

Santiago de Cali, marzo de 2024

Señores:

JUZGADO PRIMERO (1) CIVIL DEL CIRCUITO – CALI, VALLE DEL CAUCA

En su Despacho

REF: PROCESO: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
RADICACIÓN: 7600131030012015-00321-00
DEMANDANTE: MARIA RUBENIL ARIAS OCAMPO Y OTROS.
DEMANDADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.O.S – EPS SOS

**RECURSO DE APELACIÓN CONTRA SENTENCIA No.066 DEL 1 MARZO DE 2024
NOTIFICADA EL 4 DE MARZO DE 2024.**

CAROLINA DUQUE CORONEL, mayor de edad, residente y domiciliada en Santiago de Cali, Valle del Cauca identificada como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderada sustituta de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A., procedo a presentar recurso de apelación contra la sentencia No.066 del 1 de marzo de 2024 notificada el 4 de marzo de 2024 de la siguiente manera:

1. PRIMER REPARO CONCRETO: INDEBIDA VALORACIÓN PROBATORIA Y JURÍDICA FRENTE A LA INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL QUE SE PRETENDE ATRIBUIR A LA PARTE DEMANDADA.

1.1. CONSIDERACIONES DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

Sostiene la sentencia de primera instancia como *ratio decidendi* indicando que hubo una responsabilidad civil atribuible a la parte pasiva que represento, considerando que el fallecimiento del paciente se dio por una evolución tórpida de la neumonía que padecía, indicando como reprochable el hecho de que el paciente no fuese visitado por el médico con la periodicidad ordenada y con la que se hubiera podido haber valorado al paciente debidamente con su estado de salud, lo anterior se evidencia de la sentencia en la página 28 de la que se cita:

“Por ende, a través del análisis conjunto y bajo las directrices de la sana crítica, acerca de los medios probatorios antes mencionados, como lo son las declarativas de parte, los documentos (historia clínica y dictamen forense de Medicina Legal), los dictámenes periciales, en la forma antes analizada y los indicios graves que resultan de estas mismas pruebas, hacen concluir con certeza al despacho acerca de que resulta probada una actuación reprochable atribuible a la atención en salud que efectuó la entidad prestadora de servicios de salud HOSPIMED COLOMBIA, contratada por la EPS SOS, por ser negligente en dispensar un servicio de salud con la periodicidad ordenada por el médico tratante de la otra IPS vinculada en el tratamiento médico (COMFANDI), responsabilidad jurídica por negligencia, que se precisa, es planteada en la demanda como uno de los errores generantes de la responsabilidad civil médica, que se extiende de igual manera por los vasos comunicantes de la solidaridad a la entidad promotora de salud que contrato a dicha IPS, es decir, la EPS SOS SA.,

vinculada a este proceso, obligación proveniente del legislador, y referida a organizar y prestar con eficacia el servicio de salud a su afiliada como entidad promotora de salud.”

De lo anterior es preciso afirmar que no se valoró por parte del Juzgado de primera instancia, el hecho de que todas las atenciones recibidas fueron oportunas, que mi representada como EPS autorizo todas las prescripciones que indicó el médico tratante sin dilación alguna, ahora bien reprocha en la sentencia el despacho que la IPS no realizara la atención con visita diaria como lo requirió el médico tratante, no obstante no valoró el Juzgado lo planteado en los alegatos por cuanto no existió reclamación, queja o siquiera aviso a la EPS donde la familia o el mismo paciente informaran a la EPS de la forma en que se está prestando el servicio. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A. garantizó la prestación del servicio oportunamente autorizando y realizó las acciones administrativas necesarias para que la IPS preste el servicio no siendo las acciones de esta última atribuibles a mi representada.

1.2. SUB-REPARO: INDEBIDA VALORACIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL DEL DR. NEFTALI GIL:

Además del contenido de la historia clínica, se destaca que la sentencia de primera instancia no valoró el contenido de la experticia realizada por el Dr. NEFTALI GIL, quien de su experticia manifestó, frente a la atención que se le diere al paciente para el día 18 de noviembre de 2011, lo siguiente:

Tiene 12 días de expectoración amarilla, dolor abdominal, torácico. Por urgencias le inician el día 6 de noviembre, amoxicilina claritromicina. Sin mejoría. Reingresa el día 11 11 de 2011, previa valoración por medicina interna, inician tratamiento EV, ha presentado mejoría clínica, sin fiebre, al examen físico ta 100/70, FC 100 FR 16 por minuto, Afebril, disminución del murmullo vesicular basal, continua con el dx de neumonía derecha basal. Por mejoría clínica, no fiebre no disnea y terminar ciclo de antibióticos, se da de alta con incapacidad por 12 días.

Igualmente se destaca del dictamen pericial, que el paciente para el momento en que recibió la visita del galeno para el día 18 de noviembre se destacó: 1. Que el paciente tenía una buena evolución para ese día. 2. Que el tratamiento era el adecuado con una buena respuesta clínica. 3. Que su deterioro obedeció a un asunto súbito e imprevisto como lo fue un trombo embolismo pulmonar. Se cita de la experticia:

1) ¿Las condiciones del paciente DIEGO FERNANDO DIQUE ARIAS y los reportes de historia clínica son compatibles con la tesis de Tromboembolismo Pulmonar Masivo?

La historia clínica del 18 de noviembre es compatible con una buena evolución de un proceso neumónico, y según lo expresa en la nota, este día 20 de noviembre, claramente ingresa un paciente en muy malas condiciones, en falla ventilatoria que requiere de maniobras de reanimación dramática y aguda, en un paciente quien dos días antes se encontraba estable, sin dificultad respiratoria, podría ser explicada por un tromboembolismo pulmonar, y por el compromiso hemodinámico (presión arterial baja o no perceptible), masivo.

Así pues, de la experticia se denota que el paciente para el día 18 de noviembre de 2011 había superado su problema de infección respiratorio y por tanto en la valoración completa y perita que le hiciera el profesional de la salud, se encontró al joven DIEGO

FERNANDO DUQUE ARIAS (QEPD), en buenas condiciones, por lo que incluso se le da de alta, con incapacidad adicional, situación valorada por el juzgador al considerar:

- El paciente es atendido por hospitalización en casa a través de la IPS Hospimed; en la historia clínica se documenta visita médica el día 18 de Noviembre de 2011, con un diagnóstico de neumonía basal derecha, donde se da de alta el paciente por referir mejoría, otorgándole al paciente una incapacidad médica desde el inicio de la hospitalización el 11 de noviembre, hasta el día 22 de ese mismo mes y año.

En el mismo sentido, se destaca que no puede acogerse la teoría sostenida por la parte actora, considerando que: 1. De no haber presentado mejoría el paciente tal situación se hubiera evidenciado por el personal de enfermería que aplicaba los medicamentos al mismo. 2. De no haber presentado mejoría el paciente desde el 11 al 18 de noviembre no se hubiera consignado lo que se consignó en su historia clínica. 3. De no haber presentado mejoría el paciente, se debía haber recurrido a la IPS por urgencias conforme los signos y síntomas de alarma indicados en su IPS al darle salida para hospitalización en casa. 4. No reposa en los registros de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S, queja, tutela o algún otro procedimiento administrativo en que se le haya puesto de presente que la autorización dada por ella, no se estuviera cumpliendo por parte del prestador del servicio HOSPITAL INTEGRAL EN MEDICINA DOMICILIARIA DE COLOMBIA SAS.

1.3. SUB REPARO DENOMINADO: AUSENCIA DE PRUEBA DE QUE, DE HABERSE REALIZADO LAS VISITAS AL PACIENTE, SE HUBIERA TENIDO UN RESULTADO DIFERENTE – NO HAY NEGACIÓN DEL SERVICIO POR PARTE DE LA EPS SOS:

Se interpone el presente reparo, considerando que la sentencia de primera instancia que al paciente DIEGO FERNANDO DUQUE ARIAS, debía contar con personal de enfermería cada 12 horas. A tal consideración, se debe precisar que: 1. La ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A., autorizó los servicios solicitados en una entidad competente e idónea para que los prestase. 2. Que no hay prueba alguna de que la EPS hubiera negado el servicio, que se hubiera presentado un impedimento administrativo atribuible a la misma y del que se hubiera requerido e informado a la misma. 3. Que no existe prueba de que de haber acudido personal se hubiera evitado el fallecimiento del paciente.

Así pues, aun de tenerse por probado que al paciente solo se le visitó una vez, no existe ninguna prueba de que el fallecimiento del paciente sufrido el día 20 de noviembre de 2011, haya tenido lugar por una falta de visitas por personal médico entre los días 11 y 18 de noviembre, pues el paciente para el día 18 de noviembre de 2011 presentó mejoría y se le dio de alta; por lo tanto, aun si los médicos de HOSPITAL INTEGRAL EN MEDICINA DOMICILIARIA DE COLOMBIA SAS, no lo hubiesen visitado en ese ínterin de tiempo, en nada se hubiese cambiado su lamentable desenlace, por cuanto a que el mismo fue súbito, repentino e imprevisible.

Se sustenta este reparo en las siguientes consideraciones frente a las pruebas allegadas al proceso y que fueron tenidas en cuenta para emitir la sentencia condenatoria:

1. INFORME DE NECROPSIA HECHO POR EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES Y CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:

Se sostiene la sentencia de primera instancia en que el fallecimiento del paciente se dio por una falla respiratoria – síndrome dificultad respiratoria del adulto (SDRA), conforme lo refirió el informe de necropsia hecho por el INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES y conforme se registró en el certificado de defunción del mismo.

No obstante, tales documentos allegados al proceso no se constituyen en una prueba útil y eficaz para sostener la *ratio decidendi* de la sentencia de primera instancia por cuanto a que: 1. Desconoce lo contenido en la historia clínica del paciente en donde se evidenció que el mismo estaba presentando mejoría y por tanto no puede determinarse una causa de fallecimiento de una enfermedad degenerativa y progresiva cuando la misma mostraba evolución favorable como lo evidenció el galeno para el día 18 de noviembre de 2011. 3. No tiene en cuenta el juzgador de primera instancia lo dicho por el perito Dr. Neftali Gil en cuanto a que el referido informe de necropsia es incompleto pues no contaba con pruebas patológicas debidas que sostuvieran sus conclusiones y descartaran un trombo embolismo pulmonar.

Lo anterior, permite concluir que en este caso el SDRA por el que fallece el paciente no tiene como su única posibilidad de desarrollarse una infección respiratoria como la que presentó el paciente sino que puede darse con ocasión a un trombo embolismo pulmonar conforme lo manifestaron los peritos allegados al proceso, situación que además es coherente con la evolución del paciente que refería mejoría para el día 18 de noviembre de 2011 y por lo que su fallecimiento no se pudo haber dado como consecuencia de una enfermedad degenerativa al analizar su historia clínica y evolución del mismo, sino que tuvo lugar con un evento súbito y repentino como lo fue un trombo embolismo pulmonar, situación que no se descartó por ninguna de las pruebas allegadas al proceso.

2. DICTAMEN PERICIAL DEL DR. IZQUIERDO:

En igual sentido, se sostiene la sentencia de primera instancia en lo dicho por el Dr. IZQUIERDO, como perito de la parte actora, en donde indicó que: *“Existe la duda médica razonable en el sentido de que si se hubiere cumplido con dicha valoración médica diaria, se hubieren podido detectar signos físicos o síntomas que hubieren llevado a cambios en el tratamiento médico y quizás con esto haber podido evitar la muerte del paciente”*.

Sobre el análisis de tal consideración hecha por el galeno y que es acogida por la sentencia de primera instancia, se precisa que, de acuerdo con la jurisprudencia civil¹,

¹ La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia.

Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, deberá estar probado en el proceso (sin importar a quien corresponda aportar la prueba), que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación.

Por supuesto que la causalidad natural desempeñará un papel importante en los eventos en los que se debate una responsabilidad directa por acción, en cuyo caso la atribución del hecho al convocado a juicio se podría refutar si se demuestra que su conducta no produjo el daño (no teniendo el deber jurídico de evitarlo), sino que éste se debió a una causa extraña a su obrar, como por ejemplo un caso fortuito, el acto de un tercero o el acto de la propia víctima.” Corte Suprema de Justicia Sala Civil – M.P. Ariel Salazar Ramirez SC 13925-2016 del 30 de septiembre de 2016 – Rad. 05001-31-03-003-2005-00174-01

para poder que se establezca una responsabilidad civil en cabeza de la parte pasiva, debe haber una prueba plena de que su conducta culposa fue la generadora del daño, situación que no se encuentra en el presente evento.

3. DICTAMEN PERICIAL DEL DR. NEFTALI GIL:

En este caso, no se encuentra que la falta de visitas o de control de parte de mí representada al paciente fuera la causa detonante y eficiente de su fallecimiento, contrario a ello con el perito de la defensa Dr. Neftali queda acreditado que su muerte se da con ocasión a un evento súbito, repentino e irresistible como lo fue un trombo embolismo pulmonar y que dadas tales características era imperceptible y aún de darse visitas con anterioridad al 18 de noviembre de 2011 en nada hubiera cambiado el desenlace del paciente. Se destaca del informe pericial del Dr. Neftali :

2) ¿El Tromboembolismo Pulmonar Masivo es súbito y de gran compromiso?

Si, su presentación es súbita, se considera masivo por el compromiso no solo respiratoria sino principalmente hemodinámico. Esto es debido a la obstrucción súbita y grande del sistema vascular pulmonar, aumentado la presión de las cavidades derechas del corazón, hipotensión, choque y muerte, en un gran porcentaje de pacientes, en la primera hora de iniciado el cuadro.

3) ¿Dos días antes a su aparición puede no ser evidenciable?

No es es posible determinarlo ni sospecharlo dos dias antes de su presentación, y más aún en un paciente como Diego Fernando, el cual tenía una evolución favorable de un proceso infeccioso pulmonar.

A ello se resalta que sí mí representada autorizó las visitas y órdenes dadas, no tenía en tan poco tiempo 5 días forma de saber si tales se llevaban a cabo en debida forma o no, pues en caso de que no se dieran de esa manera, debía el paciente o su grupo familiar manifestarlo y hacerlo saber a la EPS de tal forma que la misma procediera con los correctivos a que hubiere lugar, pues de otra forma no es posible que en un periodo de tiempo tan corto la EPS conozca de una supuesta falta de un contratista suyo.

En este sentido ha referido la jurisprudencia² que para que se trate de un evento en donde se pueda atribuir un título de imputación en contra de un demandado con fundamento en una pérdida de oportunidad, debe haber prueba suficiente de la certeza

² Es claro, entonces, que si, como se señaló, una cosa es no percibir una ganancia y otra verse desprovisto de la posibilidad de obtenerla, el daño por pérdida de una oportunidad acaece sólo en frente de aquellas opciones revestidas de entidad suficiente que, consideradas en sí mismas, permitan colegir, por una parte, que son reales, verídicas, serias y actuales, reiterando aquí lo expresado por la Sala en el fallo precedentemente citado, y, por otra, idóneas para conseguir en verdad la utilidad esperada o para impedir la configuración de un detrimento para su titular, esto es, lo suficientemente fundadas como para que de su supresión pueda avizorarse la lesión que indefectiblemente ha de sufrir el afectado. Es decir, en compendio, debe tratarse de oportunidades razonables. Por lo tanto, es indispensable precisar que la pérdida de cualquier oportunidad, expectativa o posibilidad no configura el daño que en el plano de la responsabilidad civil, ya sea contractual, ora extracontractual, es indemnizable. Cuando se trata de oportunidades débiles, incipientes, lejanas o frágiles, mal puede admitirse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de los acontecimientos, su frustración necesariamente vaya a desembocar en la afectación negativa del patrimonio o de otro tipo de intereses lícitos de la persona que contó con ellas."Corte Suprema de Justicia – Sala Civil – M.P. Arturo Solarte Rodríguez – Sentencia del 01 de noviembre del 2013 – Ref. 08001-3103-008-1994-26630-01

de una posibilidad que sea real, verídica y sería que tuviera el paciente de obtener un resultado diferente.

La anterior situación, no se encuentra acreditada pues tal como lo dijo el perito NEFTALI GIL: la comparecencia de los médicos en las visitas del 11 al 18 de noviembre de 2011 en nada hubiera podido haber cambiado para evitar el fallecimiento del paciente. Igualmente, el perito del demandante refirió que lo único que le queda es una duda razonable de si con las visitas se hubiera podido evidenciar algún cambio en los síntomas del paciente, más no afirma que haberse hecho aquellas él mismo se hubiera podido evitar el fallecimiento del paciente.

4. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE:

La conclusión a la que llega la sentencia de primera instancia en cuanto a que la causa del fallecimiento del paciente fueron la falta de controles médicos entre el 11 y 18 de noviembre de 2011, no corresponde a un análisis debido de lo registrado en su historia clínica del paciente, en donde se le terminó el tratamiento por su infección respiratoria y se le da de alta al paciente, así mismo no valora las apreciaciones del mismo paciente que quedaron consignadas en su historia clínica donde refiere sentir mejoría.

En tal orden de ideas, la sentencia de primera instancia falta a la interpretación debida de la causa – efecto necesaria en estos procesos de responsabilidad médica conforme lo ha explicado la doctrina³ al referir la necesidad de la existencia de una coherencia y especificidad en los efectos o lesiones y el hecho culposo atribuible a los profesionales de la salud.

Así pues, se concluye de este reparo que ante la falta de prueba de que la causa eficiente del fallecimiento del paciente fuere la falta de visitas, lo que llevó al paciente a su fallecimiento, fue un riesgo inherente propio a un trombo embolismo pulmonar, evento súbito, imprevisible e irresistible y del que por tanto no se puede atribuir responsabilidad en contra de mí representada, toda vez que no existe certeza de la incidencia o no de las visitas periódicas hubieran podido tener respecto de la situación clínica del paciente.

1.4. SUB REPARO DENOMINADO: “AUSENCIA DE VALORACIÓN DEBIDA DE LOS DICTÁMENES PERICIALES ALLEGADOS AL PROCESO”:

Se interpone el presente reparo, considerando que la prueba que se tomó por la sentencia de primera instancia como útil para sostener los dichos de la demanda, fue el informe de medicina legal, entendiendo la sentencia de primera instancia de que el fallecimiento del paciente no se dio por un trombo embolismo pulmonar.

No obstante, la anterior consideración es controvertida debidamente por la parte pasiva, no solo con la información consignada en la historia clínica del paciente, que

³ “- 6. Coherencia es un aspecto del punto anterior e indica que la interpretación causa y el efecto en esa asociación no deben entrar en conflicto con los conocimientos de la historia natural y biológica de la enfermedad.

7. Especificidad. Indica que una causa produce un único efecto y no varios.” Responsabilidad Civil Médica - Manuel de Jesus Rojas Salgado – La Valoración de la prueba de causalidad en el Acto Médico 3ª edición – Librería Sanchéz Jurídica – Bogotá 2015 - P. 226

días previos a su fallecimiento, evidenció mejoría, sino también mediante dictamen pericial del Dr. NEFTALI GIL.

Así pues, analizadas las pruebas desde la regla de la sana crítica establecida en el artículo 176 del C.G.P. se pregunta: ¿Cómo una paciente que presenta buena evolución para el 18 de noviembre de 2011 y es dado de alta fallece a los dos días de tal valoración?

La respuesta a tal interrogante, evidencia que la sentencia de primera instancia no valoró debidamente que, si el paciente presentaba mejoría se le había dado el tratamiento adecuado y se le había dado de alta, la causa de su fallecimiento no podía ser una complicación frente a una situación de salud ya superada, por tanto, la causa de su fallecimiento se debió a un asunto diferente, súbito y repentino, imprevisible e irresistible como lo fue un tromboembolismo pulmonar, configurándose así un caso fortuito que desvirtúa como lo dice la misma sentencia responsabilidad alguna derivada de la prestación del servicio de salud, del dictamen pericial del Dr. NEFTALI GIL quedó probado que un tromboembolismo es de difícil diagnóstico y se da de forma súbita, prueba de esto fue que dos días antes en la atención del 18 de noviembre de 2011 el estado físico y clínico del paciente era bueno con grandes signos de evolución.

Propender por una respuesta diferente, conllevaría a que el galeno consignó en la historia clínica una información inexacta y falsa, situación de la que no hay evidencia alguna. Contrario a ello, prueba de los supuestos de hecho de la defensa se centran en el dictamen pericial expedido por el Dr. NEFTALI GIL del que se destaca:

2) ¿El Tromboembolismo Pulmonar Masivo es súbito y de gran compromiso?

Si, su presentación es súbita, se considera masivo por el compromiso no solo respiratoria sino principalmente hemodinámico. Esto es debido a la obstrucción súbita y grande del sistema vascular pulmonar, aumentado la presión de las cavidades derechas del corazón, hipotensión, choque y muerte, en un gran porcentaje de pacientes, en la primera hora de iniciado el cuadro.

3) ¿Dos días antes a su aparición puede no ser evidenciable?

No es posible determinarlo ni sospecharlo dos días antes de su presentación, y más aún en un paciente como Diego Fernando, el cual tenía una evolución favorable de un proceso infeccioso pulmonar.

4) ¿Revisada la historia clínica del 18 de noviembre de 2011 existe o no reporte de médico domiciliario que refiere mejoría clínica del paciente, dándolo de alta con orden de incapacidad médica desde el 11 de noviembre por 12 días?

Si, es claro que la evolución clínica del paciente era buena, favorable y que permitía tomar esta decisión.

5) ¿Con la valoración del 18 de noviembre de 2011 se puede afirmar que el paciente había tenido una verdadera mejoría clínica y que podía ser dado de alta?

Si, ya que no tenía fiebre, dificultad respiratoria, sus signos vitales eran estables.

6) ¿En la valoración del 18 de noviembre de 2011, existe alguna manifestación o queja del paciente que indique que presentó alguna sintomatología adicional o exacerbación de la patología por la cual estaba siendo tratado?

No, como lo manifesté anteriormente la evolución clínica era favorable y no había ningún síntoma ni signo de empeoramiento de su cuadro clínico.

7) ¿De acuerdo a lo anterior, Usted qué conclusión puede describirnos respecto a la sintomatología previa por parte del manejo parenteral por homecare, puntualmente con relación a los días anteriores a la valoración del 18 de noviembre de 2011?

De acuerdo a la historia clínica aportada, al paciente inicialmente se le hace diagnóstico de neumonía basal derecha, y por su condición clínica y sin antecedentes, se podía dar tratamiento oral, según nota en la reconsulta del día 11 y ante la no mejoría, y previa valoración por medicina interna, se da manejo endovenoso con antibióticos parenterales, piperacilina tazobactam y claritromina, que cubriría los gérmenes causales de este proceso infeccioso y se da manejo en casa, ya que su condición no ameritaba tratamiento intrahospitalario, el paciente había mejorado, ya que refieren que el paciente consultó con tos, expectoración amarilla, dolor torácico abdominal que se

8) ¿Revisada la historia clínica del 18 de noviembre de 2011 existe reporte de médico domiciliario que muestre signos o indicios, siquiera alguna enfermedad potencialmente mortal?

No hay en la nota del 18 de noviembre referencia a algún síntoma o signo que ponga en evidencia la sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar masivo ni otra enfermedad potencialmente mortal, como lo he manifestado la evolución clínica era favorable y estoy de acuerdo con la conducta de concluir la terapia antibiótica.

En ese sentido se destaca del dictamen: 1. En la respuesta a la pregunta 2 que el trombo embolismo pulmonar es un asunto súbito y de gran compromiso con un alto porcentaje de fallecimiento. 2. En la respuesta a la pregunta 3 que el trombo embolismo no se podía detectar dos días antes y menos si el paciente tiene una evaluación favorable. 3. En la respuesta a la pregunta 4 que el paciente tenía una buena evolución. 4. En la respuesta a la pregunta 5 que el paciente tenía una mejoría clínica. 5. En la respuesta a la pregunta 6 que el paciente no presentó queja para el día 18 de noviembre de 2011. 6. En la respuesta a la pregunta 7 que el tratamiento que se le dio al paciente fue el debido, perito y oportuno. 7. En la respuesta a la pregunta 8 que no era posible percibir con anticipación el trombo embolismo y que la conducta que se le dio al paciente era la adecuada.

Contrario a lo anterior, la sentencia de primera instancia, está sostenida sobre un informe de necropsia que es incompleto por no contener pruebas patológicas, el mismo no podía servir de base para proferir una sentencia condenatoria, tal y como lo ha referido la jurisprudencia⁴.

Así pues, en este evento, no se encuentra que haya existido un nexo causal entre las no visitas de los galenos entre el 11 y el 18 de noviembre de 2011 y el fallecimiento del paciente, motivo por el cual el nexo causal entre el daño (el fallecimiento del paciente) y la culpa (por las no visitas), no existe y no se puede predicar por la existencia de una duda como lo precisa el juzgador en primera instancia basándose en el informe pericial del perito presentado por la parte actora. Explicado es por la doctrina⁵ que ante la ausencia de nexo causal es improcedente predicar responsabilidad civil alguna en cabeza de la parte pasiva.

⁴ **DICTAMEN PERICIAL**-Emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal. Falta de sustento científico, al fundarse en historia clínica imprecisa e incompleta, remitida por la Clínica oftalmológica. Inadecuado análisis de los aspectos relevantes del procedimiento médico contenido en la historia clínica. Carencia de fundamentos relevantes sobre las complicaciones propias de los procedimientos médicos adelantados al recurrente. Directrices para su apreciación probatoria. Reiteración de la sentencia de SC7720-2014 de 16 de junio de 2014. (SC21828-2017; 19/12/2017)

⁵ “Ahora bien, en lo que respecta a la última condición para determinar la responsabilidad médica, debe hacerse mención al nexo o relación de causalidad entre el daño y la culpa médica, elemento de vital importancia porque nadie debe responder por un daño sino fue consecuencia de una acción u omisión, pero en el caso de la

5. SUSTENTACIÓN DEL SEGUNDO REPARO CONCRETO DENOMINADO “INDEBIDA Y EXCESIVA VALORACIÓN DE LOS PERJUICIOS”:

Se presenta este reproche por cuanto los perjuicios que se dieron a título de daño moral, sobrepasan los parámetros jurisprudenciales en la que se han dado perjuicios morales por un tope máximo de cincuenta y tres millones (\$53.000.000 M.cte)⁶ tratándose de casos en donde hay una muerte en condiciones previas a atención médica, cabe reiterar que la atención médica y sus obligaciones son de medio y no de resultado toda vez que la corporación máxima de la jurisdicción civil en Colombia ha manifestado que⁷ “(...) si hay una actividad peligrosa en la que se debe consentir la existencia de un riesgo permitido, esa es la medicina. En verdad, se admite cierto nivel de exposición al daño inherente a su ejercicio, en tanto se trata de una ciencia no exacta cuya práctica demanda para el colectivo social la necesidad de aceptar como adecuada la eventual frustración de expectativas de curación o recuperación, siempre que no se trascienda a la estructuración de una aproximación al daño evitable o no tolerado” De lo anterior se tiene que, aun cuando se realizaron todos los procedimientos médicos conforme a la lex artis, una patología como el tromboembolismo el cual era y sigue siendo de difícil diagnóstico no puede ser considerado como un daño evitable toda vez que es súbito y sus signos de alarma eran silenciosos como ha quedado probado en el proceso. En tal sentido se considera que ha errado el despacho al considerar que le asiste a mí representada responsabilidad aun estando ante una obligación de medio, aunado a lo anterior como ya se dijo anteriormente el valor por el cual se han reconocido perjuicios morales sobrepasa los topes dados por la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA.

Se presenta este segundo reproche, por cuanto a que de las pruebas allegadas al proceso no se logra acreditar la certeza de los ingresos del actor y de que hubiera dependencia o ayuda cierta para los familiares demandantes de los que se pueda constituir un no ingreso en estos con ocasión a su fallecimiento. Sobre el particular, resulta contradictorio las afirmaciones hechas en la sentencia en cuanto a que en primer momento precisó que no había tal prueba, sin embargo, seguidamente procede a condenar por concepto de perjuicios materiales como lo es el lucro cesante.

Así pues, partiendo de las confesiones hechas por los demandantes, en cuanto a que recibían ayudas esporádicas del fallecido, no se encuentran acreditados los presupuestos jurisprudenciales⁸ y normativos dados por el artículo 1614 del Código

*responsabilidad médica la paradoja se da por pretender que las lesiones en comportamientos lesivos a la humanidad del paciente, los galenos asuman funciones divinas en daños irreversibles corporales por mala administración de sus cuerpos, pretendiendo derivar de los paliativos consecuencias generadas primitivamente por éstos. Así las cosas, el daño que sufre el paciente en su cuerpo mente o en su salud, **debe ser producto de la conducta indebida del médico**, para que se pueda predicar la responsabilidad del profesional de la medicina.” Responsabilidad Civil Médica - Manuel de Jesus Rojas Salgado – La Valoración de la prueba de causalidad en el Acto Médico 3ª edición – Librería Sánchez Jurídica – Bogotá 2015 - P. 73-74 (subrayas fuera del texto).*

⁶ sc 17/11/2011 rad 1001-3103-018-1999-00533-01 - https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/2021/03/17-11-11-1100131030181999-00533-01_c.pdf

⁷ Sentencia del 11 de abril de 2012, Corte Suprema de Justicia.

⁸ “Las últimas doctrinas sobre la materia — a pesar de que existen corrientes que la ubican dentro del género lucro cesante— también marcan fronteras entre ambas, y más importante aún, coinciden en que el apreciable grado de la posibilidad debe ser suficiente, de suerte que la oportunidad perdida no resulta indemnizable si representa apenas una probabilidad abstracta y vaga, una esperanza débil de derecho.

Para los profesores FELIX TRIGO REPRESAS y MARCELO LÓPEZ MESA, “el daño emergente es el más cierto de todos los daños patrimoniales, por cuanto parte de la base de un desembolso efectivo o de un menoscabo tangible. **Un grado menos de certidumbre y nos encontramos con el lucro cesante, que se basa en la disminución de ingresos**, extremo que debe fundarse en un juicio de probabilidad. Finalmente, en cuanto a la

Civil, en el que se encuentre acreditado con suficiencia la certeza de un ingreso y de la parte actora de poder recibir tales ingresos.

Se sustentan así los reparos presentados solicitándole al honorable Tribunal revocar la sentencia condenatoria en contra de mí representada el SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A. y en su defecto condenar a la llamada en garantía AXA SEGUROS COLPATRIA S.A.

Recibiré notificaciones de la sentencia en el correo electrónico: notificaciones@londonouribeabogados.com

Atentamente:



CAROLINA DUQUE CORONEL
C.C. No. 1.144.089.586 de Cali (V)
TP 364715 del CSJ

pérdida de chance existe la necesidad de realizar otro juicio de probabilidad, sólo que de naturaleza más flexible, para apreciar así, si el damnificado se ha visto privado de obtener una ganancia, o si al menos, ello es verosímil". (Negrilla fuera de texto).

Sus presupuestos axiológicos, para que pueda considerarse como daño indemnizable según la elaboración jurisprudencial de esta Corporación refieren a: **(i)** Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, y aunque la misma envuelva un componente aleatorio, la "chance" diluida debe ser seria, verídica, real y actual; **(ii)** Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en inconveniente; y **(iii)** La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de las cosas, su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos. Dicho de otro modo, el afectado tendría que hallarse, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en un escenario tanto fáctico como jurídicamente idóneo para alcanzar el provecho por el cual propugnaba (CSJ SC 4 de agosto de 2014, Exp. 1998 07770 01)." CSJ – SCC – M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO – SC7824-2016 – del 15 de junio de 2016 – Rad. 1101-31-03-029-2006-00272-01