Farallones S.A., por los errores médicos cometidos en la atención brindada a la señora Clemencia Galvis de Franco, con relación a su patología de fibrosis pulmonar.

Como consecuencia de lo anterior, solicitó el reconocimiento y pago de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales sufridos por la familia de la fallecida, reclamando indemnización por perjuicios morales y afectación a la vida de relación para las hijas, nietos y bisnieta de la señora Galvis. Adicionalmente, solicitó el reconocimiento de un perjuicio autónomo por la pérdida de oportunidad, en caso de no determinarse una relación directa entre los errores médicos y el fallecimiento de la paciente. Lo anterior, se sustenta en los

siguientes supuestos fácticos:

### **1.1. Hechos.**

Dijo la parte demandante a través de apoderado judicial, que en octubre de 2011 la señora Clemencia Galvis acudió a urgencias en la Clínica Farallones, donde le realizaron un angiotac que reveló la presencia de bulas enfisematosas y un engrosamiento pleural periapical, indicativos de una enfermedad pulmonar, sin embargo, no se llevaron a cabo estudios adicionales ni se implementó un plan de manejo adecuado para esta condición.

Posteriormente, el 12 de enero de 2014, la señora Clemencia ingresó nuevamente a urgencias con síntomas de mareos y palpitaciones, siendo diagnosticada con fibrilación auricular, por lo que se le prescribió amiodarona (400 mg/día), un medicamento antiarrítmico conocido por su potencial de causar fibrosis pulmonar, especialmente en pacientes con antecedentes pulmonares como los de la señora Clemencia; sin embargo, a pesar de detectar en ese momento otras anomalías pulmonares, como cardiomegalia y cefalización del flujo pulmonar, no se realizaron investigaciones adicionales ni se consideraron alternativas terapéuticas, así como tampoco la señora Clemencia ni su familia fueron informados de los riesgos asociados con el uso de amiodarona, y no se obtuvo el consentimiento informado necesario.

Entre enero y marzo de 2014, la paciente comenzó a recibir warfarina, un anticoagulante necesario para prevenir complicaciones relacionadas con la fibrilación auricular. No obstante, los controles necesarios para ajustar su dosis no se realizaron de manera adecuada, por lo que, como resultado, el 28 de marzo de 2014, la señora Clemencia ingresó nuevamente a urgencias con dificultad respiratoria severa y fue diagnosticada con sobreanticoagulación y fibrosis pulmonar, esta última confirmada mediante tomografía.

Por lo anterior, fue hospitalizada en esa ocasión, y el 2 de abril de 2014, el médico internista Henry Astudillo Vásquez suspendió la administración de amiodarona al considerar que esta agravaba el proceso fibrótico.

Días después, el neumólogo Ricardo Mosquera confirmó el diagnóstico de fibrosis pulmonar y señaló que esta pudo haber sido inducida por el uso de la amiodarona; sin embargo, el tratamiento instaurado con prednisolona (15 mg diarios) fue insuficiente, ya que, según los estándares médicos, condiciones graves como la fibrosis pulmonar requieren dosis mucho más altas de esteroides, alcanzando hasta 100 mg diarios.

El 9 de abril de 2014, la señora Clemencia fue dada de alta con oxígeno domiciliario, reflejando un deterioro significativo en su calidad de vida, y el 8 de mayo de 2014, la paciente volvió a urgencias por un episodio severo de dificultad respiratoria, siendo intubada y colocada en ventilación mecánica, pero debido a la falta de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica Farallones, se dispuso su traslado a otra clínica en una ambulancia básica, a pesar de su estado crítico, por lo que durante el traslado, sufrió un paro cardiorrespiratorio y fue devuelta a la Clínica Farallones donde falleció el 9 de mayo de 2014.

En este contexto, los demandantes señalaron que ni la señora Galvis ni su familia fueron informados adecuadamente sobre los riesgos asociados con el tratamiento con amiodarona, las alternativas terapéuticas existentes, los riesgos del uso de warfarina, ni la importancia de realizar controles regulares para evitar complicaciones como la sobreanticoagulación, omisiones que según los demandantes, vulneraron el derecho de la paciente a participar en decisiones fundamentales sobre su tratamiento.

## **II. POSICIÓN DE LA PARTE DEMANDADA.**

### **Clínica Farallones S.A.**

La Clínica Farallones argumentó en su contestación que toda la atención prestada a la señora Clemencia Galvis de Franco se realizó conforme a los estándares médicos establecidos y bajo el principio de *lex artis*, resaltando que el ingreso de la paciente a su institución fue por una emergencia derivada de una fibrilación auricular, una condición crítica que ponía en riesgo su vida, y que las decisiones médicas adoptadas, como la administración de amiodarona, se ajustaron a las necesidades del momento, y según los registros y protocolos, este medicamento es ampliamente reconocido y utilizado en cardiología para el control de arritmias, y en el caso concreto, no se evidenció contraindicación alguna que limitara su uso inicial.

Además, subrayaron que la suspensión de la amiodarona, una vez identificada una posible complicación pulmonar, fue una medida prudente y ajustada al estado clínico de la paciente, lo cual refleja que la institución siguió un enfoque proactivo y cuidadoso en el manejo de las posibles complicaciones derivadas del tratamiento inicial, destacando que al momento de la suspensión, la paciente ya presentaba antecedentes pulmonares significativos como tabaquismo severo y exposición prolongada al humo de leña, factores que constituyen las principales

causas de la fibrosis pulmonar y que, según los peritajes, tuvieron un papel determinante en el deterioro de su salud.

Indicaron que la dosis de prednisolona (15 mg/día) prescrita a la paciente, se ajustó a sus características particulares, como su avanzada edad y múltiples comorbilidades, incluyendo demencia senil y cardiopatía.

Finalmente, resaltaron que la atención brindada fue integral y humanizada, garantizando en todo momento el bienestar de la paciente dentro de las limitaciones propias de su condición clínica, rechazando categóricamente cualquier imputación de negligencia, al señalar que no existen pruebas concluyentes en el expediente que vinculen sus actuaciones médicas con el desenlace fatal.

#### **Coomeva EPS S.A.**

Fundamentó su posición indicando que su función como EPS consiste en garantizar la prestación de los servicios de salud a través de las instituciones prestadoras (IPS) contratadas, y en este caso, la Clínica Farallones fue la encargada de atender a la señora Clemencia Galvis, y cualquier responsabilidad en la ejecución de los servicios médicos recaería sobre esta última, enfatizando que no es su labor ejecutar directamente los servicios de salud, sino coordinar y supervisar que estos se brinden conforme a los estándares de calidad exigidos por la normativa.

Argumentaron que la atención brindada a la paciente por parte de la Clínica Farallones cumplió con los requisitos establecidos, incluyendo la administración del medicamento amiodarona como medida inicial para controlar la fibrilación auricular, y que las decisiones relacionadas con el manejo posterior de su salud fueron responsabilidad directa de la IPS, señalando además, que no hay elementos en el proceso que permitan concluir que existió una falla en la supervisión o que la EPS omitió alguna acción que pudiera haber alterado el desenlace clínico de la paciente.

Respecto a la imputación de responsabilidad solidaria, Coomeva explicó que no existe evidencia probatoria que justifique tal vinculación, pues no se probó un nexo causal entre sus acciones como EPS y los daños alegados por la parte demandante.

Asimismo, destacaron que cualquier defecto en la prestación del servicio médico por parte de la IPS, de existir, debería ser imputado exclusivamente a esta última, ya que el rol de Coomeva se limita a la organización y administración de los recursos del sistema de salud.

### **Allianz Seguros S.A.**

Su posición se centró en resaltar los términos de la cobertura ofrecida bajo la póliza de responsabilidad civil suscrita con la Clínica Farallones, explicando que su rol como aseguradora no implica responsabilidad directa en la prestación del servicio médico, sino que su intervención está supeditada a la demostración de una falla por parte de los asegurados, y en este caso, no se demostró negligencia médica ni incumplimiento de los estándares de atención por parte de la Clínica Farallones, lo que excluye la activación de la cobertura.

Adicionalmente, Allianz subrayó que las decisiones clínicas relacionadas con la atención de la paciente, como la prescripción de amiodarona y la administración de prednisolona, fueron adecuadas según los peritajes y no pueden ser consideradas negligentes, sin que se probara un vínculo causal entre las actuaciones de la Clínica y el fallecimiento de la paciente, incluso, las complicaciones pulmonares observadas en la paciente eran atribuibles principalmente a sus antecedentes médicos, como tabaquismo y exposición al humo de leña, y no a las decisiones médicas tomadas durante su atención.

Finalmente, sostuvo que cualquier reclamación contra ellos depende de la prueba de que la Clínica Farallones haya incurrido en una conducta culposa o negligente, lo que no ocurrió en este caso, por lo que concluyeron que no hay lugar a imputarles responsabilidad económica alguna.

### **Chubb Seguros S.A.**

Argumentó que su póliza de responsabilidad civil profesional únicamente cubre eventos en los que se acredite una falla imputable al asegurado, en este caso la Clínica Farallones, y de acuerdo con los documentos y peritajes del proceso, no existen pruebas que demuestren negligencia médica ni incumplimiento de los estándares de atención en el tratamiento de la señora Clemencia Galvis, resaltando que la prescripción de amiodarona y su posterior suspensión, así como la administración de prednisolona, fueron decisiones clínicas acordes con las características de la paciente y la evolución de su estado de salud.

También destacó que no se acreditó que el medicamento amiodarona fuera la causa directa de la fibrosis pulmonar de la paciente, y mucho menos que las decisiones médicas tomadas durante su atención fueran contrarias a la *lex artis*, subrayando que el manejo clínico de la paciente fue consistente con los antecedentes médicos que esta presentaba, incluidos factores como el tabaquismo crónico y la exposición al humo de leña, los cuales son reconocidos como las principales causas de fibrosis pulmonar.

Por último, sostuvo que, al no haberse probado responsabilidad médica, no hay lugar a la activación de la póliza de seguro y, por ende, a una imputación económica en su contra, aunado a que las reclamaciones de la parte demandante carecen de soporte probatorio suficiente para justificar una condena.

### **Confianza S.A.**

Enfatizó que su póliza de seguro únicamente responde en situaciones donde se pruebe una responsabilidad directa por parte de los asegurados, en este caso, al no demostrarse que la Clínica Farallones o Coomeva EPS hayan incurrido en una falla en la prestación del servicio, no existe fundamento para activar la cobertura, resaltando que cualquier reclamación bajo la póliza está condicionada a la existencia de elementos probatorios que vinculen la conducta de los asegurados con el daño alegado, algo que no ocurrió en este proceso.

También señaló que, de acuerdo con los documentos aportados, las decisiones médicas relacionadas con la paciente, como la administración de amiodarona y prednisolona, se ajustaron a los estándares médicos y fueron respaldadas por peritajes técnicos, además, subrayaron que los factores de riesgo preexistentes de la paciente, como el tabaquismo y la exposición al humo de leña, fueron determinantes en el desarrollo de su enfermedad pulmonar, sin que pueda atribuirse negligencia a las instituciones que la atendieron.

En conclusión, Confianza S.A. negó cualquier responsabilidad económica en este caso, argumentando que no se cumplieron las condiciones para activar la póliza de seguro, ya que no se demostró negligencia ni un nexo causal directo entre las acciones de los asegurados y el daño reclamado.

### III. SENTENCIA RECURRIDA

Mediante la sentencia combatida la juez de primera instancia decidió negar las pretensiones de la demanda de responsabilidad civil médica presentada por los familiares de la señora Clemencia Galvis, al considerar que no se acreditaron los elementos esenciales para establecer la responsabilidad de las entidades demandadas, ya que las decisiones médicas tomadas estuvieron ajustadas a la *lex artis*, y no se probó un nexo causal entre las actuaciones médicas y el fallecimiento de la paciente.

En primer lugar, la juez concluyó que la prescripción inicial de amiodarona en el contexto de urgencia fue adecuada y salvó la vida de la paciente, medicamento ampliamente aceptado en cardiología, al ser considerado el más apropiado para controlar la fibrilación auricular que enfrentaba la señora Galvis, considerando sus comorbilidades y la interacción con otros medicamentos, por tanto, la falta de consentimiento informado en este caso no constituyó una falla.

Respecto a la toxicidad pulmonar alegada por los demandantes, determinó que no existían pruebas concluyentes para vincular el uso de la amiodarona con la fibrosis pulmonar, y los peritajes indicaron que la duración del tratamiento fue breve, la dosis administrada estaba dentro de los parámetros seguros, y que las principales causas del deterioro pulmonar eran el tabaquismo severo y la exposición al humo de leña, factores reconocidos como desencadenantes de enfermedades pulmonares crónicas, al paso que no se presentaron estudios diagnósticos como biopsias, que confirmaran la relación causal entre el medicamento y el daño alegado.

En cuanto a la dosis de prednisolona (15 mg/día) utilizada para tratar la fibrosis pulmonar, la juez respaldó su adecuación considerando las múltiples comorbilidades de la paciente, teniendo en cuenta, además, que los peritajes concluyeron que una dosis más alta habría incrementado significativamente el riesgo de efectos adversos sin garantizar un cambio significativo en el curso de la enfermedad, y sin que se hubieran aportado pruebas científicas que demostraran que una dosis mayor habría sido más efectiva.

En relación con el seguimiento de las enfermedades pulmonares, la juez concluyó que los médicos actuaron diligentemente al realizar remisiones a especialistas, ordenar tomografías y realizar controles de coagulación, pues aunque los demandantes señalaron la falta de seguimiento, no se probó que

esta supuesta omisión fuera determinante en el desenlace fatal, y las complicaciones pulmonares de la paciente se atribuyeron a factores subyacentes más que a fallas médicas.

Finalmente, enfatizó que no se acreditaron el acto dañoso, la culpa o dolo, el daño ni el nexo causal, elementos indispensables para configurar la responsabilidad civil médica. Las decisiones terapéuticas fueron justificadas, y las complicaciones pulmonares se atribuyeron a factores externos.

#### **IV. RECURSO DE APELACIÓN.**

Inconforme con lo decidido, el apoderado judicial de la parte demandante interpuso recurso de apelación en el cual indicó los reparos concretos y realizó la sustentación ante esta instancia judicial.

##### **3.1. REPAROS Y ESCRITO DE SUSTENTACIÓN DE LA PARTE DEMANDANTE.**

###### **Falta de consentimiento informado.**

Dijo el recurrente que ni la señora Clemencia Galvis ni su familia fueron informados de los riesgos asociados al uso de amiodarona, un medicamento conocido por su potencial toxicidad pulmonar, ni se les ofrecieron alternativas terapéuticas, omisión que incumple con las disposiciones de la Ley 23 de 1981 (artículos 15 y 16), que obliga a los médicos a advertir sobre los riesgos de los tratamientos y obtener el consentimiento informado del paciente.

Lo anterior por cuanto, aunque la amiodarona fue inicialmente prescrita en una situación de emergencia para tratar la fibrilación auricular, los demandantes subrayan que, una vez estabilizada la paciente y trasladada al manejo ambulatorio, existía tiempo suficiente para informar sobre los riesgos y alternativas del tratamiento, lo cual habría permitido a la familia tomar una decisión informada sobre el manejo de la enfermedad, de allí que, la falta de consentimiento informado, privó a la señora Galvis y a sus allegados de la posibilidad de valorar los riesgos y optar por otras alternativas terapéuticas menos riesgosas.

###### **Evidencia de toxicidad pulmonar.**

Enfatiza el recurrente que existe evidencia suficiente para concluir que la señora Clemencia Galvis desarrolló toxicidad pulmonar por amiodarona, un efecto adverso documentado en la literatura médica con una incidencia de 10-15% y una tasa de mortalidad en 1% de los casos.

Añadió que durante la hospitalización en marzo de 2014, el Dr. Henry Astudillo Vásquez decidió suspender el medicamento debido a un aumento en la fibrosis pulmonar, lo que confirma que los médicos tratantes consideraron la amiodarona como un factor agravante, además, el neumólogo Dr. Ricardo Mosquera Chonillo, quien evaluó a la paciente en abril de 2014, planteó como hipótesis la posibilidad de una enfermedad pulmonar intersticial relacionada con este medicamento.

Criticó que, a pesar de esa evidencia, la sentencia de primera instancia desestimó el vínculo entre el uso de amiodarona y la fibrosis pulmonar, lo cual consideraron como un error grave en la valoración de las pruebas presentadas.

#### **Falta de seguimiento y manejo adecuado de la enfermedad pulmonar.**

El recurso destaca que desde el diagnóstico inicial de bulas enfisematosas y engrosamiento pleural en 2011, los médicos tratantes no realizaron un seguimiento adecuado de las condiciones pulmonares de la paciente, lo que incrementó el riesgo de complicaciones.

En enero de 2014, al prescribir amiodarona, los médicos tampoco evaluaron el estado pulmonar de la señora Galvis, a pesar de sus antecedentes de tabaquismo y de enfermedad pulmonar diagnosticada previamente, calificando esa omisión como una falla en el deber de cuidado, ya que la paciente era un caso de alto riesgo para desarrollar toxicidad pulmonar, falta de manejo adecuado y preventivo que contribuyó significativamente al deterioro progresivo de su salud.

#### **Uso de dosis inadecuadas de prednisolona.**

En marzo de 2014, tras el diagnóstico de fibrosis pulmonar, se inició tratamiento con prednisolona a una dosis de 15 mg diarios, según los demandantes, esta dosis era insuficiente y no correspondía a las recomendaciones médicas para tratar eficazmente esta condición, que varían entre 30 y 100 mg diarios, dependiendo del peso del paciente, de allí que el uso de una dosis

subterapéutica, argumentan, no logró controlar la progresión de la fibrosis pulmonar, reflejando un manejo clínico negligente, situación que no fue analizada en la sentencia de primera instancia adecuadamente, a pesar de la evidencia presentada en el expediente.

#### **Falta de análisis en la sentencia de primera instancia.**

El recurso critica que la sentencia de primera instancia ignoró aspectos esenciales como la falta de consentimiento informado, las omisiones en el manejo y seguimiento de las enfermedades pulmonares, y el uso de dosis inadecuadas de medicamentos, pues según la parte actora, la Juez no valoró correctamente las pruebas documentales, testimoniales y periciales que evidenciaban múltiples fallas en la atención médica, omisiones que fueron determinantes para establecer la responsabilidad médica de las entidades demandadas en la progresión de la enfermedad pulmonar y el fallecimiento de la señora Galvis.

#### **4.2. RÉPLICA DE LA PARTE DEMANDADA.**

En síntesis, la Clínica Farallones S.A. y Allianz Seguros S.A., en sus respectivas réplicas, defendieron la atención médica brindada a la señora Clemencia Galvis de Franco y solicitan la confirmación de la sentencia de primera instancia, la cual los absolvió de responsabilidad. Ambas partes coincidieron en que el tratamiento administrado fue adecuado y conforme a los estándares médicos aplicables, argumentando que no se demostró una relación causal entre los procedimientos médicos realizados y el fallecimiento de la paciente.

Por su parte, la **Clínica Farallones** sostuvo que la paciente ingresó en un estado crítico debido a una fibrilación auricular severa que ponía en riesgo su vida, y ante esa emergencia, se prescribió amiodarona, un medicamento considerado adecuado para estabilizarla en ese momento.

Argumentó que el uso del medicamento fue prioritario para garantizar la supervivencia de la paciente, y que dada la urgencia de la situación, no era viable obtener un consentimiento informado detallado, resaltando que el tratamiento inicial permitió estabilizar a la señora Galvis y que esta fue remitida posteriormente para seguimiento cardiológico.

En suma, defendió la inexistencia de prueba que demostrara que el uso de

amiodarona ocasionó fibrosis pulmonar o contribuyó a su fallecimiento, señalando que las condiciones pulmonares preexistentes de la paciente podrían estar relacionadas con otros factores, como la exposición prolongada al humo de leña.

De otro lado, **Allianz Seguros** como entidad llamada en garantía, argumentó que no hubo negligencia ni falla en la atención médica brindada, resaltando que los peritajes médicos realizados concluyeron que el uso de amiodarona fue limitado y en dosis moderadas, por lo que era improbable que ese medicamento hubiera causado daño pulmonar, además, las condiciones pulmonares de la paciente eran preexistentes y atribuibles a otros factores.

Por ese mismo sendero, agregó que no existe evidencia que demuestre que la dosis de prednisolona administrada (15 mg/día) fuera insuficiente o que una dosis mayor habría cambiado el desenlace y, por esa vía, criticó el recurso de apelación presentado por los demandantes, por considerarlo carente de sustentación técnica adecuada, limitándose a enunciados generales sin aportar pruebas o análisis sólidos que justifiquen la revocatoria de la sentencia de primera instancia.

Finalmente, ambas partes subrayaron que los procedimientos realizados se ajustaron a las necesidades clínicas de la paciente y a las circunstancias específicas de urgencia que enfrentaba, insistiendo en que no se logró demostrar un nexo causal entre los tratamientos instaurados y el fallecimiento de la señora Galvis.

## **V. CONSIDERACIONES.**

### **4.1. Presupuestos procesales.**

Analizada la actuación se cumple con los presupuestos procesales como son, competencia, capacidad para ser parte, capacidad procesal y demanda en forma, toda vez que, esta Corporación es competente para resolver el recurso, las partes son capaces, se encuentran debidamente representadas por apoderado judicial y no se observa vicio alguno que pueda generar nulidad, por lo que se decidirá de mérito.

### **4.2. Legitimación en la causa.**

Respecto de la legitimación en la causa, sabido es que es una cuestión propia

del derecho sustancial y no del procesal, “*en cuanto concierne con una de las condiciones de prosperidad de la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de este*”<sup>1</sup>.

En el caso *sub examine* no cabe duda al respecto, ya que las partes se encuentran legitimadas para actuar. Por activa, atendiendo que el núcleo familiar de la víctima es quien reclama por la presunta falla en la prestación del servicio médico; y por pasiva, para controvertir los hechos y pretensiones de la demanda, Coomeva Eps S.A. y la Clínica Farallones S.A., habida cuenta que fueron quienes prodigaron las atenciones médicas objeto de queja en este proceso, así como los llamados en garantía Allianz Seguros S.A., Chubb Seguros de Colombia S.A., y Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. “Confianza”.

De otra parte, es de observar que impone el Art. 320 del Código General del Proceso, que la apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, y sustentados en debida forma ante este, para que se revoque o reforme la decisión, siendo legitimado para interponerla la parte a la que haya sido desfavorable. En este caso, recurrió la parte demandante a quien se le negó totalmente las pretensiones de la demanda, quien oportunamente presentó sustentación de sus reparos en esta instancia, motivo por lo que a ellos en concreto deberá limitarse la Sala al resolver.

#### **4.3. Problema Jurídico.**

De conformidad con la prueba recaudada, los reparos concretos y su réplica, el problema jurídico que ha de considerar la Sala se contrae a determinar: i) si hubo falta de consentimiento informado sobre los riesgos y alternativas del tratamiento con amiodarona; ii) si existió un vínculo causal entre la amiodarona y la fibrosis pulmonar de la paciente; iii) si fue insuficiente el seguimiento médico de las enfermedades pulmonares previas de la paciente; iv) si la dosis de prednisolona prescrita fue inadecuada para tratar la fibrosis pulmonar y; v) si omitió la

---

<sup>1</sup> Ver sentencia del 14 de marzo de 2002 Exp. 6139. M.P. Jorge Antonio Castillo Rugeles «la legitimación en causa, esto es, el interés directo, legítimo y actual del “*titular de una determinada relación o estado jurídicos*” (U. Rocco, Tratado de derecho procesal civil, T. I, Parte general, 2a reimpresión, Temis-Depalma, Bogotá, Buenos Aires, 1983, pp. 360), es cuestión propia del derecho sustancial, atañe a la pretensión y es un presupuesto o condición para su prosperidad. Por tal motivo, el juzgador debe verificar la legitimatio ad causam con independencia de la actividad de las partes y sujetos procesales al constituir una exigencia de la sentencia estimatoria o desestimatoria, según quien pretende y /rente a quien se reclama el derecho sea o no su titular...» CSJ SC de 1º de jul. de 2008, Rad. 2001-06291-01, reiterada SC2768-2019 de 25 de jul. de 2019, rad. 2010-00205-03).

sentencia de primera instancia analizar adecuadamente las pruebas del caso.

#### **4.4. Marco normativo y jurisprudencial.**

La responsabilidad médica describe un escenario en donde prevalecen los mismos elementos de toda acción resarcitoria y, por supuesto, cuando se ha infligido daño a una persona, surge el deber de indemnizar. Los agentes de la salud o establecimientos hospitalarios no están exentos, entonces, de ser llamados a responsabilizarse del detrimento generado. Desde luego, igual que acontece en los otros eventos donde se dan las circunstancias para reconocer perjuicios, cuando en desarrollo de actividades vinculadas a la sanidad de los pacientes, ya sea por negligencia o impericia, se les afecta negativamente en su salud, surge, de manera simultánea, el compromiso del agente dañino de enmendar el daño ocasionado, siempre y cuando se acrediten los restantes elementos de la responsabilidad.

En tal sentido, el artículo 2341 del Código Civil establece que: *“El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido”*.

A su turno, La Ley 23 de 1981 regulatoria de las normas de ética médica, señala en el artículo 5° lo siguiente: *“La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos; (...) 4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.”*

De la misma forma, debe decirse que se encuentra comprometida la responsabilidad de las instituciones que concurren al cumplimiento del acto médico, de conformidad con lo establecido en el artículo 159 de la Ley 100 de 1993, cuando prevé que: *“se garantiza a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos: 1. La atención de los servicios del plan obligatorio de salud del artículo 162 por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas”*.

Sobre los elementos de la responsabilidad en materia médica, la Corte Suprema de Justicia ha señalado que:

*“(...) se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera*

*otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, **que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor**, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.”<sup>2</sup> (Negrita y subrayado fuera del texto original).*

Así pues, para que pueda declararse la responsabilidad de un profesional de la salud, al demandante le corresponde demostrar, en línea de principio: **i)** el daño, entendido como todo detrimento o menoscabo sufrido por la víctima, **ii)** el comportamiento culpable del facultativo en cumplimiento de su obligación; **iii)** el nexo causal; y finalmente, **iv)** el fundamento o deber de reparar, este último entendido como la razón que habilita a desplazar esa situación nociva al patrimonio del autor del daño para que sea reparado.

En cuanto a la atribución de la responsabilidad médica, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha sido consecuente en señalar que, por criterio general, sólo será indemnizable el perjuicio que se origine en un acto médico precedido de culpa.

En tal sentido, precisó, ya refiriéndose en particular a las reglas aplicables en materia de prueba del factor subjetivo de atribución de la responsabilidad médica 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*

---

<sup>2</sup> CSJ SC, Sentencia del 30 de enero de 2001. Exp. 5507

*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).*

*Lo anterior permite resaltar que para el juzgamiento de los profesionales de la ciencia médica en el ámbito de la “responsabilidad civil”, por regla general, ha de tomarse en cuenta la “responsabilidad subjetiva” basada en la culpa o negligencia, constituyendo la “lex artis” parámetro preponderante para su determinación, en armonía con los deberes médicos.”<sup>3</sup>*

#### **4.5. CASO CONCRETO.**

**4.5.1.** Abordando el caso objeto de estudio, la señora Clemencia Galvis de Franco, paciente de 79 años con antecedentes de tabaquismo y contacto con humo de leña<sup>4</sup>, acorde con la historia clínica aportada<sup>5</sup>, el 12 de enero de 2014, ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Farallones a las 17:24 p.m. debido a mareos y palpitations, donde fue diagnosticada con fibrilación auricular<sup>6</sup> y tratada con amiodarona (200 mg/día)<sup>7</sup>, atención en la que también se le prescribió warfarina como anticoagulante, iniciándose un esquema con heparina subcutánea como medida de transición y ordenando controles de tiempo de protrombina (PT) e INR a los tres y cinco días posteriores al inicio del tratamiento.

En esta fecha, se le realizó una remisión a cardiología para valoración especializada, orden que incluyó la realización de un ecocardiograma transtorácico como parte del seguimiento cardiovascular, además de controles de INR (International Normalized Ratio) para ajustar el manejo de la anticoagulación con warfarina, remisión relacionada con el manejo inicial de su arritmia y la prevención de complicaciones tromboembólicas.

Posteriormente, el 28 de marzo de 2014, la paciente acudió nuevamente al servicio de urgencias por dificultad respiratoria severa, siendo hospitalizada en esa misma fecha, y diagnosticada con sobreanticoagulación y fibrosis pulmonar, confirmada mediante tomografía, por lo que, como parte del tratamiento, se

---

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Ref.: 76001-3103-002-1999-01502-01. Bogotá, D.C., treinta (30) de noviembre de dos mil once (2011). M.P. Arturo Solarte Rodríguez

<sup>4</sup> Ver entre otras, historia clínica del 28 de marzo de 2014, donde se consignó “*exfumadora, contacto por años con humo de leña, pero sin dx previo conocido ni detallado de enfermedad pulmonar*”

<sup>5</sup> Obrante a folios 0001Expediente Digitalizado.pdf

<sup>6</sup> Acorde con el perito médico Rubén Darío de León, la fibrilación auricular es una arritmia cardíaca caracterizada por contracciones desordenadas y caóticas de las aurículas, lo que provoca que no se bombee adecuadamente la sangre hacia los ventrículos, trastorno que puede conllevar a la formación de coágulos en la aurícula, los cuales pueden desplazarse a través de la circulación sanguínea, incrementando el riesgo de accidentes cerebrovasculares y otros eventos isquémicos graves.

<sup>7</sup> Actúa como un antiarrítmico, estabilizando el ritmo cardíaco.

suspendieron la warfarina y la amiodarona; además, se le administró Vitamina K (1 ampolla intravenosa) para revertir la sobreanticoagulación, y se le ordenaron controles de tiempos de coagulación a las 12 horas posteriores.

En esta fecha se ordenó interconsulta con neumología debido al diagnóstico de fibrosis pulmonar confirmado mediante tomografía, remisión que incluyó la recomendación de realizar una TACAR (Tomografía de Alta Resolución) de tórax y una espirometría para evaluar la función pulmonar, además de programar un control ambulatorio con el neumólogo dentro de un mes, indicaciones orientadas al manejo especializado de la insuficiencia respiratoria crónica y las complicaciones pulmonares asociadas.

Durante la hospitalización, el 2 de abril de 2014, el Dr. Henry Astudillo Vásquez suspendió definitivamente la amiodarona por el diagnóstico de fibrosis pulmonar y prescribió prednisolona (15 mg diarios), administrándole oxígeno suplementario para manejo de la insuficiencia respiratoria. Las notas de enfermería consignadas en la Historia Clínica reflejan seguimiento de parámetros vitales y la administración de medicamentos, y el 9 de abril de 2014, tras una mejoría parcial, la paciente fue dada de alta de la clínica con indicaciones de oxígeno domiciliario y seguimiento ambulatorio.

El 8 de mayo de 2014, ingresó nuevamente al servicio de urgencias con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a fibrosis pulmonar, por lo que fue intubada y conectada a ventilación mecánica como parte de su estabilización clínica, sin embargo, debido a la falta de camas disponibles en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica Farallones, se ordenó su traslado a la UCI de la Clínica del Rosario, documentando en las notas de enfermería su estado crítico y los procedimientos realizados para estabilizarla antes del traslado.

Finalmente, el 9 de mayo de 2014, durante el traslado en una ambulancia a la Clínica del Rosario, la paciente sufrió un paro cardiorrespiratorio, por lo que fue regresada a la Clínica Farallones, donde se confirmó su fallecimiento por motivo de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a fibrosis pulmonar.

Con relación a estas atenciones médicas y frente a las pruebas periciales y testimonial técnica practicadas, depusieron en juicio los médicos Rubén Darío de León González (perito del extremo demandante), Fernando Rodríguez Bayona y Heyler Lozada Ramos (peritos de la Clínica Farallones), y Carlos

Alberto Victoria Carvajal (testigo técnico), quienes informaron:

El médico internista Carlos Alberto Victoria Carvajal, quien atendió a la paciente el 12 de enero de 2014 en la Clínica Farallones, explicó que la prescripción de amiodarona fue adecuada conforme al cuadro clínico presentado, indicando que se dieron instrucciones claras para su seguimiento, y que en el servicio de urgencias no se aplicaba el consentimiento informado de la misma manera que en procedimientos electivos, dado que la prioridad era preservar la vida.

El testigo señaló que atendió a la paciente solo en esa ocasión, cuando ingresó por una fibrilación auricular, teniendo antecedentes de demencia vascular senil, enfisema pulmonar y falla cardíaca, condiciones asociadas a su historial de tabaquismo prolongado, precisando que la fibrilación auricular detectada comprometía el flujo sanguíneo al ventrículo y representaba un riesgo inminente de muerte súbita o ACV isquémico, por lo que se le inició tratamiento con amiodarona y warfarina, resaltando que la dosis prescrita de 200 mg era baja y no tóxica.

Así mismo, destacó que la paciente fue dada de alta con órdenes médicas claras, incluyendo una valoración prioritaria por cardiología y un ecocardiograma dimensional, pero no volvió a tener contacto con ella después de su egreso, afirmando que el antecedente de tabaquismo no contraindicaba la amiodarona y que la fibrosis pulmonar desarrollada posteriormente no podía atribuirse directamente al fármaco, considerando que la principal causa de dicha condición era el tabaquismo.

Resaltó que la fibrosis pulmonar inducida por amiodarona es reversible una vez suspendido el medicamento, lo cual no ocurrió en el caso de la paciente, sugiriendo que la causa de su deterioro pulmonar obedece a sus antecedentes de tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Finalmente, el médico reiteró que la amiodarona no fue la causa determinante del fallecimiento de la paciente, pues su estado clínico previo y la evolución de sus comorbilidades explicaban la progresión de su enfermedad, señalando que la clínica actuó diligentemente al retirar el medicamento como medida preventiva tras la sospecha de fibrosis, sin que se hubiera demostrado su relación causal con certeza.

Por su parte, el perito traído a juicio por la Clínica Farallones, Fernando

Rodríguez Bayona, bacteriólogo, médico general y especialista en medicina interna, indicó que en el año 2014 la paciente presentó fibrilación auricular y una posible fibrosis pulmonar secundaria al uso de amiodarona, aclarando que, aunque la resolución de uso del INVIMA vigente hasta 2015 no incluía la fibrosis pulmonar como contraindicación, la comunidad médica conocía esta complicación por la literatura científica.

Explicó que los médicos internistas tienen la formación suficiente para formular y manejar la amiodarona, destacando un estudio global<sup>8</sup> que muestra que la incidencia de toxicidad pulmonar en mujeres es baja y depende de la dosis y el tiempo de administración, con una tasa de 1.74 casos por cada 10,000 pacientes con más de 12 meses de seguimiento.

Indicó que la única forma de confirmar la fibrosis pulmonar inducida por amiodarona era mediante lavado broncoalveolar y microfotografía de electrones, procedimientos que no se realizaron en la paciente, reiterando que los efectos pulmonares dependen del tiempo de exposición, generalmente apareciendo alteraciones pleurales después de un año de uso.

Afirmó que la paciente recibió entre 200 y 400 mg diarios, una dosis segura según la literatura médica, y que su condición pulmonar podría explicarse por sus antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y tabaquismo crónico, sin necesidad de atribuirlo directamente a la amiodarona, al paso que confirmó que la paciente recibió control cardiológico con ajustes en la medicación, incluyendo modificaciones en los betabloqueadores debido a su condición pulmonar.

El perito defendió que no hubo negligencia médica en la formulación de la amiodarona, explicando que no era obligatorio obtener un consentimiento informado escrito para su prescripción, ya que los médicos brindan información verbal sobre los efectos adversos de los fármacos.

Respecto a la progresión de la enfermedad pulmonar de la paciente, reiteró que su deterioro era atribuible a su EPOC y tabaquismo, destacando que la suspensión de la amiodarona y la administración de prednisolona fueron medidas adecuadas ante la sospecha de toxicidad pulmonar, aunque no se pudo confirmar el diagnóstico con certeza.

---

<sup>8</sup> Population – Level Incidence and Risk Factors for Pulmonary Toxicity Associated with Amiodarone

Finalmente, señaló que la paciente no recibió un tratamiento antiarrítmico alternativo inmediatamente después de la suspensión del fármaco, ya que era necesario evaluar su evolución clínica; que la atención médica fue adecuada basada en un juicio clínico correcto fundamentado en evidencia científica, y que la progresión de la enfermedad pulmonar no podía atribuirse exclusivamente a la amiodarona.

El perito Heiler Lozada Ramos, médico general e internista con formación en cuidado intensivo y epidemiología clínica, sostuvo que la paciente recibió una dosis de 200 mg de amiodarona, la cual estaba por debajo del umbral de riesgo establecido en la literatura médica, que indica un aumento significativo del riesgo de fibrosis pulmonar solo cuando se superan los 500 mg diarios, mientras que a dosis menores de 300 mg el riesgo es mínimo.

Explicó que la toxicidad pulmonar por amiodarona depende de la dosis y el tiempo de uso, con un riesgo estimado entre 1.5% y 2%, enfatizando que la paciente no presentó síntomas respiratorios al momento de su ingreso, por lo que la indicación del medicamento era adecuada y sin contraindicaciones clínicas.

Señaló que la amiodarona era la mejor opción terapéutica para la fibrilación auricular en comparación con otros antiarrítmicos, como los betabloqueadores, que podrían agravar la condición pulmonar de la paciente, afirmando que su uso en situaciones de urgencia, como la presentada en enero de 2014, era el tratamiento de elección, resaltando su experiencia personal con este medicamento en unidades de cuidados intensivos.

En relación con la suspensión del medicamento en marzo de 2014, indicó que los médicos actuaron conforme a su juicio clínico, aunque, en su criterio, habría continuado con el tratamiento, ya que los efectos pulmonares adversos suelen manifestarse entre seis y doce meses después del inicio del medicamento, lo que hacía poco probable que los síntomas de la paciente en ese momento fueran atribuibles a la amiodarona.

Respecto a la presunta relación entre la fibrosis pulmonar y la muerte de la paciente, afirmó que, desde una perspectiva epidemiológica, es difícil establecer una causalidad directa, destacando que el tabaquismo crónico constituía un factor de riesgo mucho más relevante.

Finalmente, concluyó que los médicos internistas están capacitados para manejar la amiodarona sin necesidad de consulta inmediata con cardiólogos o neumólogos, especialmente en situaciones de urgencia, defendiendo que el manejo médico brindado a la paciente fue adecuado y que recibió un seguimiento oportuno por parte de cardiología.

En contraposición el perito de la parte actora, Rubén Darío de León González, médico internista y nefrólogo, explicó que la amiodarona, utilizada para tratar la fibrilación auricular de la paciente, es un antiarrítmico de clase 3 con potenciales reacciones adversas en diversos sistemas, incluyendo el pulmonar, donde puede causar fibrosis pulmonar, una condición progresiva que afecta la función respiratoria.

Señaló que la paciente tenía factores de riesgo significativos, como EPOC y edad avanzada, que aumentaban la probabilidad de desarrollar fibrosis inducida por amiodarona, pues según el perito, el riesgo de esta complicación es del 4.2% al año y del 10.6% después de seis años de uso, y podría manifestarse incluso con dosis bajas debido a la variabilidad inmunitaria de cada paciente.

Al analizar la historia clínica, afirmó que no encontró evidencia de seguimiento por neumología ni de controles periódicos que permitieran una detección temprana de la fibrosis, destacando que, tras la hospitalización de la paciente en marzo de 2014 por sobre anticoagulación con warfarina, se confirmó la presencia de fibrosis pulmonar, señalando la falta de exámenes como espirometrías y tomografías de tórax para su diagnóstico oportuno.

Indicó que el tratamiento con prednisolona fue administrado en dosis subterapéuticas, lo que no garantizaba una respuesta adecuada, y que debió haberse considerado el uso de inmunosupresores más potentes y un seguimiento por un equipo multidisciplinario que incluyera toxicología y neumología.

Aunque reconoció que la paciente fue valorada por un cardiólogo en enero de 2014, quien continuó la prescripción de amiodarona, sostuvo que no encontró evidencia de que se le hubiera informado adecuadamente sobre los riesgos del medicamento ni que se hubiera firmado un consentimiento informado.

Respecto a la evolución clínica de la paciente, señaló que la fibrosis pudo haber

progresado rápidamente debido a sus factores de riesgo preexistentes y el uso prolongado de la amiodarona, indicando que la presencia de bulas enfisematosas detectadas en estudios previos, reflejaba un daño estructural pulmonar que contribuyó a la progresión de la enfermedad.

Finalmente, concluyó que la atención médica presentaba fallas como la falta de seguimiento especializado, la prescripción de una dosis inadecuada de corticosteroides y la ausencia de inscripción en programas de riesgo cardiovascular, factores que pudieron influir en la evolución desfavorable de la paciente.

Ahora, criticaron los demandantes que ni la señora Clemencia Galvis ni su familia fueron informados de los riesgos asociados al uso de amiodarona, medicamento conocido por su potencial toxicidad pulmonar, ni se les ofrecieron alternativas terapéuticas, omisión que incumple con las disposiciones de la Ley 23 de 1981 (artículos 15 y 16), que obliga a los médicos a advertir sobre los riesgos de los tratamientos y obtener el consentimiento informado del paciente.

En este contexto, la Ley 23 de 1981 contiene las normas correspondientes a la Ética Médica, en el Art. 15 dispone: *“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 puedan 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”*; el Art. 16 siguiente dispone que la responsabilidad del médico no va más allá del riesgo previsto; la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC-9721 de 2015 sobre la comprensión y extensión del consentimiento informado lo ha explicado expresando que: *“No puede llegarse al extremo de exigir que se consignen en el ‘consentimiento informado’ situaciones extraordinarias que, a pesar de ser previsibles, tengan un margen muy bajo de probabilidad que ocurran”*.

La atención de emergencias médicas, como bien lo ha decantado la jurisprudencia nacional, se presenta como una flexibilización a la regla de que la asunción del riesgo en un tratamiento médico deba ser consentida de forma suficientemente informada, pues al decir de la H. Corte Suprema de Justicia, *“salvo casos realmente excepcionales (v.gr. la atención de urgencias vitales), el médico tratante deberá exponer, de manera oportuna, objetiva, completa, clara, razonable, equilibrada, precisa y leal, la opción terapéutica elegida, las*

*alternativas posibles, los beneficios buscados y los riesgos que, previsiblemente, pudiera comportar para el paciente ese tratamiento, de modo que, sobre esa base, este último pueda expresar su voluntad al respecto.”*

Así, para descartar el alegato de la parte actora en cuanto a la necesidad de obtener consentimiento informado de la paciente en contexto de una urgencia vital, debe decirse que, en principio, acorde con la Historia Clínica, la paciente padecía de demencia senil tipo alzheimer, aunado a que, en su caso, lo correspondiente era propender por la vida de la señora Clemencia, al punto que se logró conjurar en dicho momento la crisis que la llevó a requerir el servicio, máxime cuando, conforme a lo sostenido por los peritos médicos y el testigo técnico, el medicamento suministrado era el indicado para su patología.

Ahora, criticaron igualmente los recurrentes que, aunque la amiodarona fue inicialmente prescrita en una situación de emergencia para tratar la fibrilación auricular, una vez estabilizada la paciente y trasladada al manejo ambulatorio, existía tiempo suficiente para informar sobre los riesgos y alternativas del tratamiento, lo cual habría permitido a la familia tomar una decisión informada sobre el manejo de la enfermedad, de allí que, la falta de consentimiento informado, privó a la señora Galvis y a sus allegados de la posibilidad de valorar los riesgos y optar por otras alternativas terapéuticas menos riesgosas.

En ese sentido y en cuanto a las alternativas terapéuticas, los peritos intervinientes indicaron que la amiodarona era el tratamiento más efectivo y adecuado para la condición de la señora Clemencia, pues, aunque existen otros antiarrítmicos, como el Carvedilol, este no ofrecía una ventaja significativa para la paciente, dado su historial de insuficiencia cardíaca descompensada y otras comorbilidades como cardiomegalia y fibrilación auricular reciente; además, no se aportaron pruebas que demostraran que esa opción habría sido más segura o efectiva en comparación con la amiodarona, por tanto, el argumento de que la familia habría optado por otra opción terapéutica carece de sustento probatorio.

Un aspecto crucial en la valoración de la crítica es la necesidad de demostrar un nexo causal entre la supuesta falta de consentimiento informado y el daño alegado, así, aunque la parte demandante sostiene que la omisión privó a la familia de la posibilidad de tomar decisiones informadas, no se probó que esta omisión generara un perjuicio concreto, ya que los peritos determinaron que la fibrosis pulmonar presentada por la señora Clemencia tenía múltiples causas subyacentes, incluyendo tabaquismo crónico y exposición prolongada al humo

de leña, factores que más que el uso de amiodarona, explican el deterioro pulmonar de la paciente, aunado a que la dosis de amiodarona administrada (200 mg/día) fue considerada baja y adecuada según la lex artis, y no se evidenció negligencia en el manejo médico de sus efectos secundarios.

Desde el punto de vista jurídico, para que la falta de consentimiento informado configure una falla en la prestación del servicio, no solo debe alegarse que hubo una omisión en la información, sino también que esta omisión causó un daño y que existía una alternativa viable que habría sido elegida de haber sido informados. En este caso, la parte demandante no logró acreditar estos elementos, y el principio de buena fe médica sugiere que los médicos actuaron conforme a los estándares de la profesión, priorizando siempre el bienestar de la paciente, pues de ello da cuenta la historia clínica, reflejando un seguimiento adecuado, con controles periódicos y ajustes en el tratamiento según la evolución de la paciente.

En suma, no se probó que la falta de consentimiento informado generara un daño concreto o que existieran alternativas terapéuticas más seguras y efectivas, pues la actuación médica en este caso se ajustó a los estándares de la profesión, y la decisión de continuar con la amiodarona estuvo fundamentada en criterios médicos válidos, por tanto, no puede considerarse que la falta de información posterior al egreso de urgencias constituya una falla en la prestación del servicio de salud.

**4.5.2.** Continuó la parte demandante reprochando que había evidencia suficiente para concluir que la señora Clemencia Galvis desarrolló toxicidad pulmonar debido al uso de amiodarona, un efecto adverso documentado en la literatura médica con una incidencia estimada entre el 1% y el 5% de los casos, y que durante la hospitalización en marzo de 2014, el Dr. Henry Astudillo Vásquez decidió suspender la amiodarona debido a un aumento en la fibrosis pulmonar, lo que sugiere que los médicos tratantes consideraron este medicamento como un factor agravante.

Además, en abril de 2014, el neumólogo Dr. Ricardo Mosquera Chonillo evaluó a la paciente y planteó la posibilidad de una enfermedad pulmonar intersticial relacionada con la amiodarona, pero, a pesar de esta evidencia, la sentencia de primera instancia desestimó el vínculo entre el uso de amiodarona y la fibrosis pulmonar.

En ese orden y no obstante lo afirmado por la parte actora, del análisis de la historia clínica de la paciente suministrada por la Clínica Farallones, se evidencia que el medicamento amiodarona 200 mg le fue prescrito a la señora Clemencia el 12 de enero de 2014, y suspendido el 2 de abril de ese mismo año, transcurriendo un periodo de administración de aproximadamente dos meses y medio, tiempo inferior al señalado por los galenos Rodríguez Bayona, Lozada Ramos, De León Gonzalez y Victoria Carvajal, quienes concluyeron que la administración del fármaco resulta riesgosa para el desarrollo de la enfermedad únicamente en periodos prolongados, que oscilan entre seis meses y un año.

Por su parte, aunque el perito de la parte actora sostuvo que la toxicidad pulmonar por amiodarona también puede manifestarse incluso con dosis bajas, dada la variabilidad en la respuesta inmunitaria de cada paciente, aquel también reconoció que la señora Clemencia presentaba antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y tabaquismo crónico, situación frente a la cual los peritos de la parte demandada fueron enfáticos en señalar que, esas condiciones preexistentes, por su naturaleza, podían explicar la progresión de su deterioro pulmonar, sin que fuera determinante atribuirlo de manera directa al uso del medicamento en cuestión.

Asimismo, se debe resaltar que, acorde con el peritaje rendido por los médicos Rodríguez Bayona y Lozada Ramos, para establecer con certeza una relación de causalidad entre la administración de la amiodarona y la evolución desfavorable de la condición de la paciente, resultaba indispensable la práctica de pruebas diagnósticas especializadas tales como el lavado broncoalveolar y la microfotografía electrónica, las cuales no fueron realizadas en el presente caso, lo que impide arribar a conclusiones categóricas sobre la incidencia del fármaco en su estado de salud.

De acuerdo con el testimonio técnico del médico Victoria Carvajal, se tiene que, a pesar de la suspensión de la amiodarona, la condición de salud de la paciente no presentó mejoría significativa, lo cual indicaba que la administración del medicamento no fue la causa determinante del deterioro pulmonar, sino que este se debía a la evolución natural de sus patologías preexistentes.

Así, la argumentación del perito de la parte actora en torno a la toxicidad del fármaco no trasciende del ámbito meramente hipotético, careciendo de respaldo probatorio concluyente que permita establecer de manera fehaciente que el uso de la amiodarona fue determinante en la agravación del cuadro clínico de la

paciente, y que aquella se encontraba en el rango de incidencia por él señalado, estimada entre el 1% y el 5% de los casos.

Compendiando, aunque la amiodarona puede ser considerada un posible factor contribuyente en la fibrosis pulmonar, no existe evidencia concluyente en el expediente que, en este caso, respalde esa hipótesis, de allí que la decisión médica de administrarla fue razonable y estuvo alineada con los estándares médicos aceptados, y la evolución posterior, por lo que las complicaciones pulmonares parecieron estar más relacionadas con los antecedentes clínicos de la señora Clemencia, que con el uso de amiodarona.

De otro lado, aunque la parte actora y su perito cuestionaron que en la atención médica brindada a la paciente hubo fallas como la falta de seguimiento especializado, lo cierto es que, en la historia clínica del 12 de enero de 2014, se dejó consignada la orden de remisión para valoración prioritaria por consulta externa de medicina interna y cardiología, así: *“Análisis subjetivo. paciente con **fa de novo - asociado a cardiomegalia y cefalización del flujo observado en rx de tórax - paciente y familiar (hija) niegan presencia de disenea (sic) -tiene al parecer evento coronario antiguo silente plan: ecocardiograma bd transtorácico - anticoagulación con heparina sc inicialmente y warfarina - **debe tener control de la anticoagulación se dan órdenes en indicación de exámenes de control - valoración prioritaria por consulta externa de medicina interna y cardiología**”***. (Negrita y subrayado fuera del texto original).

En la historia clínica del 28 de marzo de 2014 se consignó: *“ENFERMEDAD ACTUAL Paciente femenina de 70 años con antecedentes de enfermedad de Alzheimer en tratamiento, HTA, poliartrosis, RGE, FA-reciente diagnostico (recibe warfarina-**desde enero 2014 nunca se hizo control INR**), ex fumadora, contacto por años con humo de leña, pero sin diagnóstico previo conocido ni detallado de enfermedad pulmonar, estudios 2011 (...), **fué vista Enero 17 por Cardiólogo** quien por descripción de edema intermitente de MslS inició furosemida y citaron en 3 meses con nuevo INR. (...) **valorada por el servicio de Medicina Interna** considerandose insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, probablemente de origen mixto, por un lado se sospecha neumopatía crónica de base (ex fumadora), no es claro si solo enfisema o si enfisema + fibrosis, y por otro lado cardiopatía con dilatación biauricular e insuficiencia severa bivalvular (tricuspídea y mitral), se indica hospitalizar”*

De lo anterior se colige que la paciente fue efectivamente remitida y valorada por

los servicios de medicina interna y cardiología, aunado a otros seguimientos médicos de los que se dejó constancia en la Historia Clínica, acorde con la orden médica dada el 12 de enero de 2014 en consulta con el Dr. Carlos Alberto Victoria, especialista en medicina interna, quien ordenó el manejo terapéutico con amiodarona, así como la realización de pruebas complementarias para el seguimiento de su estado de salud, dejándose igualmente registro que desde enero de 2014, la paciente nunca se hizo control INR (anticoagulación).

Así mismo, resulta pertinente señalar que el perito de la parte demandante Rubén Darío de León, al emitir su concepto, únicamente tuvo acceso a la historia clínica suministrada por la Clínica Farallones, sin contar con la información de la EPS Coomeva, entidad a la cual la paciente se encontraba afiliada y a la que era remitida para recibir seguimiento complementario, de allí que, en principio, en cuanto a la falta de control de la patología de la señora Clemencia, dicha manifestación se encuentra limitada por los documentos analizados por el perito, reflejando un examen parcial de la atención médica recibida, máxime cuando la prueba documental (Historia Clínica de Farallones) muestra que la paciente sí tuvo un seguimiento especializado, oportuno y continuo, así como se expresó en precedencia.

En este punto, es de destacar lo dicho por el perito en la audiencia cuando se le preguntó por parte de la apoderada judicial de la clínica farallones sobre la existencia de remisiones para seguimiento especializado, frente a lo cual afirmó, *"No, doctora, yo estoy diciendo que no lo vi. No estoy afirmándole que no está. No lo vi, pero déjeme y reviso acá y con mucho gusto le respondo."*

Luego, al ser confrontado directamente con la información consignada en el folio 38 de la Historia clínica de Farallones donde se dieron las órdenes de interconsulta, manifestó: *"Doctora, en los documentos que tengo yo acá, en el folio 38, tengo un registro civil de defunción."*

Tras revisar el folio en cuestión y reconocer la existencia de las órdenes médicas, el perito declaró: *"Ok, pues en el que tengo acá no lo veo, doctora. Posiblemente lo que usted dice sea cierto, pero aquí no lo tengo."*

Igualmente, al ser cuestionado si su dictamen se fundamentó únicamente en la historia clínica proporcionada o si también tuvo en cuenta otros documentos como la demanda y sus anexos, respondió: *"Todo lo que usted me estaba comentando, lo de la clínica Farallones y la información que me suministró el"*

*doctor Jaime.*" (abogado de la parte demandante).

En este orden, se reitera, las declaraciones del médico Rubén Darío de León evidenciaron que su evaluación se sustentó en una revisión documental parcial, basada únicamente en la historia clínica de Farallones proporcionada por el apoderado de la parte demandante, y sin embargo, reconoció no haber visto en esos documentos las órdenes médicas para seguimiento y control especializado de la paciente, a pesar de encontrarse insertas en ella, como bien pudo advertir en audiencia, omisión que no solo limita el alcance de su análisis, sino que también compromete su imparcialidad y rigurosidad, al basarse en una visión fragmentada de la atención médica brindada, condicionada por la información parcial proporcionada, sin un contraste con otras fuentes que permitieran una evaluación objetiva y completa del caso, falta de exhaustividad que genera dudas razonables sobre la validez de sus conclusiones.

**4.5.3.** Por ese mismo sendero, alegaron los demandantes que en marzo de 2014, tras diagnosticar fibrosis pulmonar, se inició a la paciente un tratamiento con prednisolona a una dosis de 15 mg diarios, considerada insuficiente por los demandantes, alegando que esa cantidad no cumplió con las recomendaciones médicas, que oscilan entre 30 y 100 mg diarios según el peso del paciente, y que el uso de una dosis subterapéutica no controló la progresión de la enfermedad, lo que evidenciaría negligencia clínica.

Ahora, la dosis de 15 mg diarios, considerada insuficiente por los demandantes, se contrasta con las recomendaciones estándar que sugieren dosis más altas, entre 30 y 100 mg diarios para manejar esta condición, según lo informado por los médicos de ambos extremos procesales, sin embargo, explicaron los peritos de la pasiva que la prescripción del medicamento en la cantidad suministrada, estuvo fundamentada en las características específicas de la paciente y en la necesidad de minimizar riesgos en su contexto clínico.

En efecto, manifestaron los peritos que la señora Clemencia Galvis, de 79 años, presentaba múltiples comorbilidades como demencia senil, tabaquismo severo, exposición prolongada al humo de leña, insuficiencia cardíaca descompensada y fibrilación auricular, aunado a que estaba bajo tratamiento con otros medicamentos, como warfarina y furosemida, aumentando su susceptibilidad a los efectos adversos de la prednisolona.

En ese sentido, argumentaron los Dres. Fernando Rodríguez Bayona y Heyler

Lozada Ramos que, aunque las guías médicas para fibrosis pulmonar recomiendan dosis más altas, estas deben ajustarse al estado clínico del paciente, especialmente en personas mayores con problemas de salud complejos, pues según aquellos, la administración de dosis más altas podría haber generado efectos adversos graves en una paciente con comorbilidades significativas, añadiendo que el manejo farmacológico debía equilibrar los riesgos y los beneficios, priorizando la seguridad del paciente.

Igualmente, los peritos reseñaron que el uso de una dosis más alta en este caso habría aumentado el riesgo de complicaciones infecciosas y metabólicas en la paciente, lo que podría haber acelerado su deterioro clínico, porque el contexto clínico de la paciente obligaba a un manejo prudente de los esteroides, ya que las dosis altas, aunque efectivas en otros casos, no son adecuadas para pacientes de avanzada edad y con múltiples factores de riesgo.

En ese orden, y vista igualmente la historia clínica de la paciente, puede advertirse que la prednisolona fue prescrita como parte de un tratamiento integral para controlar la progresión de la fibrosis pulmonar, sin embargo, esa enfermedad, a tono con lo dicho en juicio por los expertos médicos, tiene un pronóstico reservado, incluso con el tratamiento óptimo, y los antecedentes pulmonares de la paciente incidieron significativamente en la evolución de la enfermedad.

Así, aunque los demandantes argumentaron que la dosis de 15 mg diarios fue insuficiente para controlar la enfermedad, reflejando negligencia médica, no aportaron pruebas concluyentes que demostraran que una dosis más alta habría revertido significativamente la progresión de la fibrosis pulmonar sin exponer a la paciente a riesgos adicionales, ni evidencia que mostrara que la señora Clemencia Galvis podría haber tolerado dosis más altas sin efectos secundarios graves.

**4.5.4.** Finalmente, el recurso señala que la sentencia de primera instancia no analizó adecuadamente las pruebas clave relacionadas con la falta de consentimiento informado, errores en el manejo y seguimiento de las enfermedades pulmonares, y la prescripción de medicamentos en dosis inadecuadas, omisiones que, según los demandantes, evidencian fallas graves en la atención médica que contribuyeron al deterioro pulmonar y al fallecimiento de la señora Galvis, siendo elementos esenciales para determinar la responsabilidad de las entidades demandadas.

No obstante lo anterior, como viene de verse, el caso de la señora Clemencia Galvis fue cuidadosamente abordado por la juzgadora de primera instancia, pues de su análisis se desprende que aquella realizó un análisis detallado de las pruebas aportadas en el caso, enfocándose principalmente en la historia clínica, los dictámenes periciales y los argumentos de las partes.

En primer lugar, destacó que la historia clínica de la señora Clemencia, pieza clave para evaluar los hechos, fue presentada por ambas partes sin objeción en cuanto a su autenticidad.

Por otra parte, señaló que la parte demandante no logró sustentar adecuadamente sus alegaciones sobre los presuntos errores médicos y omisiones en la atención prestada, por cuanto el dictamen presentado por la parte actora era insuficiente, ya que el perito no tuvo acceso a la totalidad de la historia clínica, lo que limitó el alcance y la validez de sus conclusiones, y por el contrario, los dictámenes aportados por la parte demandada se mostraron completos y coherentes con la evidencia, indicando que la dosis de amiodarona no era tóxica y que la fibrosis pulmonar pudo haberse debido a factores preexistentes, como el tabaquismo crónico de la paciente.

En cuanto al consentimiento informado, la juez reconoció su importancia en el ámbito médico, pero señaló que en este caso no era aplicable debido a la situación de urgencia en la que la paciente fue atendida, resaltando que en momentos críticos, como el descrito, la prioridad del médico es garantizar la supervivencia del paciente, lo que fue logrado mediante la administración del medicamento cuestionado.

Por otro lado, la juez analizó las afirmaciones de la parte demandante sobre el uso de una ambulancia no medicalizada y la prescripción de medicamentos en dosis inadecuadas, y tras la revisión del expediente, concluyó que tampoco existía prueba suficiente para respaldar estas acusaciones; en particular, subrayó que no se demostró el nexo causal entre el tratamiento médico y el fallecimiento de la paciente, ya que no se presentaron pruebas diagnósticas contundentes, como biopsias, que permitieran establecer de manera clara que la fibrosis pulmonar fue causada por la amiodarona.

En ese orden, queda desechado el argumento que la Juez no valoró correctamente las pruebas documentales, testimoniales y periciales que

evidenciaban múltiples fallas en la atención médica, pues como viene de verse, aquellas si fueron tenidas en cuenta por la *a quo*, aunque no de manera favorable a la parte actora.

Corolario de lo manifestado no prosperan ninguno de los reparos concretos formulados en el recurso de apelación, por lo que,

**EN MÉRITO DE LO EXPUESTO, LA SALA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY;**

**RESUELVE:**

**PRIMERO. CONFIRMAR** la sentencia de fecha y procedencia prenotadas, dentro del proceso de la referencia, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO. CONDENAR** en costas de esta instancia a la parte demandante, para lo cual se fija como agencias en derecho la suma de un (1) S.M.M.L.V., de conformidad con lo previsto en el Acuerdo No. PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura. Dichas costas serán liquidadas conforme el Art. 366 del Código General del Proceso.

Ejecutoriada la presente providencia, **DEVUÉLVASE** el expediente al juzgado de origen.

Notifíquese,

  
**JOSÉ DAVID CORREDOR ESPITIA**  
Magistrado

  
**JULIÁN ALBERTO VILLEGAS PEREA**  
Magistrado

  
**FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES**  
Magistrado