Proceso	**Verbal**
Demandante	**Lina Marcela Puerta Jaramillo y otros**
Demandados	**EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A. y otro**
Radicado	**No. 05001-31-03-003-2019-00020-02**
Procedencia	**Juzgado Tercero Civil del Circuito de Medellín**
Instancia	**Segunda**
Ponente	**Luís Enrique Gil Marín**
Asunto	**Sentencia No. 019**
Decisión	**Confirma**
Tema	**Responsabilidad civil**
Subtemas	**Responsabilidad médica. Relación nexo causal. Carga de la prueba.**

TRIBUNAL SUPERIOR

SALA SEGUNDA DE DECISION CIVIL

Medellín (Ant.), doce de julio de dos mil veintitrés

I. OBJETO

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra de la sentencia proferida por el **JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE MEDELLÍN,** en el proceso verbal instaurado por **LINA MARCELA PUERTA JARAMILLO, PIEDAD ADRIANA PUERTA JARAMILLO, GLORIA MERCEDES PUERTA JARAMILLO y WILLIAM RAMÓN PUERTA**

JARAMILLO, quienes actúan en forma personal y en representación sucesoral de sus padres fallecidos **OTONIEL DE JESÚS PUERTA ECHEVERRI y CRUZANA JARAMILLO MUÑOZ,** en contra de la **EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A., y la CLÍNICA SOMA.**

II. ANTECEDENTES

Pretensiones: Solicitan los demandantes se declare a los demandados civil, solidaria e indivisiblemente responsables de los daños materiales e inmateriales que les causaron con la muerte de la señora Cruzana Jaramillo Muñoz; consecuentemente, se les condene a pagar: a) Daño emergente $33.985.746,oo; b) Lucro cesante consolidado $16.206.997,oo; c) Lucro cesante futuro $53.762.328,oo; d) Daño moral $156.248.000,oo y, d) Daño a la salud $78.124.000,oo; por último, solicitan que sean condenados al pago de las costas.

Elementos fácticos: Afirman los demandantes que son hijos de la señora Cruzana Jaramillo Muñoz (q. e. p. d.), quien estuvo casada con el señor Otoniel de Jesús Puerta Echeverri, quien falleció el 03 de junio de 2018; la señora Jaramillo Muñoz estuvo afiliada a la EPS SURA como beneficiaria y, como antecedentes médicos tenía cáncer de mama, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad renal crónica e hipotiroidismo y como antecedentes quirúrgicos, herniorrafía, cesárea y tubectomia, entre otros; desde el 12 de abril de 2011, le ordenaron varias ecografías abdominales; entre ellas, la que emitió la Empresa Hernán

Ocasiones y Compañía S.A.; la de la IPS Dinámica de fecha 18 de febrero de 2014 y la ecografía abdominal total de la Clínica Soma, del 11 de marzo de 2016; lo que significa que el antecedente de cáncer de mama alertó al personal médico sobre la posibilidad de metástasis a distancia; la paciente empezó a consultar reiteradamente entre septiembre de 2016 y mayo de 2017, por dolor abdominal recurrente y pérdida de peso, lo que se catalogó como obstrucción intestinal parcial crónica; la encrucijada diagnóstica que se planteó definir era la causa de dicha obstrucción; el 13 de mayo de 2015, se realizó cirugía abdominal en la Nueva Clínica del Sagrado Corazón, por hernia abdominal no especificada sin obstrucción ni gangrena. Desde el mes de septiembre de 2016, la paciente empezó a consultar por un cuadro de dolor abdominal que había persistido sin solución durante ocho (8) meses, asociado a manifestaciones gastrointestinales propias de una obstrucción intestinal parcial crónica; lo que la llevó a perder 17 kilos, es decir, el 26% de su peso ideal; bajó la ingesta de alimentos a menos del 50%; lo que fue narrado por el médico cirujano Adolfo León Uribe Mesa, según prueba adjunta; asistió a la EPS SURA, por urgencias y consultas externas en 6 ocasiones; fue hospitalizada en 3 oportunidades hasta por 5 días; tuvo múltiples consultas por EMI y estudios paraclínicos; sin que se llegara a manifestar que tuviera un cuadro abdominal quirúrgico; el cirujano general le indicó a la familia, que la señora Cruzana no se podía operar porque empeoraría las adherencias que padecía; que tenía que aprender a vivir con el dolor; la familia de la paciente 8 meses después de obtener una respuesta no tan efectiva por parte de la EPS, decidió

llevarla al consultorio del doctor Adolfo León Uribe Mesa, quien indicó que la paciente se encontraba en malas condiciones; estaba depresiva, deshidratada, desnutrida, con una masa abdominal pétrea en hemiabdomen inferior, con abdomen doloroso a la palpación, distendido moderadamente; en la documentación aportada encontró un estudio tomo-gráfico realizado por la EPS SURA y/o sus IPS, en una de sus hospitalizaciones, donde observó que había compromiso en región del cuadrante inferior derecho del abdomen, que aunque no era claro para una patología específica, daba pie para operar prioritariamente porque el manejo médico ya no tenía cabida; fue hospitalizada el 08 de mayo de 2017 y estabilizan su estado general y se programó una laparotomía exploradora para el 13 de los mismos y encontraron que el síndrome de adherencia que justificó la no intervención quirúrgica, no existía y hallaron: "*1. Un tumor gigante de toda la pared abdominal inferior con apariencia de desmoides. 2. Una metástasis mesentérica de origen no evidente, que comprometía el íleon terminal y el colon transverso medio, explicando claramente su obstrucción intestinal parcial crónica*"; ante la situación planteada, se realizó: "*Colectomía derecha y anastomosis ileocolica transversa; resección en bloque de la tumoración de toda la pared abdominal inferior; colecistectomía por colelitiasis múltiple; corrección con malla gigante del defecto abdominal inferior*"; las ecografías abdominales totales venían reportando continuamente resultados negativos, hasta la última del 28 de octubre de 2016, donde se habla de un "*<u>área heterogénea mal definida</u>, hacia la región cecal en la fosa iliaca derecha, de aproximadamente 70 X 76*

milímetros, muy dolorosa a la presión con el traductor, y que requiere caracterización mediante tomografía axial computarizada contrastada para excluir plastrón o masa"; en voces del médico auditor la ecografía puntualmente estaba señalando la posibilidad de cáncer dentro de la cavidad abdominal de la paciente y no la mera posibilidad del plastrón apendicular; por dicha razón se solicitó varias veces el examen de tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis contrastada, donde encontraron hallazgos más alarmantes; remitieron la paciente en interconsulta al médico especialista en cirugía general; quien se limitó a corroborar lo que antes venían presumiendo los restantes galenos; que el cuadro clínico de obstrucción intestinal era causado por adherencias y no por masa abdominal alguna; en la historia clínica se observa que algunos médicos generales, insistieron en el diagnóstico probable de masa (cáncer) abdominal, pero no se contó con una laparoscopia diagnóstica, para confirmar o descartar el síndrome de adherencia; a pesar de ello se insiste en dicho diagnóstico y no se ofrecen tratamientos distintos a medidas paliativas, que no lograron una solución real al problema, lo que permitió que la patología de la paciente continuara evolucionando negativamente; por estas razones, la paciente y su familia acudieron a un cirujano particular, quien indica en la historia clínica: "*doña Cruzana al momento de la consulta estaba postrada en la cama, sin poder comer adecuadamente, desnutriéndose progresivamente, deshidratada, con alteración electrolítica y con manifestaciones depresivas reactivas a su enfermedad… con una masa abdominal pétrea en hemiabdomen inferior, con un abdomen doloroso a la palpación, distendido*

moderadamente. En un estudio tomográfico realizado durante una de las hospitalizaciones aprecie compromiso en región del cuadrante inferior derechos del abdomen, que aunque no es claro para una patología específica, daba pie para tomar la decisión de operar prioritariamente a la paciente porque el manejo médico ya no tenía cabida en este estado de cosas tan complicado"; la combinación de estos hallazgos al examen físico y la imagenología diagnóstica, unido al hecho del largo tiempo de evolución del cuadro clínico de la paciente, sin mejoría con las medidas adoptadas, por lo menos daban pie para tomar la decisión de llevar la paciente inmediatamente al quirófano; esto es, tan pronto se estabilizara un poco la condición general, es decir, el sustrato corpóreo sobre el que se llevaría a cabo la cirugía.

En el resumen realizado por el cirujano particular, indica… "*para mi sorpresa encontré que el síndrome de adherencia que justificó la no intervención quirúrgica de la paciente <u>no existía</u> en su defecto encontré: 1. Un tumor gigante de toda la pared abdominal inferior con apariencia de Desmoides. 2. Una metástasis mesentérica de origen no evidente, que comprometía el íleon terminal y el colon transverso medio explicando claramente su obstrucción intestinal parcial crónica. Continua: "le realice: 1. Colectomía derecha y anastomosis ileocolica transversa. 2. Resección en bloque de la tumoración de toda la pared abdominal inferior. 3. Colecistectomía por colelitiasis múltiple. 4. Corrección con malla gigante del defecto abdominal inferior*"; la cirugía de laparotomía exploradora fue practicada 5 días después de su ingreso al servicio de hospitalización, es decir, el 13 de mayo

de 2017; pasando a señalar varios de los hallazgos; así como los tratamientos quirúrgicos realizados por el cirujano, en virtud de dichos hallazgos; precisa que la paciente se recuperó sin tantos contratiempos, lo que llevó a la familia a cuestionar la violación del derecho a la salud por parte de la EPS, por no acceder de forma efectiva a la prestación de servicios; el 30 de mayo de 2017, se realiza un informe de anatomía patológica que es enviado a Oncología, el cual estimó que el adenocarcinoma metastásico que presentó la paciente no guardó relación con el tumor primario de mama, sino que tuvo origen colónico; el 17 de julio adiado, se realiza un examen de tomografía por emisión de positrones, cuyos resultados pasa a indicar.

Continúa señalando, que el personal médico general y especialista de la EPS, la Clínica Soma y demás IPS, no adoptaron el procedimiento indicado para el problema de salud que presentaba la paciente; como era intervenir quirúrgicamente de manera inmediata, debido a un error médico de juicio al no establecer el diagnóstico preoperatorio correcto; lo que ocasionó un daño irreparable; además, los galenos no advirtieron el adenocarcinoma, a pesar de los síntomas y signos que resultaban claros y sugestivos de tal enfermedad; se presentó negligencia médica, retardo en la atención, descuido, exceso de confianza en los conocimientos profesionales, prácticamente incurrieron en dolo eventual y falta de coordinación entre el personal de la EPS SURA y la Clínica SOMA; lo que es suficiente para configurar el incumplimiento en la obligación de medio de los profesionales de la medicina y la responsabilidad de los galenos por los

daños que sufrió la paciente al seguir un tratamiento inadecuado o porque no se atendió debidamente; se presentó error de diagnóstico, error de tratamiento y retardo en la atención quirúrgica; tanto la EPS como las IPS; entre ellas, la Clínica Soma y el personal médico que se encontraba de servicio, no cumplieron con la obligación de colocar los medios adecuados para el restablecimiento de la salud de la paciente, donde el daño se considera antijurídico y compromete la responsabilidad del extremo pasivo; existe nexo causal entre la conducta del personal médico y el daño padecido por la paciente y su familia; la paciente falleció el 14 de agosto de 2017; así mismo, afirman que pese a que se evidenció un cáncer de mama, este fue detectado a tiempo y se pudo combatir; según las reglas de la experiencia 9 de cada 10 mujeres, sobreviven, si el cáncer de mama se detecta a tiempo; el 03 de junio de 2018, falleció el señor Otoniel de Jesús Puerta Echeverri, sin reclamar los daños padecidos a título personal; igualmente, la paciente padeció un daño en la salud por la negligencia médica que conllevó a daños irreversibles; viéndose obligada a soportar una lesión al derecho a su personalidad, una modificación al ritmo normal de vida y no gozar como antes de las actividades con su núcleo familiar y la sociedad; así como daños morales que se traducen en un menoscabo a sus sentimientos; padeciendo sufrimiento, angustia, aflicción y zozobra; con todo, como al momento de su muerte no reclamó indemnización por los perjuicios, los herederos tienen vocación hereditaria y reclaman para la sucesión de sus padres fallecidos.

La señora Cruzana Jaramillo Muñoz era una persona alegre y familiar, los pretensores la cuidaron y acompañaron a citas, hospitalizaciones y urgencias; le dispensaron todos los cuidados que requirió y su deceso causó fuerte conmoción emocional y psicológica, dolor e impotencia a los demandantes y su consorte, Otoniel de Jesús Puerta Echeverri, fallecido.

Admisión de la demanda: Se admitió el 13 de febrero de 2019; la Sociedad Médica Antioqueña - SOMA, una vez notificada replicó la demanda, se opuso a las pretensiones y como medios de defensa propuso: ***(i) inexistencia de culpa y falta de nexo causal; (ii) hecho de un tercero; (iii) tasación excesiva de los perjuicios y, (iv) la genérica.***

Por su parte, la EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A., formuló las siguientes excepciones: ***(i) ausencia de responsabilidad; (ii) inexistencia de la obligación indemnizatoria en cabeza de EPS SURA; (iii) culpa exclusiva de las víctimas; (iv) ausencia de nexo de causalidad; (v) causa extraña – fuerza mayor o caso fortuito y, (vi) excesiva tasación de perjuicios.***

Objeción al juramento estimatorio: Porque se pretende el cobro de unos supuestos gastos por las atenciones médicas que a la paciente prestó la Clínica Las Américas, a raíz de una intervención realizada de manera particular; pero ese procedimiento fue autorizado por la EPS SURA desde el 06 de enero de 2017; si la paciente y su familia no accedieron al

servicio autorizado y lo adelantaron de manera particular, los gastos y riesgos deben ser asumidos por su cuenta. Solicita se dé aplicación al art. 206 del C.G.P.

Llamamiento en garantía: La SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A. - SOMA, llamó en garantía a la compañía SEGUROS DEL ESTADO S.A., para que asuma el pago de una eventual condena a la llamante en virtud del contrato de seguro.

Como soporte afirma la llamante que contrató con la llamada el seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales, mediante póliza No. 65-03-101009762, donde figura como tomadora y asegurada, y como beneficiarios terceros afectados; con vigencia del 08 de mayo de 2014 al 08 de mayo de 2015 y, que ha sido renovada hasta la fecha, siendo la renovación o prórroga que cubre el reclamo la del 08/05/2016 al 17/02/2017, porque la atención médica se brindó a la paciente entre los meses de octubre y noviembre de 2016.

Admitido el llamamiento y notificado a la llamada, se pronunció frente al llamamiento en garantía y la demanda principal, formulando frente a esta última las siguientes excepciones: ***i) ausencia de culpa por parte de la SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA – CLINICA SOMA; ii) inexistencia de nexo causal frente a la Clínica Soma; iii) indebida tasación de los perjuicios morales reclamados y, iv) la genérica***. Como medios de defensa frente al llamamiento, esgrimió: ***i) límite del valor***

asegurado según las condiciones y vigencia de la póliza 65-03-101009762; ii) deducible pactado en la póliza 65-03-101009762 y, iii) la genérica.

Sentencia: Se profirió el 18 de agosto de 2021, con la siguiente resolución:

*"**PRIMERO**: Desestimar las pretensiones de la parte demandante en virtud de lo expuesto en la parte motiva de la presente sentencia.*

*"**SEGUNDO**: Condenar en costas a la parte demandante a favor de la parte demandada, en atención a que fueron desestimadas las pretensiones, se fijan como agencias en derecho la suma de $17.000.000.*

*"**TERCERO**: En virtud de la desestimación de las pretensiones principales, se desestima a su vez las formuladas en contra de la llamada en garantía, sin lugar a imponer costas, pues ni el llamante ni la llamada fueron vencidas en el proceso.*

"***CUARTO**: Lo dispuesto se notifica por estados.*

"***QUINTO**: Se concede el recurso de apelación en el efecto suspensivo interpuesto por la apoderada de la parte demandante, se le advierte que cuenta con el término de tres (3) días para presentar los reparos concretos, so pena de declarar desierto el recurso."*

Luego de indicar que el litigio versa sobre una responsabilidad médica, aborda el examen de las pruebas.

La historia clínica de la Clínica SOMA documenta que la paciente fue remitida por la EPS SURA de la Clínica Medellín, al servicio de urgencias el 29 de octubre de 2016, en la primera revisión se determina como enfermedad actual: "*Ingresa a nuestro servicio de urgencias remitida de la Clínica Medellín, Sede Occidente; paciente consultó porque hace dos meses está con dolor abdominal, localizado inicialmente en el EPI y meso-gástrico, con sensación de llenura y pesadez; consultó y le hicieron un ECO que mostró colelitiasis y signos de colecistitis; el 28 de octubre de 2016, con perfil hepático normal; pero la ECO sugiere además que puede tener un plastrón a nivel apendicular versus masa a nivel de la FID, por lo que sugiere TEST contrastado de abdomen, se le realiza pero no tiene lectura*"; el 30 de octubre fue valorada por el médico cirujano Juan Camilo Álvarez Pava, quien reporta: "*Paciente con plastrón apendicular no acedado, por el momento no requiere manejo quirúrgico, solo antibiótico, es tratada con antibiótico y para el 31 de octubre es dada de alta con recomendación de revisión en un mes con tomografía*".

El 17 de noviembre de 2016, se realizó la tomografía de abdomen y pelvis, contraste abdomen total; el 24 de los mismos, en la valoración programada, el especialista Juan Camilo Álvarez Pava, observa que el TAC abdominal ya no muestra el fenómeno del plastrón, pero dice que hay persistencia del apéndice y ordena una colecistectomía y

apendicetomía laparoscopia; de donde el Juzgado indica que no se haya evidencia alguna que acredite, tal como quedó claro en el proceso, la práctica de los actos quirúrgicos ordenados; la Clínica SOMA al dar respuesta a la demanda, pone de presente que la paciente no se volvió a contactar con el centro médico desde el día que asistió a esa consulta con especialista; la EPS SURA muestra que autorizó la cirugía en la Clínica CES, el 06 de enero de 2017, pero no fue posible programarla porque la paciente nunca los contactó; lo que quedó acreditado en el plenario, esto es, que la paciente no se practicó la cirugía autorizada por la EPS desde el 06 de enero de 2017.

El 06 de diciembre de 2016, la paciente promovió acción de tutela solicitando medida provisional, que correspondió al Juzgado 26 Penal Municipal de la ciudad y a la que adjuntó copia de la historia clínica, de la orden de cirugía, del comprobante de autorización y de la solicitud entregada a la EPS SURA, el 25 de noviembre de 2016; la parte actora reprocha las atenciones médicas de la Clínica SOMA, indicando que no eran las que demandaba la paciente para tratar la sintomatología que presentaba; que los galenos se equivocaron en el diagnóstico y no acertaron en los procedimientos, lo que finalmente produjo su muerte; la afirmación la respalda en lo aseverado por el médico Adolfo León Uribe Mesa, quien atendió y trató a la paciente el 09 de mayo de 2017 y señaló, que recibió a la paciente en malas condiciones y al revisar los estudios tomográficos realizados en el tiempo que estuvo hospitalizada, encontró que si bien no era claro determinar una patología especificada, si era

necesaria de manera prioritaria una intervención quirúrgica; asegura que, al practicar la laparotomía exploradora, encontró un tumor gigante de toda la pared abdominal inferior con apariencia de desmoides, metástasis mesentérica de origen no evidente, que comprometía el íleon terminal y el colon transverso medio; la enfermedad demandaba como procedimiento, una colectomía derecha y una anastomosis ileocólica trasversa, así como una recepción en bloque de toda la tumoración en la pared abdominal anterior, una colecistectomía por quelitiasis múltiple y una corrección de malla abdominal gigante del defeco abdominal inferior; hallazgos que se dieron en el acto quirúrgico y, luego precisó que la paciente se recuperó sin contratiempos; igualmente, destacó que el síndrome adherencial que justificó la no intervención quirúrgica por parte de los galenos de la Clínica Soma, no existía.

La situación planteada corresponde a una premisa fáctica, discutible al interior del proceso, toda vez, que se acusa a los médicos de la Clínica SOMA de un obrar antijurídico subjetivo, al prescindir de las ayudas diagnósticas o no realizar a la paciente una intervención quirúrgica, que permitiera establecer el origen del cuadro de dolor abdominal que presentaba cuando fue atendida en dicho centro hospitalario; cabe entonces preguntar, si los médicos se equivocaron en el diagnóstico de la paciente, cuya respuesta establecería la existencia de un hecho antijurídico subjetivo imputable a la Clínica SOMA y, por ende, a la EPS SURA; los primeros estudios que se realizaron a la paciente para su dolor abdominal, fueron producto de la atención adelantada

en la Clínica Medellín de Occidente, donde se ordenó una ecografía de abdomen total, en la que se concluyó colelitiasis sin signos de colecistitis, área heterogénea mal definida hacia la región cecal en la fosa iliaca derecha de aproximadamente 70 a 76 milímetros; muy dolorosa la presión con el traductor y requiere caracterización mediante tomografía abdominal contrastada para excluir plastrón o masa; del análisis de este examen dijo el galeno José Rafael Soto Petro, de la Clínica Medellín, paciente con dolor abdominal con 2 meses de evolución e imágenes sugestivas de plastrón versus masa iliaca derecha; se solicitó tomografía contrastada de abdomen y de acuerdo a los resultados definir intervenciones posteriores.

Con ese análisis salió la paciente del centro hospitalario, y fue remitida por la EPS a la Clínica SOMA; en el servicio de hospitalización fue revisada inicialmente por el médico cirujano Juan Camilo Álvarez Pava, quien según se evidencia en la historia clínica y acorde con lo expuesto en su testimonio, destacó la existencia de la masa abdominal en el cuerpo de la paciente; luego de realizar una correlación clínica, es decir, analizar las ayudas diagnósticas, los exámenes médicos y los síntomas que presentaba, dejó claro que observó un plastrón apendicular no acedado; se cuestionó por qué de la tomografía contrastada de abdomen, solo llegaron las imágenes y no la lectura; se le preguntó y dijo que observando las imágenes, los exámenes médicos y los síntomas de la paciente, determinó que se trataba de un plastrón apendicular y aclaró, que los radiólogos no emiten el diagnóstico medicó de la paciente y ordenó un TAC de

abdomen y pelvis y contraste con abdomen total; es decir, tal como se hizo en la Clínica Medellín, el 17 de noviembre de 2016, y que llegó a la Clínica SOMA sin la lectura; pero fue analizado por el galeno Juan Camilo Álvarez Pava, quien ordenó colecistectomía y apendicetomía por laparoscopia, pero la paciente a pesar que la cirugía se autorizó desde el 06 de enero de 2017, no se realizó el procedimiento.

El 29 de marzo de 2017, la paciente se realiza una colonoscopia en la Clínica Medellín, que indicó hemorroides internos, no precisa el grado, regular preparación del colon derecho, colonoscopia normal; sin que aparezca orden de repetir dicho procedimiento; el resultado de la tomografía a folio 88 del cuaderno físico y 153 del expediente digital, practicada el 28 de octubre de 2016, en la Clínica Medellín, no recomendó colonoscopia alguna; toda vez, que a la paciente como viene de indicarse, se le ordenó la colonoscopia en el mes de marzo de 2017.

El perito del que se valió la parte demandada, doctor Jairo Augusto Casas Guerra, al dar respuesta al cuestionario de la EPS SURA, señaló que antes del 06 de enero de 2017, no era posible determinar como único diagnóstico en la paciente un tumor abdominal; precisando como posibles diagnósticos a más, de un posible tumor abdominal; según lo mencionado previamente y de acuerdo a los folios revisados y los estudios de imágenes efectuados y documentados en la nota del 16 de diciembre de 2016, son: Por ECO y TAC abdominal es una colelitiasis; por ECO es una área heterogénea mal definida hacia región cecal en fosa iliaca de aproximadamente 70 por

76 milímetros y por TAC abdominal es un plastrón apendicular.

El experto del que se valió la parte demandante, también es claro en indicar, que todas las ayudas diagnósticas que se realizaron a la paciente durante los años 2016 y 2017, no mostraron traumas; sin embargo, consideró que… "*teniendo en cuenta la sintomatología de dolor de varios meses de evolución, la distención abdominal, el vómito y el estado de deterioro de la paciente, era necesario hacer una revisión exploratoria de la cavidad abdominal, como lo señaló el cirujano tratante doctor Adolfo Uribe, quien encuentra tumor de pared abdominal*"; esa sintomatología fue la que encontró el medico Adolfo León Uribe Mesa, en mayo de 2017 y que lo llevó a practicar la cirugía exploratoria; véase que si bien la paciente venía padeciendo dolor abdominal desde finales del año 2016, el experto del que se valió el extremo pasivo, doctor Jairo Augusto Casas Guerra, dijo que la paciente por su estado de salud era proclive a una variedad de posibles causas de dolor abdominal, "…*la paciente desde el 2009 a 2017, presentaba múltiples y posibles causas de dolor abdominal, con los siguientes diagnósticos asociados y documentados, infección urinaria, síndrome de intestino irritable, hernias de pared abdominal, síndrome adherencial de antecedente de cesárea, antecedente de laparotomía, obstrucción intestinal, colelitiasis, plastrón apendicular, tumor intrabdominal*".

El dolor abdominal que presentaba la paciente con una evolución de dos meses, para octubre de 2016, según la

historia clínica de la Clínica Medellín venía entonces desde el mes de agosto adiado; el síntoma de pérdida de peso es reportado, por primera vez, el 17 de abril de 2017, en atención médica de EMI, donde reportan pérdida de peso 10K en 3 meses, es decir, que desde el mes de febrero de 2017, la paciente comenzó con una pérdida significativa de peso; las náuseas las reporta el galeno Uribe Mesa, el 19 de mayo, cuando atendió a la paciente en la Clínica Las Américas; la señora Juez a quo considera que para el año 2016, la paciente no presentaba los síntomas que encontró el doctor Adolfo León Uribe Mesa en mayo de 2017, salvo el dolor abdominal; de donde colige, que en verdad existió pericia y diligencia en la atención brindada a la paciente, durante el año 2016 y hasta el mes de abril de 2017, cuando se realizó la colonoscopia, a la que más adelante se referirá; los demás exámenes y la sintomatología que presentaba la paciente, para el año 2016, no fueron indicativos de que padeciera un cáncer abdominal metastásico; de donde el diagnóstico que dio la Clínica SOMA, no aparece equivocado, ni tardío, ni mucho menos constituye una conducta omisiva, que se tenga como causa del fallecimiento de la paciente; el diagnóstico del doctor Juan Camilo Álvarez Pava, está basado en un criterio médico que no fue derruido en el proceso; al contrastar lo clínico con las imágenes diagnósticas y los exámenes médicos, observó un plastrón apendicular que podía desaparecer al ser una especie de inflamación o encapsulamiento en el apéndice, según lo explicado por los peritos y el médico tratante, que se hubiere visto un plastrón que luego desapareció, no descarta la coexistencia coetánea de una metástasis; pero esa metástasis no se pudo observar

con las ayudas diagnósticas realizadas; ni tampoco se determinó, desde cuando presentaba el cáncer de colon, si a finales del 2016 o comienzos del 2017; cáncer del que los expertos afirmaron que era supremamente agresivo; la labor del médico es la de utilizar todos los medios como aconteció en este caso, para tratar de llegar a un diagnóstico, porque exigir que se diagnostique una enfermedad que ni con todas las ayudas diagnósticas efectuadas se logró advertir; tal como lo indicaron ambos peritos, esto es, que ninguna de las ayudas diagnósticas mostró tumor o sospecha de cáncer; ello resulta desproporcionado y por fuera del marco de las obligaciones de los médicos; se insiste, solo hasta el mes de abril de 2017, se reporta la pérdida de peso y nuevamente el dolor abdominal, cuando se ordenó una nueva tomografía que se realiza en el mismo mes y que no reporta cambios, en relación con las efectuadas en el año 2016, tal como lo afirmó el experto del que se valió la parte actora.

Continúa precisando, que si bien no se ordenó una nueva colonoscopia, cuando se debió hacer como coincidieron los expertos, esa omisión no fue la causa del fallecimiento de la paciente, porque para el mes de mayo de 2017, un mes después de efectuada la colonoscopia, demostrado quedó con la inmuno-histoquímica que se realizó a la paciente, que ésta tenía compromiso metastásico por adenocarcinoma que favorece origen en colon, es decir, el cáncer de colon ya había hecho metástasis a otros órganos y descubrirlo en esa colonoscopia en el mes de abril o en la cirugía exploratoria que realizó el doctor Adolfo León Uribe Mesa, no presentaba

una significativa diferencia de cara al desenlace final, la muerte de la paciente.

Frente a la documentación aportada y a los informes allegados por ambas partes, precisa que, no hay manera de establecer que el tumor maligno de colon no especificado, como causa de la muerte de la paciente, se generó o agravó o se hizo intratable por atraso en algún procedimiento, o en la realización de alguna ayuda diagnóstica, o por un diagnóstico errado o tardío; no se demostró que el cáncer de colon surgió por negligencia de la Clínica SOMA, al no detectar la masa de pared abdominal o la metástasis mesentérica de origen no evidente que comprometiera el íleo terminal, y el colon transverso medio, que encontró el doctor Adolfo León Uribe de la Clínica Las Américas, en el mes de mayo de 2017; pues ni los síntomas que reportó la paciente, ni las ayudas diagnósticas practicadas, ni los exámenes clínicos dieron fundamento para sospechar un cáncer de colon, como lo precisó el perito traído por la parte demandante, cuando fue interrogado en tal sentido; cuando el doctor Adolfo León Uribe Mesa halló la metástasis y ese tumor gigante en la pared abdominal, lo hizo por casualidad; pues tal como lo señaló el experto traído por la parte actora, no existían síntomas que demostraran la existencia de un cáncer; amén, que la paciente no se realizó la laparoscopia que fue ordenada por la EPS en el mes de enero de 2017.

La Clínica SOMA y la EPS SURA, realizaron todas las ayudas diagnosticas que requirió la paciente; solo se advierte que ordenada la colecistectomía y apendicetomía por el médico

tratante Juan Camilo Álvarez Pava, el 24 de noviembre de 2016, se radicó la orden para su autorización el 25 de los mismos, ante la EPS SURA; la acción de tutela se presentó el 05 de diciembre de 2016, ante el Juzgado 26 Penal Municipal de la ciudad, con medida provisional; donde no es claro si realmente fue notificada la EPS SURA, solo aparece una nota que dice notificador Carlos Andrés Henao Jaramillo; acción que el extremo activo dice no recordar, ni conocer el resultado; la que se promovió para que se autorizara de manera inmediata el procedimiento ordenado; siendo fallada el 15 de diciembre y concedió el término de 48 horas a la accionada para que diera la autorización, notificada el 19 de diciembre de 2016 y la EPS SURA cumplió con la orden el 06 de enero de 2017; si bien la cirugía no se ordenó de manera prioritaria, ni se cumplió el fallo de manera diligente; no se puede considerar como causa del fallecimiento; amén, que la paciente no se realizó la cirugía y no volvió a consultar; solo el 26 de febrero de 2017, consultó nuevamente por dolor, sin que el galeno de EMI que la atendió, especifique el lugar donde se presentaba la dolencia.

Sigue indicando, que en este tipo de enfermedades, como el cáncer, se podría endilgar un nexo causal si en una de las fases del mismo, existió la posibilidad de curar al paciente y por negligencia no se hizo y, por ello se produjo la muerte; o si por no prestar los servicios necesarios para la atención se generó un agravamiento que impidió cualquier tratamiento para aliviar al paciente; en este caso, no se observa una conducta omisiva, negligente o imperita por parte de los galenos que atendieron a la señora Cruzana Jaramillo Muñoz;

ni alguna de las hipótesis mencionadas de generación del nexo causal; las aseveraciones de la parte actora, que se entiende salieron desde del dolor por la pérdida de un ser querido, en cuanto que la paciente falleció producto de una mala atención en la Clínica SOMA, no se acreditaron en el proceso; incluso el perito traído por los demandantes no indicó cuales otros medios de ayuda diagnóstica se debieron utilizar en la atención a la paciente; solo afirmó que por los antecedentes se hubiera investigado más; pero no precisó como se debía proceder a ello, acorde con las tomografías, exámenes médicos y ecografías que diligentemente efectuaron a la paciente las demandadas y, entiende el Juzgado que se debió a que no contaba con conocimientos en el ramo de la cirugía, porque a pesar de que en su título se indica que es médico cirujano, tal como lo afirmó, en verdad es médico general; tampoco contaba con conocimientos profundos en oncología y si bien trató de insinuar, que la laparoscopia podía resolver la duda; no indicó que la laparoscopia se debía realizar con fines de diagnóstico, solamente repitió lo que dijo el doctor Adolfo León Uribe Mesa.

El médico Adolfo León Uribe Mesa de la Clínica Las Américas, cuando ya encuentra a una paciente deteriorada, con pérdida de peso, dolor abdominal y nauseas, luego de observar las ayudas diagnósticas e indicar que no era claro determinar una patología especificada, realiza la intervención en el mes de mayo de 2017 y en esa intervención exploratoria, encuentra ese resultado; en virtud del principio del "*onus probandi*" consagrado en el art. 167 del C.G.P., la parte

actora tenía una alta carga demostrativa que debía satisfacer; se insiste, comprobar negligencia médica en el tratamiento de la paciente y que esta fue la causa del fallecimiento de la señora Cruzana Jaramillo Muñoz.

Desde el ejercicio médico, ningún reproche culpabilístico se puede hacer a la demandada, con base en las pruebas adosadas; definitivamente la paciente durante el año 2016, recibió todas las ayudas diagnósticas que ordenaron, se realizaron todos los exámenes médicos y valoraciones clínicas; amén, que los expertos indicaron que no había sintomatología que hiciera sospechar la existencia de cáncer; como tampoco resulta de las imágenes diagnósticas y los exámenes médicos; exigir a los galenos que sospecharan de cáncer en esas condiciones, resulta inadecuado para endilgar culpa médica a los facultativos de la Clínica SOMA; a lo que concluye, que el problema jurídico planteado queda resuelto y, por lo tanto, las pretensiones de la demanda se desestimarán, sin que sea necesario realizar pronunciamiento alguno frente a las demás excepciones propuestas; ni tampoco es necesario pronunciamiento frente al llamamiento en garantía y se condenará en costas a la parte demandante a favor de la demandada. Como agencias en derecho se fijará $17.000.000.oo.

Apelación: Lo interpuso la parte demandante y como disenso señala: no existe una valoración adecuada de las pruebas adosadas al plenario, especialmente, de las ayudas diagnósticas practicadas a la paciente, como se adujo en las alegaciones de conclusión; toda vez, que en la Clínica

Medellín, avizoraron una masa maligna por lo que descartan plastrón o masa; además, se debe tener en cuenta lo consignado en el TAC abdominal obrante a folio 88; que procede a detallar; de donde acorde con lo dicho por el doctor Álvarez Pava, considera que si bien no eran los radiólogos quienes determinaban el diagnóstico, si era necesario proceder de acuerdo a sus criterios y a lo que habían observado; en la ecografía que realizó la Clínica Medellín, solicitó descartar plastrón versus masa; considera que existe una falta de valoración probatoria, porque el médico Juan Carlos Álvarez Pava, en los diagnósticos, actuó con negligencia, impericia y fue rápido en evaluar a la paciente, lo que con posterioridad conllevó a equívocos; además, solicitó visita dentro de un mes con otro TAC abdominal, pero para seguir el plastrón que diagnosticó; en el mes de marzo, cuando la paciente fue atendida en la Clínica Medellín, se tuvo como base dicho diagnóstico. Existe negligencia por parte de la EPS SURA, porque no dio la orden para la cirugía de la paciente que podía detectar el cáncer, como lo ordenan los numerales 1 y 2 del art. 7 de la Resolución No. 4331; considera que existe una negligencia médica; por estas razones, solicita que en segunda instancia se realice una valoración de todas las pruebas; además, se tenga en cuenta, que la paciente tenía un antecedente de cáncer de seno, lo que daba lugar a una situación alarmante de que se hubiera repetido. En su debido momento sustentará la alzada.

Dentro de los tres (3) días siguientes a la audiencia de instrucción y juzgamiento, reiteró que existe una indebida valoración probatoria al considerar que no existió culpa o

negligencia médica por parte del galeno Juan Camilo Álvarez Pava, cirujano general de la Cínica SOMA, que atendió a la paciente para el 30 de octubre de 2016; como fundamento se tuvo que la obligación del profesional de la salud es de medio y no de resultado, y que correspondía a la parte demandante demostrar los supuestos de hecho, fundamento de la demanda y que en el presente caso, no se demostró la culpa o dolo del médico en la atención que prestó a la paciente; además, no se podía exigir que se detectara el tumor cancerígeno porque las ayudas diagnósticas no lo detectaron; que existe duda sobre el momento en que se presentó el tumor cancerígeno de colon en la paciente; considerando que para la fecha de atención por parte del médico Juan Camilo Álvarez Pava aún no existía; que al preguntar a los expertos si las ayudas diagnósticas revelaban el tumor cancerígeno, ambos indicaron que no; advirtiendo, que las instituciones que atendieron a la paciente no detectaron su verdadera patología; el doctor Adolfo León Uribe Mesa, cirujano de la Clínica Las Américas, cuando intervino a la paciente halló el tumor accidentalmente; considera que la valoración de la prueba visible a folios 88 fue indebida, al no ser cotejada con las demás pruebas; entre otras, la historia clínica de la Clínica Medellín, del 28 de octubre de 2016, donde el cirujano José Rafael Soto Petro, de manera negligente no emitió concepto con base en la ecografía abdominal, en la que el radiólogo recomendaba un TAC abdominal y posteriormente una colonoscopia y correlacionar; facultativo que tiene la misma especialización del galeno Juan Camilo Álvarez Pava, de quien como se indicó en la demanda, su acto médico reprochado fue confirmar un

plastrón apendicular, sin practicar otras ayudas diagnósticas; toda vez, que la interpretación que dio al TAC abdominal fue errada; quien manifestó en la audiencia que el radiólogo no determinaba el diagnóstico, sino que lo hacía el médico de acuerdo con la correlación clínica y las ayudas diagnósticas; sin embargo, las únicas ayudas diagnósticas eran las practicadas en la Clínica Medellín; esto es, la ecografía abdominal, que pedían descartar un plastrón o masa, recomendando un TAC abdominal y una vez practicado, la radióloga consideró pertinente una colonoscopia y correlacionar; actuaciones que no fueron realizadas por el medico Juan Camilo Álvarez Pava; amén, que la paciente sufrió de cáncer de mama, lo que era suficiente para practicar las ayudas diagnósticas, descartar la masa y confirmar el plastrón; faltando al deber objetivo, tal como lo dispone el art. 10 de la Ley 23 de 1981. Además, se debe tener presente lo manifestado por el experto, el doctor Casas, al sustentar el dictamen cuando se le interrogó si en la tomografía a folio 88, confirmó un plastrón apendicular; así como lo afirmado por el perito Hermes Grajales, en la sustentación del informe; la experticia allegada por la parte actora fue elaborada de manera general, en cuanto al procedimiento del cirujano en ciertas circunstancias, porque al experto no le llegó completa la historia clínica de la paciente; pero al conocerla, fue enfático en manifestar que el TAC abdominal visible a folio 88, no confirmaba un plastrón, de lo que dio fe el experto Hermes Grajales y el auditor médico de la EPS SURA; además, se tenían que practicar otras ayudas diagnósticas como la colonoscopia que recomendó la radióloga; cuando en el TAC abdominal indicó: "… *el sigmoides participa de manera*

tangencial en el fenómeno adherencia, no encuentro engrosamiento o realce anormal en el colon izquierdo, no obstante considero importante correlacionar con procedimientos y según criterio de colonoscopia"; la paciente fue atendida con un nuevo TAC abdominal que ordenó el médico Juan Camilo Álvarez Pava, el 30 de octubre de 2016; al momento de darla de alta, como se evidencia en el TAC abdominal del 17 de noviembre de 2016, se realizó de acuerdo a la indicación "*PLASTROM APENDICULAR EN ESTUDIO*", para esta ocasión el radiólogo realizó el TAC abdominal con el propósito de estudiar el plastrón apendicular y las atenciones posteriores lo fueron para atender un plastrón que persistía, ya que la paciente continuaba con sus dolores abdominales agudos; quien siempre fue atendida por un plastrón apendicular que no existía; es cierto que el médico Adolfo León Uribe Mesa, quien realizó la cirugía en mayo de 2017, encontró el tumor en forma accidental, porque no se avizoró en ninguna ayuda diagnóstica; pero no se tuvo en cuenta, que dicho profesional indicó que la atención médica no daba cabida por el estado de la paciente y debía proceder con la cirugía.

No es como lo interpretó la apoderada de la Clínica SOMA y lo asumió el Juzgado; esto es, si para el mes de octubre de 2016, que fue atendida la paciente por dicha institución, tenía el tumor cancerígeno; puesto que ello está demostrado con la ecografía abdominal y la tomografía, pues allí se evidencia signos de su existencia; no en vano se consideró practicar más ayudas diagnósticas, que no ordenó el cirujano Juan Camilo Álvarez Pava; de haberse realizado la cirugía

aprobada a la paciente, la EPS hubiera hallado 5 meses antes el tumor cancerígeno, evitando su crecimiento y posterior metástasis; como lo ordenan los numerales 1 y 2 del art. 7 del Decreto 4331, de no incumplir con las obligaciones a su cargo, se hubiera aminorado el daño por el error en el diagnóstico; además, la cirugía se realizó por el galeno Adolfo León Uribe Mesa, en el mismo sitio donde se avizoraba estaba el tumor. Por estas razones solicita, revisar de fondo y de manera conjunta las pruebas adosadas y revocar la sentencia de primer grado y, en su lugar, acoger las pretensiones.

En segunda instancia al descorrer el traslado para sustentar el recurso de apelación, en síntesis, volvió sobre los argumentos que vienen de extractarse.

Al descorrer el traslado concedido, la Sociedad Médica Antioqueña - SOMA, indicó que el fallador de primera instancia realizó un exhaustivo examen de las pruebas aportadas y practicadas; quedó demostrado que no existió culpa o negligencia por parte del médico Juan Camilo Álvarez, ya que la obligación del profesional de la salud es de medio y no de resultado, como lo ha señalado la doctrina; además, en la actividad médica la responsabilidad es subjetiva, correspondiendo la carga de la prueba a la parte actora, quien no cumplió con la misma porque no acreditó la culpa ni el nexo causal; por el contrario, está demostrado que no existió ninguna falla en la atención a la paciente, y que se actuó con la debida diligencia, cuidado y oportunidad; pasando a realizar un resumen de las atenciones brindadas a la paciente.

En cuanto a los reproches del recurrente al actuar del médico Juan Camilo Álvarez Pava, en cuanto confirmó un plastrón apendicular sin practicar otras ayudas diagnósticas a la paciente y que la interpretación que se le dio al TAC abdominal fue errada; trae a colación lo afirmado por el doctor Juan Camilo Álvarez, en la declaración que rindió, así como lo indicado por los peritos Augusto Casas Guerra y Hermes de Jesús Grajales y los médicos declarantes; quienes coincidieron en afirmar que no era posible determinar si para el mes de octubre de 2016 existía el tumor; además, los expertos precisaron que el cáncer de colon es muy agresivo y de rápida progresión y que la posibilidad de que la paciente sobreviviera era menor debido a las múltiples comorbilidades que padecía, su edad y estado clínico; aspectos ampliamente conocidos por los demandantes. Por estas razones, solicita se confirme la decisión de primer grado.

La EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURA S.A., adujo que autorizó la cirugía de colecistectomía y apendectomía laparoscópica para la paciente en noviembre de 2016, ampliada en enero de 2017; realizó las gestiones necesarias para garantizar sus condiciones de salud; en cuanto que el médico se equivocó en el diagnóstico de plastrón apendicular, no existe certeza de ello; además, el galeno precisó que la condición de la paciente mejoró, como quedó registrado en las historias clínicas; amén, que debido a la presencia del apéndice se ordenó por parte de la EPS la cirugía de colecistectomía y apendectomía laparoscópica; como se puede constatar en los informes y en el testimonio del galeno

Álvarez Pava, con este procedimiento no solo se buscaba mejorar el estado de salud de la paciente, sino tener una visión más clara de las situaciones que pudieran surgir en el abdomen de la paciente; además, conforme con lo explicado por el perito Jairo Augusto Casas, los exámenes realizados por la EPS no permitían detectar la existencia de cáncer, ya que en las imágenes no se observa ninguna masa y la paciente no presentaba síntomas claros de cáncer y, su diagnóstico se podía confundir con diversas patologías; incluso, el médico particular que operó a la paciente el 13 de mayo de 2017, dejó constancia en la historia clínica que con los exámenes realizados no se podía detectar ningún tipo de cáncer; es más, el 29 de marzo de 2017, a la paciente se le realizó una colonoscopia en la Clínica Medellín, sin que se hallaran indicios de cáncer, lo que tuvo lugar, después de la atención por parte del galeno Álvarez Pava en la Clínica SOMA; sin embargo, esos resultados no fueron concluyentes debido a la falta de preparación de la paciente.

Los extractos citados de los peritos, solo refieren a la tomografía a folios 88 del expediente físico, realizada el 28 de octubre de 2016, pero allí no se evidencia la presencia de ningún tumor y, ello no guarda relación con la responsabilidad del facultativo, la clínica o la EPS; ya que el tratamiento para el posible plastrón no causó ningún daño a la paciente; a más que el médico fue diligente al ordenar la colecistectomía y apendectomía laparoscópica; pero por razones desconocidas, la paciente ignoró la autorización otorgada por la EPS y se sometió a los tratamientos con un médico particular muchos meses después; no obstante,

según el médico tratante desde un principio el plastrón existía, conforme al síntoma tan claro que presentaba la paciente, consistente en un dolor migratorio; en el plenario no se logra demostrar que presentara algún síntoma de cáncer con metástasis antes de ser atendida por el doctor Adolfo Uribe en mayo de 2017; no es cierto que la atención de la paciente siguió siendo por un plastrón apendicular, porque como consta en el expediente, el facultativo advirtió que la condición del plastrón mejoró; fue tal la diligencia del galeno que ordenó la colecistectomía y apendectomía laparoscópica, para garantizar el bienestar de la paciente y analizar si podía tener algún otro problema; en cuanto al reproche que se hace a la EPS frente a la obligación prevista en el decreto 4331, es imposible identificar dicha normativa porque no se especifica el año de su expedición. Por lo expuesto, solicita se confirme la sentencia de primera instancia.

Por su parte, Seguros del Estado S.A., indicó que está demostrado que el profesional de la salud que atendió a la paciente actuó conforme la "*lex artis*"; adelantado todas las gestiones, exámenes y procedimientos necesarios para el cuadro clínico que presentaba; el estado de salud de la paciente no permitía adelantar un diagnóstico claro para concluir que la afectación se derivaba de un tumor abdominal; inicialmente se procedió con los diagnósticos de plastrón apendicular, a más que la sintomatología que se afirma debió llevar a ordenar la exploración abdominal y subsecuente intervención quirúrgica, no se había manifestado para el año 2016; no se puede exigir otro actuar

a los facultativos, ya que dichos supuestos se materializaron en el año 2017, cuando la paciente fue atendida por el médico Adolfo León Uribe. La decisión de primer grado es acertada porque no se acreditó un proceder negligente por parte de los accionados, que haya dado lugar a un error de diagnóstico o que agravara el estado de salud de la paciente y, eventualmente le produjera su muerte; incumpliendo la parte actora con la carga de la prueba que se le imponía. Solicita se confirme la sentencia de primera instancia.

III. CONSIDERACIONES

Problemas jurídicos: El recurso de apelación de cara a la sentencia de primer grado plantea los siguientes problemas jurídicos que el Tribunal debe resolver: ¿existe una indebida valoración probatoria? ¿las pretensiones de la demanda están llamadas a prosperar?

***Relación de causalidad y responsabilidad del médico*:** La responsabilidad del médico es de medio, salvo cuando se garantiza un resultado; de lo anterior se deriva que no se presume la culpa en el demandado, correspondiendo, en consecuencia, al demandante probarla, para cuyo efecto debe acreditar la imprudencia, negligencia, descuido o impericia del galeno. En este sentido se ha pronunciado la jurisprudencia en los siguientes términos:

"*Es en la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.), donde la Corte, empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este*

tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de "la culpa del médico sino también la gravedad", expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como "una empresa de riesgo", porque una tesis así sería "inadmisible desde el punto de vista legal y científico" y haría "imposible el ejercicio de la profesión".

"Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que "…el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación". Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, pero dejando a salvo, como antes se anotó, en el campo de la responsabilidad contractual, el caso en que en el "contrato se hubiere asegurado un determinado resultado" pues "si no lo obtiene", según dice la Corte, "el médico será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima", a no ser que logre demostrar alguna causa de "exoneración", agrega la providencia, como la "fuerza mayor, caso fortuito o culpa de la perjudicada". La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998"[1].

[1] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA – SALA DE CASIACION CIVIL. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P. José Fernando Ramírez Gómez.

Más recientemente, la corte reiteró este criterio, indicando: *"… con independencia de que la pretensión indemnizatoria tuviera como causa un contrato o un hecho ilícito, aspecto este que es ajeno al recurso de casación, la Corte tiene explicado que si bien, en principio, la responsabilidad médica parte de la culpa probada, lo cierto es que, frente a la lex artis, "el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente*[2]*"*[3].

Antes de determinar si el médico incurrió en alguna conducta imprudente, de la que se derive su culpabilidad, es imprescindible averiguar en primer lugar sobre la causa del daño, como lo reitera la jurisprudencia que viene de transcribirse, donde a la vez la Corte acude a su propio precedente, en el que había precisado: *"… 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"*[4].

Es pertinente puntualizar que con independencia de la naturaleza de la responsabilidad civil que se invoca y de si se presume la culpa en cabeza del demandado, como ocurre en

---

[2] Sentencia 001 de 30 de enero de 2001, expediente 5507.
[3] Sentencia del 19 de diciembre de 2005. M. P. Jaime Alberto Arrubla Paucar.
[4] Sentencia del 30 de enero de 2001.

las actividades peligrosas, si no se prueba que el daño fue cometido por el demandado (nexo causal), resulta innecesario abordar el examen de los demás elementos axiológicos que configuran la responsabilidad invocada.

El disenso: La inconformidad del recurrente estriba en que el Juzgado de conocimiento no valoró en debida forma las pruebas adosadas al plenario; en especial, lo consignado por la radióloga en el TAC abdominal visible a folio 88; además, porque en la ecografía practicada en la Clínica Medellín, se solicitó descartar el plastrón versus la masa; como estos aspectos fueron echados de menos, el cirujano Juan Carlos Álvarez Pava al evaluar la paciente y emitir el diagnóstico actuó con negligencia, impericia y en forma apresurada, lo que conllevó a equívocos porque los tratamientos a la paciente se centraron en un plastrón apendicular inexistente; además, la EPS SURA actuó en forma negligente porque no emitió la orden para la cirugía que podía detectar el cáncer en la paciente; desconociendo lo previsto en los numerales 1 y 2 del art. 7 de la Resolución No. 4331 de 2012; amén, que al momento que al galeno Álvarez Pava emitió el diagnóstico tenía que tener presente el antecedente de cáncer de mama de la paciente.

Delanteramente se advierte que, al contrario de lo afirmado por el extremo activo, en el proceso no se probó que la muerte de la señora Cruzana Jaramillo Muñoz, tuvo como causa u origen un mal diagnóstico y/o tratamiento por parte del personal médico adscrito a las instituciones demandadas, o por negligencia de la EPS SURA, por no ordenar de manera

prioritaria la cirugía que podía detectar el cáncer en la paciente; ni que el tratamiento adelantado fue errado para los problemas de salud que presentaba la paciente, como se pasa a indicar con soporte en las pruebas oportunamente allegadas y practicadas:

i) Como anexo de la demanda se trajo copia de la tomografía de abdomen simple y contrastada, realizada a la paciente el 28 de octubre de 2016; donde en el acápite denominado informe se consignó:

"*Se observan cambios fibróticos en la pared abdominal con un patrón radiado cicatricial que realza con el contraste. Importante correlacionar con histología inicial y procedimientos previos, patología vascularizada en este compromiso cicatricial no se excluye*.

"*Se observa útero fraccionado anteriormente y hacia la región lateral derecha en contacto con asas en esta localización. Se observa engrosamiento de la pared ileal y del ciego, con algunas placas calcificadas de aspecto crónico en esta zona de adenopatías*.

"*Estas adenopatías alcanzan a tener 18 mm en su eje mayor. No están causando estos cambios de adherencias y fibrocicatriciales fenómeno obstructivo sobre asas. También se involucra a la vejiga en este fenómeno adherencial*.

"*Vesícula distendida con bilis, cálculos en el cuello*.

"*El páncreas con cambios de remplazo graso sin fenómeno inflamatorio*.

"*Ectasia mínima de la vía biliar intrahepática. La vía biliar extrahepática de calibre normal*.

"*El uréter derecho mínimamente ectásico lo mismo que el sistema colector*.

"*Algunos quistes simples en el riñón derecho*.

"*La densidad ósea disminuida. Retrolistesis degenerativa L2-L3. Artrosis facetaría L5-S1 con osteofitos marginales desde las placas terminales que estrechan los forámenes de emergencia para las raíces L5*.

"*El sigmoides participa de manera tangencial en el fenómeno de adherencia. No encuentro engrosamiento o realce anormales en el colon izquierdo. No obstante considero importante correlacionar con procedimientos y según criterio colonoscopia*.

"*Lo visible del parénquima pulmonar sin nódulos*.

"*OPINION. Cambios cicatriciales vascularizados en la pared abdominal y hacia la región ileocecal que involucran anexos y vejiga. Pertinente correlación*" (folio 88 del cuaderno escrito y 153 del cuaderno digital)

ii) Copia Video-colonoscopia del 16 de marzo de 2017, realizado por INTERGASTRO, donde se registra: "*Tacto rectal: Esfinter tónico, ampolla recto vacía, no se palpan masas*.

"*Colonoscopia: Se hace examen hasta el ciego encontrando la luz, mucosa, motilidad y distensibilidad de este, ascendente, transverso, descendiente, sigmoides y recto de características normales. No se observan masas pólipos ni divertículos. Canal anal con hemorroides internas grado 1. Regular preparación en colon derecho*.

"*Diagnóstico: Hemorroides internas grado 1. Regular preparación en colon derecho. Colonoscopia normal*"

iii) Copia del escrito del 11 de marzo de 2016, firmado por la médica radióloga Martha Lía de Bedout Correa, que refiere a la ecografía abdomen normal, donde indica como conclusiones: "*Colelitiasis. Ateromatosis aortica. Estudio no concluyente para valoración de la pelvis. Este estudio no descarta patología del tracto gastrointestinal*".

iv) Informe del 21 de septiembre de 2016, emitido por la médica radióloga Liliana Hidalgo Oviedo, que refiere a la ecografía abdomen normal, entre otros aspectos, consigna: "*No se observan masas ni colecciones en la cavidad*", y como opinión indica: "*Colelitiasis. Los demás hallazgos ecográficos descritos en el presente estudio, son normales en la actualidad. Este estudio no descarta patología de tracto gastrointestinal*".

v) Copia de la historia clínica de la Clínica las Américas, donde el 19 de mayo de 2017, en el acápite denominado "*motivo de consulta y enfermedad actual*", documenta: "*EA: paciente de 78 años, acude en compañía de la hija (Lina Puerta), refiere que hace un año presenta dolor abdominal tipo cólico de un año de evolución, con exacerbación del dolor desde hace 20 días, con hiporexía, con náuseas, emesis, realiza deposición, flatos escasos, con distensión abdominal, tiene tomografía resiente que reportan con imágenes compatibles con síndrome adherencial, sin lesiones tumorales. Hoy valorada por el Dr. Adolfo Uribe – cirujano quien ordena hospitalizar*."

vi) Copia del resumen de la historia clínica de la paciente, elaborado por el médico Adolfo León Uribe Mesa, donde entre otros apartes, registra:

"*Recibí una paciente en malas condiciones, depresiva, deshidratada, desnutrida, sin deseos de hablar, con una masa abdominal pétrea en hemiabdomen inferior, con un abdomen doloroso a la palpación, distendido moderadamente. En un estudio tomográfico realizado durante una de las hospitalizaciones aprecié compromiso en región del cuadrante inferior derecho del abdomen que aunque no es claro para una patología específica daba pie para tomar la decisión de operar prioritariamente la paciente porque el manejo médico ya no tenía cabida en este estado de cosas tan complicado*.

"*Hospitalicé a doña Cruzana el día 8 de mayo. Después de estabilizar suficientemente su estado general, la programé para una laparotomía exploradora el 13 de mayo. Para mi sorpresa encontré que el síndrome adherencial que justificó la no intervención quirúrgica de la paciente, no existía. En su defecto encontré: 1. Un tumor gigante de toda la pared abdominal inferior con apariencia de Desmoides. 2. Una metástasis mesentérica de origen no evidente, que comprometía el íleon terminal y el colon transverso medio, explicando claramente su obstrucción intestinal parcial crónica*.

"*Le realicé: 1. Colectomía derecha y anastomosis ileocólica transversa. 2. Resección en bloque de la tumoración de toda la pared abdominal inferior. 3. Colecistectomía por colelitiasis múltiple. 4. Corrección con malla gigante del defecto abdominal inferior. La anatomía patológica reporta un adenocarcinoma en la pared abdominal y en la metástasis mesentérica. La paciente se recuperó sin contratiempos y recientemente la visité en su casa el pasado 25 de Mayo* (sic) *encontrando un ser humano totalmente diferente al que recibí en consulta*.

"*Cruzana y su hija lamentan el manejo que se le prestó en su EPS durante 8 meses que estuvo consultando sin obtener una respuesta acertada. Fueron meses de progreso de una enfermedad que avanzó hasta casi llevarla a la muerte. Afortunadamente tomaron la decisión acertada de cambiarle de sitio de atención antes que nada pudiera hacerse*".

vii) Copia del pantallazo de consulta y autorizaciones de la EPS SURA, donde aparece como fecha 06 de enero de 2017, prestación autorizada "*Colecistectomía por laparoscopia*", diagnóstico "*Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis*", y como prestador del servicio la Clínica CES.

viii) La parte demandante trajo dictamen pericial elaborado por el experto Hermes de J. Grajales Jiménez, quien luego de realizar los respectivos análisis, coligió:

"*como conclusión puedo señalar como está sustentado en la investigación realizada y debidamente foliada, que los médicos no supieron interpretar debidamente la sintomatología abdominal que padecía la señora Cruzana Jaramillo, pero especialmente analizar los hallazgos de tomografía, medio diagnóstico que de acuerdo a los estudios reporta más del 90% de porcentajes de especificidad y sensibilidad al explorar la cavidad abdominal pues los hallazgos en donde se comprometían diferentes regiones de la topografía abdominal como lo manifiesta uno de los radiólogos siempre estuvieron presente en todas las imágenes realizadas, ante la confusión de los hallazgos y teniendo en cuenta la sintomatología de dolor de varios meses de evolución, la distensión abdominal, el vómito y el estado de deterioro de la paciente era necesario hacer una revisión exploratoria de la cavidad abdominal como lo señaló el cirujano tratante doctor Adolfo Uribe quien encuentra el tumor de pared abdominal y la masa mesentérica que comprometía el íleon terminal y el colon, tumor de colon que*

la lleva a la muerte según el diagnóstico dado en la Clínica Somer donde fallece.

"*Dentro de la investigación realizada no se observó en el tac practicado en octubre de 2016 hallazgos que identificaran plastrón apendicular, el engrosamiento del íleon y ciego es un hallazgo indirecto de afectación aguda del apéndice sin embargo la clínica en la señora Jaramillo no indicaba alteración alguna, aparece en la justificación del diagnóstico dado por el médico tratante de plastrón, que dicho hallazgo se reporta en la tomografía, pero en el estudio no aparece este hallazgo. Llama la atención al perito que en las historias clínicas emitidas por la clínica soma el resultado de la tomografía axial tomada en octubre de 2016 en clínica Medellín no se reporta resultado alguno*".

ix) Informe que aportó la EPS SURA, elaborado por el experto Jairo Augusto Casas Guerra, adscrito al CENDES; del que, para una mejor comprensión y claridad, se trae en extenso el cuestionario formulado con sus correspondientes respuestas:

"*- Manifieste si el procedimiento autorizado por EPS SURA el 06 de enero de 2017 (colecistectomía por laparoscopia y apendicectomía por vía laparoscopia, incluyendo resto o muñón) era el indicado para la identificación del tumor que finalmente presentó la señora Cruzana Jaramillo*.

"RESPUESTA: No, los procedimientos como es la colecistectomía por laparoscopia y la apendicetomía por laparoscopia, no son los procedimientos quirúrgicos indicados para identificación del tumor de la paciente. Sin embargo, de forma incidental, al acceder a la cavidad abdominal y revisar en su totalidad la misma, se evidenciaría el tumor dentro del intraoperatorio. La laparoscopia en sí es un procedimiento que además de ser terapéutico también tiene fines diagnósticos y en esta paciente una vez se llevara a laparoscopia se hubiera identificado la presencia de un tumor como el que presentaba.

"*- Manifieste si el procedimiento autorizado por EPS SURA el 06 de enero de 2017 (colecistectomía por laparoscopia y apendicectomía por vía laparoscopia, incluyendo resto o muñón) habría tenido los mismos efectos que el realizado por el doctor ADOLFO LEÓN URIBE MESA el día 13 de mayo de 2017, al que se refiere en el resumen de historia clínica con fecha del 28 de mayo de 2017 y denominado "laparotomía exploradora"*.

"*RESPUESTA: Sí, una vez se hubiera realizado el acceso a la cavidad abdominal por laparoscopia para los procedimientos autorizados, aun no fuera este el fin de los resultados obtenidos, según la descripción de la nota del Dr. Uribe en su resumen de historia clínica, y dadas las características descritas como lo son "Tumor gigante de toda la pared abdominal inferior + Metástasis mesentérica que comprometía el íleon terminal y el colon transverso", y encontrando ese hallazgo incidental, la decisión del cirujano*

que se infiere hubiera tomado es la misma que tomó el Dr. Uribe con la paciente ya que eso hace parte de la Lex Artis para este tipo de situaciones. Cabe aclarar que no encuentro en la historia imágenes diagnósticas, ni historia clínica de cirujano de la EPS ni del Dr. Uribe que soporten lo mencionado y me estoy basando en el supuesto caso de que sí se hubiera realizado la cirugía por laparoscopia.

"*- Indique de acuerdo con el resumen de historia clínica del 28 de mayo de 2017, suscrito por el doctor ADOLFO LEÓN URIBE MESA, si antes del procedimiento realizado por dicho profesional el día 13 de mayo de 2017, denominado "laparotomía exploradora", le fue posible detectar el tumor abdominal presentado.*

"*RESPUESTA: No, como se evidencia en el resumen de historia clínica entregado por el Dr. Uribe, describe que previo a la cirugía encuentra "una masa abdominal pétrea en hemiabdomen inferior" y una tomografía abdominal en donde comenta "aprecié compromiso en cuadrante inferior derecho" indicando en sus palabras que "no es claro para una patología específica" luego no se podía definir antes del procedimiento que le fuera posible detectar el tumor abdominal presentado, el tipo y las características del mismo. Solo hasta cuando se ingresó a la cavidad abdominal y se evidenciaron los hallazgos quirúrgicos descritos por el Dr. Uribe fue que se definió ya en cirugía, en el intraoperatorio el tipo de cirugía a realizarle a la paciente*.

"-Indique si el estudio tomográfico al que se refiere el doctor ADOLFO LEÓN URIBE MESA, en el resumen de historia clínica del 28 de mayo de 2017, realizado a la señora Cruzana Jaramillo en una de sus hospitalizaciones, le permitió identificar sin lugar a dudas la presencia de un tumor abdominal.

"*RESPUESTA: Encuentro en la revisión de la historia clínica documentado en la nota de urgencias del 16-12-2016 que hace mención a una ecografía abdominal que informa colelitiasis sin signos de colecistitis + quistes simples renales derechos y área heterogénea mal definida hacia región cecal en fosa iliaca derecha de aproximadamente de 70mm a 76mm posteriormente realizaron tomografía abdominal, que diagnosticó colelitiasis y plastrón apendicular, sin mencionar fechas de la realización de las mismas ni evidenciar los informes escritos de cada uno de estos estudios*.

"*En la mención del resumen de historia clínica del Dr. Uribe que revisó las imágenes de la tomografía y describe "aprecie compromiso en cuadrante inferior derecho" indicando en sus palabras que "no es claro para una patología específica", por lo que se consideró NO le permitió identificar sin lugar a duda la presencia de un tumor abdominal. Además, no hace mención del informe tomográfico mencionado en la historia clínica*.

"-Indique si la impresión diagnóstica derivada del TAC de abdomen del 17 de noviembre de 2016 realizada a la señora Cruzana Jaramillo, por cuenta de EPS SURA, fue acertada.

"RESPUESTA: Advierto que no encuentro en los folios revisados soporte el informe del TAC de abdomen del 17 de noviembre de 2016 y que solo encuentro en la historia clínica documentado en la nota de urgencias del 16-12-2016 mención a la TAC de abdomen y describen en la nota "plastrón apendicular". NO evidencio en los folios entregados y revisados, informe o seguimiento de la paciente en donde evalúen el resultado de TAC, ni consecuentemente su diagnóstico derivado del resultado del TAC ni la conducta tomada con este resultado.

"*-Indique si las ayudas diagnósticas e imagenológicas que se le realizaron a la paciente Cruzana Jaramillo, permitían evidenciar la existencia de cálculos en la vesícula biliar y una masa en fosa iliaca derecha, que se asemejaba a un plastrón apendicular*.

"*RESPUESTA: Advierto que no encuentro en los folios revisados soporte el informe del TAC de abdomen y que solo encuentro en la historia clínica documentado en la nota de urgencias del 16-12-2016 que hace mención a una ecografía abdominal que informa colelitiasis sin signos de colecistitis + quistes simples renales derechos y área heterogénea mal definida hacia región cecal en fosa iliaca derecha de aproximadamente de 70mm – 76mm posteriormente realizaron TAC que diagnosticó colelitiasis y plastrón apendicular*.

"*Según resultado mencionado en esta nota estas ayudas diagnósticas, ECO abdominal y TAC abdominal, sí permitían*

evidenciar la existencia de cálculos en la vesícula biliar y una masa en fosa iliaca derecha, que se asemejaba a un plastrón apendicular.

"*-Indique si fue acertada la orden de una colecistectomía por laparoscopia y apendicectomía por vía laparoscopia, incluyendo resto o muñón, ordenada por parte del médico tratante Juan Camilo Álvarez en la CLÍNICA SOMA el 24 de noviembre de 2017*.

"*RESPUESTA: Advierto que no encuentro en los folios revisados soporte de la historia clínica del médico tratante Juan Camilo Álvarez en la CLÍNICA SOMA el 24 de noviembre de 2017. Además, la fecha no coincide con la secuencia cronológica mencionada en el paciente pues la cirugía realizada en la paciente fue 13 de mayo de 2017*.

"*Sin embargo, considerando que se trata de un error en la redacción de la fecha y esta fuese 24 de noviembre de 2016 y dados los hallazgos en la Ecografía abdominal de colelitiasis y del TAC abdominal descrito como un posible plastrón apendicular, la conducta a realizar en un paciente con estas patologías sí era la acertada como lo es la realización de una colecistectomía por laparoscopia asociado a una apendicectomía por vía laparoscopia*.

"*-Indique si una colecistectomía por laparoscopia y apendicectomía por vía laparoscopia, habría permitido identificar el tumor abdominal presentado por la paciente Cruzana Jaramillo.*

"RESPUESTA: Sí, una vez se hubiera realizado el acceso a la cavidad abdominal por laparoscopia para los procedimientos autorizados, aun no fuera este el fin de los resultados obtenidos, habría permitido la identificación del tumor abdominal, y dado ese hallazgo incidental, la decisión del cirujano en el intraoperatorio se infiere hubiera sido la realización de la resección del tumor ya que eso hace parte de la Lex Artis para este tipo de situaciones.

"*-Indique si en un paciente una colelitiasis de base es indicativo necesariamente de un tumor en el abdomen*.

"*RESPUESTA: No, la patología vesicular, tiene un origen completamente diferente al origen tumoral. Tener cálculos en la vesícula no es indicativo de que los pacientes tengan tumores intraabdominales.*

"*Los tumores intraabdominales tienen diferentes orígenes según la localización del órgano afectado, el tipo de células afectadas y según la edad del paciente. Todos y cada uno de los órganos que se encuentran dentro de la cavidad abdominal pueden potencialmente generar un tumor intraabdominal. Los más frecuentes dentro de la cavidad abdominal son los tumores derivados del tracto gastrointestinal (colon, gástricos e intestinales) le siguen los de origen genitourinario (ovario, útero) y los de origen renal y finalmente los de origen mesenquimal*.

"*Cada tumor intraabdominal tiene un plan de manejo diferente, y no se tratan de la misma manera*.

"Incluso en los pacientes se puede presentar tumores de la vesícula asociado a cálculos, pero no es el caso actual con la paciente.

"- ¿Indique si de conformidad con las consultas realizadas por la paciente antes del 06 de enero de 2017, el único diagnostico posible era un tumor abdominal?

"RESPUESTA: No, los posibles diagnósticos, incluyen además de un posible tumor abdominal según lo mencionado previamente de acuerdo con los folios revisados y los estudios de imágenes realizados previo a la fecha del 06 de enero de 2017 documentándose en la nota del 16-12-2016 son:

"Por ECO y TAC abdominal es una colelitiasis.

"Por ECO es un área heterogénea mal definida hacia región cecal en fosa iliaca derecha de aproximadamente 70mm -76 mm y por TAC abdominal es un plastrón apendicular.

"-Indique si las múltiples hernias de la pared abdominal presentadas por la señora Cruzana Jaramillo, son una causa común de dolor.

"RESPUESTA: Sí, la presencia de hernias de la pared abdominal son una de las causas de dolor abdominal y además son una las causas comunes del mismo. Dependiendo de la localización de la hernia abdominal y el contenido que presente la misma se pueden presentar

diferentes síntomas en los pacientes con el dolor abdominal. En este caso para la paciente se documentó por los folios revisados según lo mencionado en las notas médicas, que la paciente desde el 2009 hasta 2017, presenta múltiples y posibles causas de dolor abdominal, con los siguientes diagnósticos asociados y documentados:

"- Infección Urinaria
- Síndrome Intestino irritable
- Hernias de pared abdominal.
- Síndrome adherencial
o Antecedente de cesaría
o Antecedente de laparotomía
- Obstrucción intestinal
- Colelitiasis
- Plastrón apendicular
- Tumor intraabdominal.

"-Indique si son causas comunes de dolor en un paciente y dificultan el examen de abdomen los episodios de obstrucción intestinal, y procedimientos previos como cesárea con laparotomía infraumbilical, tubectomía, y patologías antecedentes como herniorrafía umbilical, htds, obstrucciones intestinales por bridas.

"RESPUESTA: Los diagnósticos mencionados, como lo son las obstrucciones intestinales, antecedentes de cesárea con laparotomía infraumbilical, tubectomía, y patologías como lo son la herniorrafía umbilical, htds, sí son causas comunes de dolor abdominal en los pacientes y le generan un reto al

médico tratante e incluso al cirujano para identificar el origen de este.

"*En pacientes que tienen antecedentes de cirugías abdominales previas, y presentan cuadro de dolor abdominal, la causa más frecuente de este dolor es un síndrome adherencial y son susceptibles de tener como complicación asociada una obstrucción intestinal que puede ser parcial o total. En la paciente según folios evaluados y notas revisadas tiene antecedentes de cirugías previas como lo son las cesáreas y una eventrorrafia con malla, por lo que los cuadros de dolor abdominal con sospecha de síndrome adherencial con obstrucción intestinal eran validos dentro del contexto evaluado en la paciente*.

"*-Manifieste si la sintomatología de la paciente indicaba elevación o compromiso de los reactantes de fase aguda*.

"*RESPUESTA: En los folios evaluados y revisados, no se evidencia que se haya presentado elevación de los reactantes de fase aguda. Con excepción en aquellas atenciones en donde la paciente cursaba con cuadros de infección urinaria que la infección per se genera aumento de los reactantes de fase aguda*.

"*-Indique si la elevación de los reactantes de fase aguda son indicativos de actividad tumoral en un paciente*.

"*RESPUESTA: No, los reactantes de fase aguda, tienen muchas causas de elevación, una de ellas es la actividad*

tumoral, pero esta causa no es la primera a descartar. Cuando se evalúa un paciente con elevación de los reactantes de fase aguda, lo primero a descartar son las enfermedades infecciosas que generen este tipo de alteración. Ya luego de descartar este tipo de causa infecciosa, otra causa son las enfermedades autoinmunes; finalmente se podría llegar a considerar que existe algún tipo de actividad tumoral cuando hay elevación de los reactantes de fase aguda pero no es lo más frecuente.

"*-Indique si en la historia clínica de la paciente Cruzana Jaramillo, se observa que ésta acudió a la revisión ordenada en la atención médica del 31 de octubre de 2016, donde se indica: "31/10/2016 14:43: CIRUGIA GENERAL" REVISION EN 1 MES CON TOMOGRAFIA PLASTRON APENDICULAR*".

"*RESPUESTA: No cuento con la historia clínica de la paciente mencionada del 31 de octubre de 2016 para poder definir si la paciente acudió o no a la revisión ordenada*".

x) Copia de la acción de tutela presentada por la señora Cruzana Jaramillo Muñoz, contra la EPS SURA, el 06 de diciembre de 2016, que adelantó el Juzgado 26 Penal Municipal de la ciudad, bajo el radicado No. 2016-00296-00, donde indica que se le diagnosticó colelitiasis con orden de apendicetomía; cirugía aprobada el 25 de noviembre, sin que se hubiera realizado; como medida provisional solicitó se realizara la cirugía y brindara los tratamientos que su estado de salud requiriera; allegó copia de la historia clínica del 24 de noviembre de 2016, donde aparece consignado: "*Paciente*

hospitalizada por plastrón apendicular en octubre lleva 20 días.

"*Trae TAC de abdomen para seguimiento en el cual ya no se ve el fenómeno del plastrón en mejores condiciones pero si hay persistencia del apéndice, además de colelitiasis*.

"*Buena evolución, no náuseas, no vómito, no fiebre y el dolor ha mejorado*

"*Cardiopulmonar sin cambios*.

"*Abdomen blando depresible sin masas o megalias, cicatriz mediana infraumbilical extr* (sic) *sin edemas*.

"*Paciente que se manejó conservadoramente de su plastrón apendicular pero por persistencia del apéndice requiere apendicetomía además con la colelitiasis requiere también manejo se da orden y explico la cirugía*"

Igualmente aporta, documento del 24 de noviembre de 2016, suscrito por el galeno Juan Camilo Álvarez Pava, donde indica:

"*DX COLELITIASIS PLASTRON APENDICULAR*.

"*FAVOR AUTORIZAR COPLECISTECTOMIA Y APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA*"

Y copia del comprobante de solicitud de autorización, expedido por la EPS SURA, donde aparece como prestación solicitada "*Apendicetomía por laparoscopia*" y como fecha el 02 de enero de 2017; además, registra:

"*Señor Usuario: Su solicitud de autorización ha sido aprobada. El prestador de Servicios de salud se comunicará con usted para programar la atención una vez cumplida la "Fecha posible de Respuesta". Artículo 7 de la resolución 4331 de 2012*.

"*Usted puede consultar el estado de la autorización Ingresando a www.epssura.com.co en la opción "Como va mi Solicitud?" o a través de la Línea de Atención, recuerde tener a mano el número de solicitud o radicado. Desde Medellín 4486115, Pereira 3251999, Manizales 8859515 y Apartado 8288233 donde le brindaremos información las 24 horas*".

La tutela fue admitida el 06 de diciembre de 2016, concedió la medida provisional solicitada, para lo cual ordenó a la EPS, que… "*proceda de manera inmediata a disponer lo necesario para que se autorice y practique a la señora CRUZANA JARAMILLO MUÑOZ la cirugía denominada apendicetomía por laparoscopia*" y el fallo se emitió el 12 de los mismos mes y año, tutelando los derechos fundamentales de la accionante, y ordenando a la demandada en tutela que… "*en el término de cuarenta y ocho (48) horas, si aún no lo ha hecho, disponga lo necesario para la materialización del procedimiento prescrito a la accionante Cruzana Jaramillo Muñoz, esto es, colecistectomía y apendicetomía*

laparoscópica, en las condiciones prescritas por el médico tratante".

El escrutinio, examen y análisis de los anteriores medios de convicción, sin dificultad permiten colegir que en el plenario no se acreditó cabalmente que la causa del deceso de la paciente es atribuible a la parte demandada; si bien el experto que rindió el dictamen allegado por el extremo activo, señala que la sintomatología presentada por la paciente y las ayudas diagnósticas practicadas no permitían establecer un plastrón apendicular como lo indicó el médico tratante, por lo que se debió proceder de forma inmediata con la cirugía; en la declaración que rindió el experto aseveró que los síntomas presentados por la paciente y los exámenes clínicos que le practicaron, no permitían sospechar un cáncer de colon.

Como lo señaló el experto designado por el Juzgado, al dar respuesta al interrogatorio planteado, las ayudas diagnósticas y los síntomas sí evidenciaban la existencia de cálculos en la vesícula biliar y una masa en fosa iliaca derecha, que se asemejaba a plastrón apendicular; el profesional es categórico en indicar: "*Según resultado mencionado en esta nota estas ayudas diagnósticas, ECO abdominal y TAC abdominal, sí permitían evidenciar la existencia de cálculos en la vesícula biliar y una masa en fosa iliaca derecha, que se asemejaba a un plastrón apendicular*"; lo que corrobora la tomografía de abdomen simple y contrastada, realizada a la paciente el 28 de octubre de 2016, donde entre otros hallazgos, se indicó: "*Vesícula distendida*

con bilis, cálculos en el cuello"; igualmente, en el documento fechado el 11 de marzo de 2016, suscrito por la médica radióloga Martha Lía de Bedout Correa, refiere a la ecografía abdomen normal, precisa como hallazgo en las conclusiones "*Colelitiasis*"; lo que coincide con lo precisado, en el informe del 21 de septiembre de 2016, emitido por la médica radióloga Liliana Hidalgo Oviedo, que refiere a la ecografía abdomen normal y, como opinión indica: "*Colelitiasis"*, esto es, la paciente presentaba cálculos en la vesícula biliar y, como lo indicó el médico tratante, ello se asemejaba a un plastrón apendicular; incluso, el galeno Adolfo León Uribe Mesa, quien atendió a la paciente en la Clínica Las Américas y le realizó la cirugía, es contundente en señalar: "*En un estudio tomográfico realizado durante una de las hospitalizaciones aprecié compromiso en región del cuadrante inferior derecho del abdomen que aunque no es claro para una patología específica";* incluso, el recurrente al adicionar los reparos contra la sentencia, dentro de los tres (3) días siguientes a la audiencia de instrucción y juzgamiento, indica que el galeno Adolfo León Uribe Mesa, quien realizó la cirugía a la paciente en mayo de 2017, encontró el tumor en forma accidental, porque no se avizoró en ninguna ayuda diagnóstica, lo que al contrario de lo afirmado por el impugnante, el diagnóstico emitido por el facultativo que atendió a la paciente no resulta errado o inexacto.

De otra parte, en cuanto a la tomografía de abdomen simple y contrastada, realizada a la paciente el 28 de octubre de 2016 (folio 88 del cuaderno escrito y 153 del cuaderno

digital), a la que el recurrente refiere en forma reiterada, tenemos, como lo aclaró la Juzgadora de primer grado, que de acuerdo a los expertos que rindieron declaración, no se trata de un diagnóstico porque los radiólogos no emiten este tipo de conceptos. Ahora, y si bien allí se consigna que se considera… "*importante correlacionar con procedimientos y según criterio colonoscopia";* no es indicativo ni corresponde a una orden imperiosa para que a la paciente se le realizara una colonoscopia, por la sospecha de algún padecimiento en especial, sino que lo que allí indica es que se correlacionen los procedimientos adelantados y según, obviamente, criterio médico, se determine la realización o no de una colonoscopia; además, el médico tratante Juan Camilo Álvarez Pava, en el documento emitido el 24 de noviembre de 2016, luego de señalar su diagnóstico, como procedimiento a seguir dispuso: "*FAVOR AUTORIZAR COPLECISTECTOMIA Y APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA*"; orden que sirvió de base a la paciente para promover la acción de tutela reseñada líneas atrás; a pesar que el auto admisorio resolvió positivamente la medida provisional y, luego, en la sentencia que desató la demanda constitucional, ordenó a la EPS SURA realizar dicho procedimiento, en cuyo acatamiento, expidió la respectiva autorización el 06 de enero de 2017; pero en forma, por demás inexplicable y si se quiere inconcebible, la paciente y su familia, a pesar de las afectaciones de salud que presentaba, no adelantaron ningún trámite para la práctica de la cirugía; simplemente dejaron todo de lado, sin que se advierta razón alguna; posteriormente y solo el 07 de mayo de 2017, consultaron con el médico Adolfo León Uribe Mesa, esto es, 5 meses después de que la EPS había

ordenado la práctica de la cirugía como medida provisional, toda vez, que ello tuvo lugar el 06 de diciembre de 2016, y 4 meses después de que la EPS expidiera la orden, 06 de enero de 2017, en cumplimiento al fallo que fue emitido; hechos que sin vacilación alguna, pudieron repercutir en el estado de salud de la paciente; pues de haberse realizado el procedimiento autorizado por la EPS, se hubiera detectado el tumor cancerígeno. Al efecto, resulta pertinente traer a colación el concepto técnico del experto designado de oficio, quien manifestó:

"*- Manifieste si el procedimiento autorizado por EPS SURA el 06 de enero de 2017 (colecistectomía por laparoscopia y apendicectomía por vía laparoscopia, incluyendo resto o muñón) habría tenido los mismos efectos que el realizado por el doctor ADOLFO LEÓN URIBE MESA el día 13 de mayo de 2017, al que se refiere en el resumen de historia clínica con fecha del 28 de mayo de 2017 y denominado "laparotomía exploradora"*.

"*RESPUESTA: Sí, una vez se hubiera realizado el acceso a la cavidad abdominal por laparoscopia para los procedimientos autorizados, aun no fuera este el fin de los resultados obtenidos, según la descripción de la nota del Dr. Uribe en su resumen de historia clínica, y dadas las características descritas como lo son "Tumor gigante de toda la pared abdominal inferior + Metástasis mesentérica que comprometía el íleon terminal y el colon transverso", y encontrando ese hallazgo incidental, la decisión del cirujano que se infiere hubiera tomado es la misma que tomó el Dr.*

Uribe con la paciente ya que eso hace parte de la Lex Artis para este tipo de situaciones. Cabe aclarar que no encuentro en la historia imágenes diagnósticas, ni historia clínica de cirujano de la EPS ni del Dr. Uribe que soporten lo mencionado y me estoy basando en el supuesto caso de que si se hubiera realizado la cirugía por laparoscopia."

Sumado a lo anterior, en el plenario no se acreditó que el tumor cancerígeno que presentó la paciente, se originó con anterioridad al diagnóstico emitido por el médico Juan Camilo Álvarez Pava; por el contrario, en la copia video-colonoscopia del 16 de marzo de 2017, realizado por INTERGASTRO, indica: "*Colonoscopia: Se hace examen hasta el ciego encontrando la luz, mucosa, motilidad y distensibilidad de este, ascendente, transverso, descendiente, sigmoides y recto de características normales. No se observan masas pólipos ni divertículos. Canal anal con hemorroides internas grado 1. Regular preparación en colon derecho*.

"*Diagnostico: Hemorroides internas grado 1. Regular preparación en colon derecho. Colonoscopia normal*"; es decir, que con posterioridad al diagnóstico del facultativo que tuvo lugar el 30 de octubre de 2016, más precisamente, para el 16 de marzo de 2017, aún no se encontraban evidencias del tumor cancerígeno; toda vez, que solo fue hallado casi 2 meses después, el 13 de mayo de 2017, en la intervención quirúrgica que se realizó en la Clínica Las Américas, por el cirujano Adolfo León Uribe Mesa.

Amén, que tampoco se trajo prueba técnico-científica que diera cuenta con toda estrictez que, si el tumor cancerígeno se hubiera detectado y tratado con anterioridad por parte de los facultativos de la Clínica SOMA, la paciente no hubiere fallecido; pues no se puede dejar de lado que la responsabilidad que se imputa a los demandados es la muerte de ésta.

Es pertinente precisar que la presencia de un error en la atención médica, por sí solo no es suficiente para generar responsabilidad, porque además ese error tiene que ser inexcusable para que se configure la culpa; la que por sí sola no es suficiente para generar una responsabilidad indemnizatoria; pues además tiene que causar un daño y éste también tiene que estar debidamente probado.

Como las consideraciones reseñadas líneas atrás, son suficientes para desestimar la totalidad de las pretensiones impetradas en la demanda, la Sala queda relevada de pronunciarse frente a los demás puntos concretos objeto de inconformidad contra la sentencia de primer grado.

***Conclusión*:** La parte demandante no cumplió con la carga de la prueba que le incumbía y le imponía el art. 167 del C. General del Proceso, pues no probó la relación causal, lo que impone confirmar la sentencia de primer grado.

Se condenará al extremo activo a pagar las costas de segunda instancia a favor de la parte demandada. Como agencias en derecho causadas en segunda instancia se fijará

por el Magistrado Ponente en la suma de DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS ($2.320.000.oo), que equivalen a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes (Acuerdo PSAA16-10554, del 05 de agosto de 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura), que se liquidarán conjuntamente con las de primer grado.

RESOLUCIÓN

A mérito de lo expuesto **LA SALA SEGUNDA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

F A L L A

1. Por lo dicho en la parte motiva se confirma la sentencia de fecha y procedencia indicadas en la parte considerativa.

2. Se condena al extremo activo a pagar las costas de segunda instancia a favor de la parte demandada. Como agencias en derecho causadas en segunda instancia se fija por el Magistrado Ponente la suma de DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS ($2.320.000.oo), que equivalen a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes (Acuerdo PSAA16-10554, del 05 de agosto de 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura), que se liquidarán conjuntamente con las de primer grado.

3. Se ordena devolver el expediente al Juzgado de origen.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados

LUIS ENRIQUE GIL MARÍN

MARTHA CECILIA LEMA VILLADA

RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ