



República de Colombia  
**Corte Suprema de Justicia**  
Sala de Casación Laboral

**CLARA CECILIA DUEÑAS QUEVEDO**  
**Magistrada Ponente**

**SL2049-2018**  
**Radicación n.º 56836**  
**Acta 18**

Bogotá, D.C., veintitrés (23) de mayo de dos mil dieciocho (2018).

Decide la Corte el recurso de casación que interpuso **JHON FREDY TASCÓN AREIZA** en nombre propio y de sus menores hijas **MARÍA JOSÉ** y **MARÍA CAMILA TASCÓN GALLEGO** contra la sentencia proferida por la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira el 24 de abril de 2012, en el proceso ordinario que adelanta contra **CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - CAFESALUD EPS S.A.** y la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP.**

## I. ANTECEDENTES

Con la demanda inicial la parte actora solicitó que se declare que la accionada, como entidad promotora de salud, es responsable por la falla en el servicio médico que ocasionó la muerte de Ana María Mariana Gallego Marín; en consecuencia, sea condenada al pago de perjuicios materiales y morales por valor de 300 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada concepto, la indexación de las sumas que resulten a su favor y las costas del proceso.

Como fundamento de esos pedimentos expusieron que la fallecida estaba afiliada a la EPS demandada, en calidad de beneficiaria de su compañero permanente Freddy Tascón Areiza, entidad que la atendió desde el inicio de su embarazo; que la ecografía practicada el 14 de abril de 2007, arrojó como resultado un embarazo gemelar de 19 semanas de evolución y dos fetos en buenas condiciones, y que esa misma deducción se produjo de las pruebas efectuadas el 7 de junio y el 13 de julio de 2007 y de las notas médicas de fechas 8 de mayo y 3 de julio del mismo año.

Señalan que el 18 de julio de 2007, en horas de la mañana, Ana María Mariana Gallego Marín asistió a la sección de urgencias de la Clínica Saludcoop -que tenía convenio con la EPS Cafesalud para la atención de sus pacientes- debido a que presentó *«desmayo, desorientación, consistente en que expresaba frases sin sentido e*

*incoherentes, edema de los pies y palidez*»; que allí fue atendida por el médico de turno y, posteriormente, remitida a su casa tras ser recetada con «*nifedipino, acetaminofén y dipirona*», el primero de los cuales quedó pendiente por entregar.

Relatan que en la madrugada del día siguiente, la occisa fue trasladada nuevamente al centro asistencial con la misma sintomatología anterior; que a las 6:45 a.m. el médico tratante dejó la anotación que «*se necesitan gases con urgencia*», pero que la máquina respectiva presentó fallas la noche anterior que no se solucionaron debido a la falta de respuesta de la casa comercial que surte el producto; que no se autorizó llevar la muestra a otra entidad de salud, razón por la cual, la gasimetría únicamente se verificó a las 10:55 a.m., lo que significa que la toma de decisiones que definieron la suerte de la paciente se retrasó 6 horas, pues tal evaluación «*es un elemento vital del diagnóstico de condiciones metabólicas adversas*» como las presentadas por ella. Además, sostiene que en la historia clínica se advierten notas de enfermería realizadas a las 4:37 a.m. y 5:30 a.m. de ese mismo día, en las que –respectivamente– se consignó que se requerían «*gases arteriales pero no hay máquina para ello y auditoría no responde a dónde llevar las muestras*», y que el auditor médico fue informado de tal circunstancia, quien respondió que «*es responsabilidad de la clínica no de la EPS*».

Afirman que a la paciente le fue practicada de urgencia una cesárea de la cual nacieron, de forma prematura, las

dos menores hoy demandantes, mientras que ella fue remitida a la unidad de cuidados intensivos, donde permaneció hasta que el 24 de julio de 2007 se le declaró con muerte cerebral y el siguiente día falleció.

Aducen que en la historia clínica se dejó sentado que, previo a la señalada intervención quirúrgica -6:09 a.m. del 19 de julio de 2007-, Ana María Mariana Gallego Marín presentó un cuadro de desorientación que con anterioridad había sido referido por su compañero, pero no se tuvo en cuenta y, en su lugar, se le dio de alta, lo que significó *«más de 18 horas de agravamiento de su condición por la indebida y tardía atención médica»*; que de las notas dejadas por los galenos se advierte que su fallecimiento tuvo lugar debido a la impericia, negligencia e imprudencia en la atención brindada, como quiera que desde su primer ingreso a la clínica presentó síntomas *«que revelaban su extremo compromiso de salud»*; empero, no fue debidamente valorada ni diagnosticada, pues fue devuelta a casa sin establecer con claridad las causas de su cuadro clínico y, en su segundo ingreso, no se tenían a disposición los equipos médicos requeridos para adelantar las evaluaciones pertinentes, todo lo cual generó el progreso de la patología que desencadenó en su muerte.

Relatan que frente a los síntomas que inicialmente presentó la paciente, se debió dar un manejo diferente, esto es, una evaluación más profunda a fin de descartar los posibles riesgos a los que se encontraba expuesta, para lo cual se debió ordenar la práctica de las pruebas

diagnósticas dispuestas para tales casos, la remisión con el especialista y/o su hospitalización hasta lograr la mejoría, pues el embarazo gemelar se considera de alto riesgo, lo que implica un cuidado y vigilancia especial tanto a la madre como a sus hijos.

Manifiestan que existe relación de causalidad entre la muerte de la paciente y la falla médica que se presentó, circunstancia que conlleva la responsabilidad de la demandada por la no ejecución de una buena práctica médica, la cual tenía encomendada como deber jurídico conforme los artículos 10 y 12 de la Ley 23 de 1981 y 8.º del Decreto 3380 de 1981, y resaltan que el deceso de su compañera y progenitora les ha generado un agravio a sus vidas tanto económico como moral, que debe ser reparado (f.º 2 a 13).

Al dar respuesta a la demanda, la EPS Cafesalud S.A. se opuso a las pretensiones. En cuanto a los hechos únicamente aceptó los relativos a que Ana María Mariana Gallego Marín tenía la calidad de beneficiaria del demandante en el sistema de seguridad social en salud; que, en tal virtud, era su afiliada y, consecuentemente, la atendió en sus controles prenatales. Propuso las excepciones de discrecionalidad y autonomía técnico científica de las instituciones y médicos tratantes, cumplimiento de las obligaciones contractuales y legales y la genérica (f.º 166 a 174).

En su defensa, expuso que las instituciones prestadoras de servicios de salud son las encargadas de prestar la atención a las personas vinculadas a una EPS; por tanto, estas últimas son las responsables de «*los diagnósticos, procedimientos, rehabilitación y prevención de sus afiliados*», mientras que a aquellas les corresponde garantizar el acceso de su afiliado o beneficiario a tales prestaciones a través de su red propia o de una externa contratada.

Dentro del término de ley, los actores reformaron la demanda inicial en el sentido de incluir como accionada a la Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Saludcoop, a quien solicitaron imponer, en forma solidaria, el reconocimiento de las pretensiones reclamadas, con fundamento en los hechos ya expuestos (f.° 197 a 208).

Al contestar al escrito inicial y su reforma, Saludcoop EPS se opuso a las aspiraciones de los demandantes, aseveró que los fundamentos fácticos en que se soportan no le constan y propuso las excepciones de falta de legitimación por pasiva, inexistencia de requisitos que permitan constituir la causalidad, inaplicabilidad de la teoría de la falla del servicio a las entidades de derecho privado, inexigibilidad de obligaciones a cargo de Saludcoop EPS, excesiva tasación de perjuicios y la genérica.

Expuso en su defensa que las EPS e IPS si bien pertenecen al Sistema General de Seguridad Social, son dos entidades diferentes conforme a las funciones establecidas

en la Ley 100 de 1993, pues las primeras administran y financian los servicios de salud y las segundas los prestan. En consecuencia, afirmó que entre Saludcoop EPS y Ana María Mariana Gallego Martín como beneficiaria de Jhon Freddy Tascón Areiza, no existía ninguna relación contractual, pues tal como lo sostuvo la parte actora desde la demanda, su EPS era Cafesalud S.A. (f.º 228 a 237).

## II. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Al decidir el asunto en la primera instancia, el Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Pereira en sentencia de 28 de junio de 2011, resolvió:

1. **DECLARAR** que (...) **CAFESALUD EPS S.A.**, es responsable de la falla en el servicio médico como entidad promotora de salud, al llevar a la ocurrencia de la muerte de la señora **ANA MARÍA MARIANA GALLEGO MARÍN**, derivada de la inadecuada prestación de la asistencia médica, conforme a lo expuesto en la parte motiva.

2. Como consecuencia de la anterior declaración, **CONDENAR** a (...) **CAFESALUD EPS S.A.**, a pagarle al señor **JHON FREDDY TASCÓN AREIZA** y a sus menores hijos (sic) **MARÍA JOSÉ** y **MARÍA CAMILA TASCÓN GALLEGO**, a quienes representa legalmente, los perjuicios materiales correspondientes a daño emergente y lucro cesante, consolidados y futuros, derivados de la pérdida de su compañera permanente y madre **ANA MARÍA MARIANA GALLEGO MARÍN**, quien falleció el 25 de julio de 2007, en cuantía de (...) **(\$113.665.695.00)**. Así mismo, **CONDENAR** a (...) **CAFESALUD EPS S.A.**, a pagar a los demandantes los perjuicios morales objetivados y subjetivados, que se estiman en **CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES** para el compañero y de **CINCUENTA (50) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES** para cada una de las menores hijas, o sea un total de **DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES**. Además, al valor de la condena señalada en pesos se le deberá aplicar la indexación.

3. **ABSOLVER** a (...) **SALUDCOOP** -en su condición de **IPS**-, por las razones expuestas en la parte motiva.

4. **CONDENAR** en costas a (...) **CAFESALUD EPS S.A.** (...).

Para arribar a tal determinación el *a quo* se ocupó del estudio del material probatorio, luego de lo cual, expuso:

*(...) es evidente que se incurrió en una falla del servicio, consistente en una conducta y obrar negligente, imprudente y descuidada al permitir que la señora Ana María Mariana Gallego Marín, a pesar de los graves síntomas que presentaba y el estar calificado su embarazo como de alto riesgo, a pesar de acudir oportunamente a la prestadora del servicio de salud, no fuera valorada en forma integral ni por los especialistas que requería, al punto de ni siquiera practicársele los exámenes siquiera mínimos pertinentes para establecer un diagnóstico que, como ya se anotó, brilla por su ausencia, disponiendo su salida de tal manera que fue agravándose, con las consecuencias ya anotadas.*

De lo anterior, concluyó que la muerte de la paciente se produjo *«por una falla del servicio prestado por Saludcoop como IPS (...) que no demostró su diligencia y cuidado en la atención de la paciente».*

Consideró además que conforme lo establecido en los artículos 178 numeral 6.º y 179 de la Ley 100 de 1993, la responsabilidad del hecho debe ser asumida por Cafesalud EPS S.A., pues *«al configurarse la relación EPS – AFILIADOS Y BENEFICIARIOS como vínculo contractual, implícitamente hace recaer en dichas partes derechos y obligaciones recíprocas, como el de garantizar el acceso al servicio de salud en condiciones de eficiencia y eficacia para el afiliado (y su grupo familiar beneficiado) y la obligación correlativa del mismo de pagar cumplidamente sus cotizaciones».*

En esa dirección, consideró que al presentarse una falla en la prestación del servicio de salud por parte de una IPS adscrita a la EPS o de profesionales cuyos servicios haya contratado, será esta la responsable frente al afiliado o beneficiario «*siendo ajeno a ellos la relación existente*» entre los anteriores (f.º 537 a 581).

### **III. SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA**

Al resolver el recurso de apelación que interpuso Cafesalud EPS S.A., la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, en el fallo recurrido en casación, revocó la decisión del *a quo* y, en su lugar, absolvió a las demandas de las pretensiones elevadas en su contra e impuso a los demandantes las costas de las instancias (f.º 16 a 32 cuaderno del Tribunal).

Para esta decisión, comenzó por estudiar el tema relativo a la responsabilidad solidaria entre las IPS y EPS. Al respecto, resaltó que pese a tener funciones diferentes, pertenecen al Sistema de Seguridad Social en salud y tienen una labor común, esto es, «*garantizar la salud del paciente que a ellas acude*», razón por la cual –afirmó– no es dable predicar un trato disímil entre ellas frente a la responsabilidad en la atención de un afiliado, postura que apoyó con la reproducción de apartes de la sentencia CSJ SC 11 sep. 2002, rad. 6430.

Agregó que la responsabilidad de las EPS por los actos cometidos por sus agentes se encuentra consagrada en el

artículo 178 de la ley de seguridad social que, en su numeral 6.º, establece a cargo de tales entidades la función de controlar la calidad e integralidad de la atención que presenten las IPS. En tal virtud, consideró desacertado el argumento del apelante según el cual no es pertinente predicar la solidaridad de aquellas con ocasión de los servicios prestados por estas, *«pues es tan responsable quien contrata un servicio como quien lo presta»*. Por tanto, concluyó que en el *sub lite*, existe responsabilidad solidaria entre dichos entes, circunstancia que –aseveró– le permite a los demandantes reclamar de cualquiera de ellos, el pago total de los perjuicios causados y el deber correlativo de aquel de asumir la integridad de los mismos.

A continuación, se refirió a la responsabilidad médica por actos obstétricos. Sobre el particular, afirmó que las obligaciones que generan la práctica de la medicina han sido catalogadas jurisprudencial y doctrinalmente como de medio -dada la complejidad que pueden presentar los procedimientos e intervenciones y la multiplicidad de factores que influyen en el desarrollo de aquellos-, salvo *«las cirugías estéticas o la atención obstétrica en lo que tiene que ver con el parto, que han sido consideradas como campos en los que surgen obligaciones de resultado»*. En tal sentido, transcribió *in extenso* la sentencia del Consejo de Estado, 19 nov. 2009, rad. 18364.

Al descender al caso en concreto, señaló que la apelante cuestionó la decisión del juez de primer grado, porque, en su sentir, de la valoración probatoria que realizó

no era dable concluir la falla en el servicio que le endilgó, toda vez que: *«i) considera haber prestado un servicio de manera eficiente y eficaz a través de la IPS accionada, ii) El diagnóstico establecido por el personal profesional médico interdisciplinario fue el oportuno y iii) el dictamen en el cual se apoyó la a quo, da cuenta de un manejo adecuado de la sintomatología de la paciente y que su deceso obedeció a las condiciones patológicas propias de la misma».*

En consecuencia, consideró el Tribunal que le correspondía analizar si la EPS demandada logró desvirtuar *«la prueba evidente en lo concerniente al parto, bien porque destruyó la presunción de culpa que el sistema lleva aparejado o bien porque acreditó la existencia de una causa extraña que resquebraje el análisis de imputación».* Efecto para el cual, estimó necesario tener en cuenta dos momentos: (i) el de la atención del parto *«que es el que cambia las reglas de la responsabilidad de medio»* propia de la prestación de servicios médicos, y (ii) el de la atención a la consulta efectuada a la paciente el día anterior al parto, *«en cuanto a si los síntomas relatados eran manifestaciones de preclamsia o ameritaban la hospitalización de la paciente».*

Con tal finalidad, reprodujo lo pertinente frente a los dos puntos anteriores de las declaraciones rendidas por los médicos Néstor Echeverry Zuluaga –cuidados intensivos-, Jaime Bernardo Calvache –cirujano oncólogo-, Luis Alfonso Cano Marín –medicina interna-, Maribel Henao Navarro –gineco-obstetra- y Jaime Andrés Osorio Valencia –médico

general-. Así mismo aludió a lo que, sobre el particular, expuso el perito en el dictamen practicado en primera instancia y su posterior ampliación.

Del análisis de tales medios de convicción, concluyó que la atención prestada a Ana María Mariana Gallego Marín luego de la falla multisistémica surgida con posterioridad a la cesárea que le practicaron, fue la adecuada, pues cuestión diferente es que su sintomatología y padecimientos fueran de tal gravedad que, conforme lo explicaran varios de los profesionales médicos, la mortalidad en tales eventos ascendía al 80%.

En cuanto a la oportunidad del diagnóstico y la atención previa a la referida cirugía, expuso que del historial médico y del dictamen rendido por el perito, resulta evidente que el estado de gravidez de la paciente revestía un alto riesgo y, por tanto, *«requería atención y manejo especializado, que según el dicho de los testigos se le otorgó, y así debe haber ocurrido pues no aparece reparo en el expediente, ni de ella ni de sus familiares»*.

En lo que al manejo dado por el médico general el 18 de julio de 2007, de la 13:13 a la 13:36, recalcó que el mismo galeno que atendió a la paciente, explicó que sus síntomas en conjunto con el examen médico físico practicado que reveló una tensión arterial normal, no le indicaron un cuadro de preclamsia, pues únicamente la encontró *«ansiosa, sin que se evidenciara necesidad de otros exámenes»*.

Así, contrario a lo deducido por el *a quo*, consideró el Tribunal que con la información suministrada y la valoración efectuada a Ana María Mariana Gallego Marín, la decisión del médico tratante en esa oportunidad, se ajustó a los parámetros normales de atención y al procedimiento que se considera correcto en ese tipo de eventos, circunstancia que, dijo, se corroboró con los testimonios rendidos por los galenos y con el dictamen pericial.

Agregó que los declarantes afirmaron que las complicaciones de la eclampsia pueden aparecer de «*forma fulminante en horas*», circunstancia que lo llevó a deducir que la posibilidad de evitar la ocurrencia de tal padecimiento no dependía de la hospitalización o no de la paciente, para, finalmente, concluir:

*Es del caso afirmar que la atención que se le brindó el día 18 de julio de 2007 a la hora de la una y treinta y seis (01:36) minutos de la tarde, de conformidad con los síntomas que anunció, pero teniendo en cuenta el examen médico y la normal presión arterial que presentaba, fue la adecuada pues la sintomatología no hacían necesaria su internación.*

*Así las cosas, con los testigos médicos traídos al proceso y el dictamen pericial presentado, no objetado por ninguna de las partes, no le cabe duda a esta Sala que la entidad llamada a juicio, logró desvirtuar la “prueba evidente”, en lo concerniente con la atención brindada a la paciente, destruyendo la presunción de culpa que en principio pesaba sobre ella y acreditando la existencia de causas ajenas a su ejercicio que impiden hacerla responsable de la muerte de la paciente.*

#### **IV. RECURSO DE CASACIÓN**

Interpuesto por los demandantes y admitido por la Corte, se procede a resolver.

## **V. ALCANCE DE LA IMPUGNACIÓN**

Pretenden los accionantes que esta Sala case la sentencia recurrida para que, en sede de instancia, confirme la de primer grado.

Con tal propósito, por la causal primera de casación, formularon un cargo que no fue objeto de réplica y que la Sala procede a estudiar.

## **VI. CARGO ÚNICO**

Acusa la sentencia impugnada de violar por la vía indirecta, en la modalidad de aplicación indebida «*los artículos 1494, 1495, 1501, 1603, 1604, 1613 al 1616, 1738, 2341, 2343 y 2344 del Código Civil, normas que regulan la responsabilidad contractual y extracontractual de la atención médica; los artículos 178 numeral 6o, 179, 180 numeral 4o, literales b) y c) (sic), que determinan las obligaciones de las entidades de seguridad social en salud frente a sus usuarios*».

Manifiesta el censor que el Tribunal incurrió en los siguientes yerros de orden fáctico:

1- *Dar por demostrado, sin estarlo que la entidad promotora de salud obró con diligencia en la atención médica, realizada el 18 de julio de 2007 a las 13.13 horas de la tarde, cuando el médico tratante, JAIME ANDRES (sic) OSORIO VALENCIA, erró en el diagnóstico de la paciente Ana María Mariana Gallego Marín, al no tener en cuenta los síntomas neurológicos y estado de conciencia de ésta, que acreditaban un cuadro clínico de preclampsia.*

2- *No dar por demostrado, estándolo, que para el día 18 de julio de 2007 a las 13.13 horas, cuando la paciente fue atendida por el médico tratante, JAIME ANDRES (sic) OSORIO VALENCIA, presentaba un embarazo de alto riesgo por ser gemelar, además un cuadro médico de desmayos, frases incoherentes, edema en los pies y palidez, amén de que estaba ingiriendo nifepidina para la hipertensión; signos claros de inferencia de preclampsia y de alarma que obligaban a la entidad prestadora a responder con diligencia, solicitando conceptos especializados de ginecología y siquiatría.*

Refiere que a dichos errores arribó el juez de segunda instancia debido a la apreciación errónea de la historia clínica de Ana María Mariana Gallego Marín, así como del dictamen pericial y de los testimonios de Jaime Andrés Osorio Valencia (f.° 572), Maribel Henao Navarro (f.° 548), Néstor Echeverry Zuluaga (f.° 534), Jaime Bernardo Calvache (f.° 539) y Luis Alfonso Cano Marín (f.° 543).

Para sustentar el cargo afirma que conforme la historia clínica, Ana María Mariana Gallego Marín fue llevada por su compañero permanente a las 13:13 del 18 de julio de 2007 a la Clínica Saludcoop de Pereira, donde fue atendida por el médico general, quien determinó *«que existía dolor abdominal tipo cólico (...) con sensación de disnea, con molestias para dormir. Paciente marcadamente ansiosa y desorientación y edemas en los pies»*, lo que arrojó un diagnóstico principal de *«SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN»*, cuadro clínico frente al cual ordenó tratamiento con nifedipina, acetaminofén y dipirona, y fue dada de alta sin que se le entregara el primero de los medicamentos.

Recalca que dicho documento, también da cuenta que

ese mismo día, a las 23:47, la paciente reingresó a la clínica con *«mareos, fostenos, tinitus, cefalea y epilgastria. Se encuentra desorientada en tiempo y espacio»*, razón por la cual fue internada, sometida a cesárea de la cual nacieron dos gemelas y a raíz de una *«falla multiorgánica»* falleció el 25 de julio de 2007.

Aduce que si bien el Tribunal determinó que la responsabilidad obstétrica frente al parto es de resultado, apreció erradamente el citado medio de convicción, en cuanto a la atención médica recibida por Ana María Mariana Gallego Marín el 18 de julio de 2007 a las 13:13, pues el médico tratante emitió un diagnóstico equivocado frente a las dolencias de aquella, al no precaver la presencia física de preclampsia *«que es del resorte de los actos médicos generales comunes al embarazo y no al parto»*, omisión que, asevera, la obligó a retornar a la clínica 10 horas más tarde, esto es, a las 23:27, con un cuadro clínico grave que derivó en una complicación médica –eclampsia–, que fue manejada por *«ginecólogos, intensivistas, nefrólogos, internistas etc»*.

En ese contexto, asevera que el juez de apelaciones se equivocó al concluir que existió un diagnóstico oportuno, pues ello no se infiere fundadamente del historial médico, que lo que sí demuestra es que la paciente presentaba una amenaza en su proceso de embarazo que, por ser calificado como de alto riesgo, podía evolucionar en horas, máxime cuando la sintomatología que presentaba evidenciaba una preclampsia y, por tanto, debió ser atendida *«con premura y por galeno especializado»*.

Señala que el Tribunal apreció erradamente la mencionada historia clínica, porque la analizó frente al proceso de deceso de la paciente, pero no sobre la atención inicial que fue brindada por un médico general, pese a que, insiste, estaba debidamente acreditado que el embarazo era de alto riesgo debido a su edad -19 años- y a que era gemelar, razón por la cual desde la primera revisión prenatal se dispuso que los controles periódicos deberían ser atendidos por un especialista –ginecólogo-, circunstancia que fue desconocida en la atención inicial de urgencias, lo cual «*genera falla médica asistencial*».

Reseña que la prueba del desconocimiento técnico y científico del médico general que atendió inicialmente a Ana María Mariana Gallego Marín, consistió en ignorar las manifestaciones del compañero de aquella, quien informó que «*tuvo un desmayo, frases incoherentes, edema de pies y palidez*», síntomas que califica de «*signos claros de alarma*» que justificaban la solicitud de un concepto especializado y la observación hospitalaria de la paciente. Empero, en lugar de ello «*se le trató con analgésicos, antihipertensivo – vasodilatador -inhibidor de contracción uterina y se le envió a casa*», obrar que encasilla en el concepto de impericia.

Recalca que la no entrega de uno de los medicamentos recetados -la nifedipina-, también es demostrativo de la negligencia administrativa, aspecto que no se tuvo en cuenta en la sentencia recurrida.

Asevera que el citado galeno desconoció «*el principio*

*médico conocido como DEBER DE SOSPECHAR», al no ordenar la práctica de exámenes especializados para descartar complicaciones clínicas posteriores; luego, que no utilizó debidamente todos los medios que estaban a su alcance para determinar un diagnóstico certero de las dolencias de la paciente e impidió realizar oportunamente el tratamiento necesario para atacar la preclampsia.*

Alude a que el error en el diagnóstico y el tratamiento inadecuado constituyen falla del servicio, *«puesto que la paciente estaba siendo tratada en una institución hospitalaria de II nivel, Clínica Saludcoop, la cual de conformidad con lo estipulado en el artículo 8o del Decreto 1760 de 1992 es catalogada en dicho nivel porque cumple como mínimo, entre otros, con los siguientes criterios: a) Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios; b) Tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad».*

En lo que al dictamen pericial se refiere, manifiesta el recurrente que el Tribunal centró su análisis en la atención del parto que –afirma– no discute, pues lo que reprocha es la errada apreciación de tal elemento de juicio frente al equivocado diagnóstico médico presentado a las 13:13 del 18 de julio de 2007, pues, en su sentir, el juez plural confunde *«la preclampsia con la eclampsia y el síndrome de Hellp con la salud de los bebés».* Así, expone que la primera

es anterior a la segunda, que son patologías progresivas y no excluyentes, mientras que la salud de los neonatos constituye un asunto indiferente e irrelevante frente a la causa eficaz de la muerte de la madre.

En tal virtud, el reproche que le imputa al Tribunal lo hace consistir *«en no tener en la cuenta el error de diagnóstico hecho por el médico general, Osorio Valencia, el cual si se realiza bajo los parámetros médicos que la situación concreta exigía, la consecuencia habría sido distinta. En otras palabras, la atención de psiquiatría y el monitoreo fetal para definir la frecuencia y duración de las contracciones, realizados oportunamente, habrían permitido darle el tratamiento médico adecuado a la paciente y con ello, probablemente haber salvado su vida. No debe omitirse que la preclampsia no es mortal, sino que la de mayor morbilidad es la eclampsia»*.

Asegura que si el perito indicó que *«pudo haberse pensado en solicitar interconsulta con psiquiatría o hacer exámenes especializados y además obtener un monitoreo fetal, el que solo se hace con internamiento de la paciente, para definir la frecuencia y duración de las contracciones»*, debe entenderse que la omisión de tales procedimientos, constituye una falla del servicio, toda vez que al profesional de la salud le es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad *«acorde al estado de la ciencia y el arte»*, para, entre otros, obtener un diagnóstico oportuno; luego, si no obra con tal cuidado e inmediatez, desconoce su compromiso de atención y pone en riesgo la integridad y

vida ajena, tal como asevera, ocurrió en el *sub lite* conforme la situación ya descrita.

Por tal razón, considera que el Tribunal erró al darle un sentido y alcance distinto al peritaje que –sostiene– de manera objetiva devela una culpa por omisión de la entidad médica demandada, al no realizar oportunamente la atención en psiquiatría de la paciente y obtener la frecuencia y duración de sus contracciones, pues de haberse obtenido a tiempo y con el internamiento hospitalario de la paciente, las consecuencias fatales se habrían evitado.

Destaca que el *ad quem* también incurrió en error al no observar que en la aclaración del dictamen pericial, se indicó que conforme a los síntomas de la paciente, además de la evaluación de psiquiatría, era preciso solicitar una evaluación con neurología clínica o neurocirugía y con un ginecólogo, actividades que no fueron realizadas y contribuyen a demostrar la falla médica que alega.

Frente a las declaraciones rendidas por los diferentes testigos, señala que centrará su análisis en lo que tiene que ver con la atención practicada a Ana María Mariana Gallego Marín el 18 de julio de 2007 a las 13:13, dado que no discute la diligencia médica en la atención del parto. Para tal efecto, y frente a cada testimonio, refiere:

- Néstor Echeverry Zuluaga: en su testimonio indicó que cuando la paciente fue atendida inicialmente, era posible determinar que las manifestaciones que presentaba eran

signos de preclampsia, por lo que –afirma el censor- el Tribunal le dio un sentido distinto a lo dicho por tal declarante, al confundir preclampsia con eclampsia. Además, sostiene el recurrente que el mismo declarante indicó que la primera presenta varios signos y que evoluciona en días, pero las complicaciones pueden aparecer en horas y si no se inicia un manejo de cuidado puede evolucionar rápidamente y desencadenar en la segunda.

- Jaime Bernardo Calvache Cerón: señala el impugnante que al analizar su versión *«con el tamiz de la lógica y de acuerdo a sus dichos»*, se tiene que aun cuando no es experto en temas ginecológicos, sí revela que *«la existencia de hipertensión arterial y proteinuria y si la paciente tiene varias semanas de embarazo, puede inferirse una preclampsia»*. Reseña que tal testimonio debe ser valorado a la luz de lo probado, esto es, que luego del examen físico practicado a Ana María Mariana Gallego Marín se le recetó nifedipina, medicamento para controlar la hipertensión, lo que significa que el galeno que la atendió encontró la presencia de tal cuadro clínico y, por tanto, extendió tal prescripción medicinal.

Frente a la existencia o no de *«proteinuria»*, recalcó que en el mismo fallo confutado se indicó que en el expediente no aparece esa prueba de laboratorio, lo que significa que no fue ordenada por la institución, pese a que conforme el dicho de este testigo era procedente realizar ese tipo de examen para determinar la existencia o no de la

preclampsia en la paciente. Por lo dicho, asegura que el Tribunal le dio a esta versión una intelección equivocada, al suponer que el testigo indicó que el 18 de julio de 2007 a las 13:13 no era posible predecir médicamente dicha patología.

- Luis Alfonso Cano Marín: manifiesta que esta versión fue fragmentada por el *ad quem*, porque el declarante indicó que de acuerdo con los antecedentes de la paciente, esta era tratada con nifedipina -medicamento usado para la hipertensión- y que, previamente, había estado hospitalizada por epigastralgia y cefalea, síntomas que sugieren la presencia de preclampsia.

- Maribel Henao Navarro: recalca que las afirmaciones de esta declarante difieren de la conclusión que extrajo el fallador de segundo grado, *«porque supuso que si el médico, que atendió a la paciente a las 13.13 horas del 18 de julio de 2007, le realizó exámenes y la examinó no era procedente la hospitalización»*, pero está demostrado que el galeno que atendió inicialmente a la paciente, no le realizó ni ordenó ningún examen para descartar una preclampsia en proceso. Adicionalmente, señala que esta versión fue cercenada, porque se omitieron aspectos trascendentales que la testigo refirió.

- Jaime Andrés Osorio Valencia: aduce que el argumento del juez de apelaciones para darle credibilidad a esta versión, relativo a que la eclampsia puede evolucionar en horas; *«es frágil, y deleznable»* porque antes del proceso de

eclampsia se presenta la preclampsia, cuyos signos de presencia develaba la paciente al momento de la primera atención y que presentaba «*desde hacía varios días*», por lo que era obligatoria su atención médica inmediata, internamiento y realización de exámenes para detener el primero de los cuadros clínicos y prevenir el segundo.

Finaliza con la reproducción de algunos apartes de las sentencias de la Sección Tercera Subsección A del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, 24 feb. 2011, rad. 2004-0037, y de la Sección Tercera del Consejo de Estado, 1.º oct. 2008, rad. 27268.

## **VII. CONSIDERACIONES**

A partir del análisis de la sustentación del cargo, se observa que está dirigido a atacar un mismo punto de la sentencia recurrida: la valoración de las pruebas -que acusa el recurrente- por parte del Colegiado de instancia, que lo llevó a concluir que la atención médica brindada a Ana María Mariana Gallego Marín el 18 de julio de 2007 a las 13:07, fue la adecuada, toda vez que la sintomatología que presentaba no indicaba la presencia de un cuadro de preclamsia que hiciera necesaria su internación.

Pues bien, a modo de introducción, conviene precisar que conforme el artículo 61 del Código de Procedimiento Laboral y de la Seguridad Social, el principio de la sana crítica impera la evaluación de los medios probatorios que le corresponde realizar al juzgador y, en tal medida, cuando

se recurre en casación una providencia por la vía indirecta de la causal primera –como en este caso–, el acierto de aquella se deriva de la debida aplicación de la norma sustancial que rige el caso y de la correspondencia de sus enunciados fácticos con los hechos probados en el proceso.

En esa dirección, le está permitido a la Sala corregir las conclusiones probatorias equivocadas en que se fundamentó la sentencia de segunda instancia, siempre que el impugnante cumpla con la debida carga argumentativa, tendiente a demostrar que el sentenciador omitió cumplir los criterios de racionalidad que la ley le impone observar.

Así pues, las contradicciones en los argumentos demostrativos, la falta de concordancia con los hechos, los yerros deductivos, la falta de confirmación del contenido de las pruebas a partir de la aludida sana crítica y la improbabilidad de las conjeturas probatorias a la luz del análisis objetivo de los medios de convicción, constituirán el fundamento de la acusación que pretenda poner de presente la existencia de errores, con la calidad de manifiestos, en la elaboración de las conclusiones fácticas del Tribunal.

Ahora bien, el juez al tomar sus decisiones evalúa los elementos probatorios en diferentes momentos procesales: i) cuando verifica la necesidad de los mismos, así como los requisitos formales y legales que deben cumplir, los decreta y los incorpora al proceso; ii) cuando los valora individualmente y en conjunto, es decir, desentraña la

información que ellos contienen, los aprecia materialmente, y iii) cuando fabrica la premisa fáctica que debe corresponder a los hechos en que se fundan las pretensiones, esto es, cuando el juzgador elabora las conclusiones que le servirán de fundamento para su decisión.

Precisamente, en ese segundo momento valorativo es cuando la ley le impone al juzgador la obligación de apreciar razonadamente los elementos de convicción «*de acuerdo con las reglas de la sana crítica*», como parámetro de evaluación racional de aquellos. Dicho postulado apunta a varios conceptos que lo integran -a los que estará sujeto el juez en su actividad valorativa conforme los hechos que interesen a cada proceso-, que se condensan en:

(i) Las reglas de la lógica: necesarias para elaborar argumentos probatorios de tipo deductivo, inductivo, o abductivo, como los axiomas -entendidos como aquellas proposiciones básicas que por resultar obvias se pueden afirmar sin demostración- y las reglas de inferencia -o principios lógicos que justifican la obtención de verdades a partir de otras verdades-.

(ii) Las máximas de la experiencia: que hacen referencia a las premisas obtenidas del conocimiento de la regularidad de los sucesos habituales; es decir, de lo que generalmente ocurre en un contexto determinado.

(iii) Los conceptos científicos afianzados: consistentes en las teorías, hipótesis o explicaciones formuladas por la comunidad científica o ilustrada sobre cierto tema y respaldadas por la evidencia de sus investigaciones o experimentos.

(iv) Los procedimientos, protocolos, guías y reglas admitidos por los distintos ámbitos profesionales o técnicos.

Así pues, la sana crítica contribuye al juez a interpretar la información contenida en los medios de prueba legal y oportunamente allegados al proceso.

No obstante, la facultad de apreciar los medios de convicción según las reglas que integran tal principio, no sirve de excusa para que el juez dé la apariencia de racionalidad y juridicidad a sus intuiciones, posturas ideológicas, emociones o prejuicios y, en esa dirección, omitir la lógica que impone la ley para establecer la correspondencia que debe existir entre sus enunciados fácticos y la realidad que dio origen al litigio.

Dicho de otro modo, la elaboración de las hipótesis sobre los hechos en discusión deberá fundarse en reglas claras y concretas que le otorguen efectividad a la decisión del sentenciador, en cumplimiento de su obligación de motivar razonadamente las providencias conforme la garantía constitucional que les asiste a las partes.

Precisamente, la aplicación de los anteriores postulados a la valoración probatoria realizada por el Tribunal, impone darle la razón al recurrente, pues existen criterios objetivos para concluir que los enunciados fácticos del *ad quem* relativos a la adecuada atención brindada a Ana María Mariana Marín Gallego, el 18 de julio de 2007, no se encuentran debidamente acreditados lo que comporta necesariamente la casación del fallo recurrido por infracción indirecta de la ley sustancial.

En efecto, respecto a la «*sintomatología*» que presentó la paciente a las 13:07 del día señalado, el Tribunal consideró que no era por sí misma un signo de alarma que hiciera necesaria su internación, y que el resultado del examen médico que le fue practicado, no demostró la existencia de un cuadro de preclamsia ni de síndrome de *Hellp*, que implicara el sometimiento de aquella a una observación rigurosa.

Además, según el sentenciador, «*la señora Ana María Mariana Gallego Marín al ser evaluada como paciente de alto riesgo obstétrico (ARO) requería atención y manejo especializado, que según el dicho de los testigos se le otorgó, y así debe haber ocurrido pues no aparece reparo en el expediente, ni de ella ni de sus familiares. De igual manera, según lo expresó el perito experto en la materia, siempre tuvo atención especializada para sus requerimientos y además la clínica saludcoop (sic) estaba en capacidad técnica y científica de atenderla debidamente*» (f.º 30 cuaderno del Tribunal).

Para adoptar tales conclusiones, el juzgador revisó la información contenida en la historia clínica, el dictamen pericial y los testimonios recepcionados en el curso del proceso, pruebas que, precisamente, acusa el censor de indebidamente valoradas, pues en su sentir, dados los síntomas que presentaba la paciente y al diagnóstico de su embarazo como de alto riesgo, la atención de la entidad demandada no fue la requerida según los estándares de la medicina, pues el chequeo debió realizarlo un médico especialista y su internación era necesaria.

Pues bien, de la revisión objetiva de la historia clínica de Ana María Mariana Gallego Marín, aportada al expediente, se advierte lo siguiente:

A folios 39 y siguientes consta que el 20 de abril de 2007, el médico general de Cafesalud, luego de realizarle el examen físico en el que se incluyó como antecedente la ocurrencia de un aborto previo, rindió como diagnóstico principal «*embarazo múltiple no especificado*» de 20 semanas por ecografía. En tal oportunidad, el galeno le extendió una orden de interconsulta ginecobstetricia -elaborada de forma manual, «*por fallas en el sistema*»-, que reposa a folio 39 del expediente en la que se visualizan los siguientes datos «*emb. 20 sem. X ECO*», «*embarazo gemelar*» y «*embarazo alto riesgo*».

A folio 53 repetida al 354, obra el reporte de consulta realizada a la paciente el 8 de mayo de 2007, por el médico especialista en gineco-obstetricia, oportunidad en la cual le

fue ordenada la práctica de ayudas diagnósticas, consistentes en «*UROCULTIVO PyP*» y «*ecografía pélvica con evaluación doppler*», entre las recomendaciones se incluyó «*SS ECO DE TERCER NIVEL – REPOSO*», y se le prescribió «*Crotamiton loción (sic) 0.1 fcoX60ml*».

El 22 de mayo de 2007, acude a la Clínica Pereira debido a «*brote en la piel*», se practicó el examen médico de rigor, sin hallazgos diferentes al señalado como motivo de consulta «*asociado a la gestación*», fue medicada con «*betametasona crema base*» y remitida a consulta de urgencias gineco-obstétricas (f.º 355 y 35)

Posteriormente, el 27 de mayo de 2007 acudió al servicio de urgencias debido a un cuadro de «*diarrea*». La médica que la atendió, refirió que la paciente negó «*premonitorios de eclampsia*» y dejó la anotación que su «*aspecto general*» era «*anormal*», y que se encontraba «*decaída, consciente, orientada, deshidratada, colaboradora*». Tras diagnosticarla con «*gastroenteritis de presunto origen infeccioso*», le ordenó la práctica de diversos exámenes médicos e, igualmente, «*consulta de urgencias ginecoobstétrica*» (f.º 358 a 360).

El folio 54 da cuenta de la interconsulta gineco-obstétrica de control prenatal a la que asistió Ana María Mariana Gallego Marín, el 23 de junio de 2007, en la cual fue recetada con sulfato ferroso y ácido fólico.

A folios 42, 43, 363 y 364 obra el resumen de la hospitalización de la paciente que tuvo lugar en la Clínica Pereira – convenio Cafesalud, del 11 al 13 de julio de 2007. En tal documento se expone que a las 12:24, hora de su ingreso, aquella refiere «sensación de que algo se le va a salir y le dan dolores que le han impedido dormir», y que una vez atendida por el galeno, este consideró necesaria su hospitalización.

Como ayudas diagnósticas se ordenaron, entre otras, monitoreo fetal, ecografía obstétrica, consulta de urgencias gineco-obstétrica y se dispuso la «atención diaria intrahospitalaria, por el especialista tratante del paciente».

Se le diagnosticó «falso trabajo de parto sin ninguna otra especificación». Y se le recetó acetaminofén, una cada 6 horas y nifedipido, una cada 8 horas.

En el esquema de evaluación, practicado el día 12 de igual mes y año, a las 23:02, se apuntó como análisis: «PLAN REPOSO EN CAMA. SUSPENDER GOTEIO DE SULFATO AL TERMINAR. TERMINAR ESQUEMA DE MADUREZ FETAL CON BETAMETASONA 12 MMG IM 2DA Y ÚLTIMA DOSIS. NIFEDIPINA 10 MG VÍA ORAL CADA 6 HORAS. DE ACUERDO A EVOLUCIÓN SALIDA MAÑANA CON CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA».

El 18 de julio de 2007, a las 13:07, nuevamente ingresa la paciente al servicio de urgencias de la mencionada clínica, por motivo de «dolor abdominal», que se

describió en los siguientes términos: «*PACIENTE CON EMBARAZO GEMELAR DE 32 SEMANAS QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR TIPO CÓLICO EN EL ABDOMEN Y ADEMÁS SENSACIÓN DE DISNEA Y MOLESTIAS PARA DORMIR (...) HOSPITALIZADA HASTA HACE UNA SEMANA POR APP Y ESTÁ EN MANEJO CON NIFEDIPINO Y ACETAMINOFÉN*».

En el examen físico realizado por el médico general que atendió la consulta, en el aparte «*m. Extremidades inferiores*», se consignó «*Anormal*», motivo por el cual en la columna de «*OBSERVACIONES*» correspondiente, se describió como hallazgo: «*EDEMA GRADO II SIN FOVEA*».

Se prescriben como medicamentos, acetaminofén, dipirona sódica y nifedipino, y en «*RECOMENDACIONES*» se lee: «*SE SIGUE TRATAMIENTO CON NIFEDIPINO, CONTROL POR GINECOLOGÍA AMBULATORIO PARA DEFINIR PROGRAMACIÓN DE CSTP*». Y concluye la atención a las 13:36 del mismo día (f.º 370 a 372).

Ana María Mariana Gallego Marín, acudió nuevamente al servicio médico hospitalario el mismo 18 de julio de 2007 a las 22:52, en el reporte de ingreso se lee: «*PACIENTE SECUNDIGESTANTE G2 P0 A1 CON EMBARAZO GEMELAR DE 30 SEM POR AMENORREA Y DE APROX 31 SEM POR ECO DEL 12-07-2007, CON CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN DE DISNEA SEVERA, ASTENIA ADINAMIA, REFIRE EL FAMILIAR QUE HA ESTADO COMO LOCA, DESORIENTADA EN OCASIONES, REFIERE QUE TUVO UN*

*EPISODIO DE LIPOTIMIA EL DÍA DE HOY POR LO QUE FUE TRAIDA. HOSPITALIZADA EN ESTA INSTITUCIÓN EL 12-07 POR APP [amenaza parto pretérmino] EN EL MOMENTO EN TTO [tratamiento] CON NIFEDIPINA REFIERE QUE CADA 6 H Y UNA TB DE 10 MG. REFIERE A SU VEZ MAREOS, FOSFENOS, TINITUS, CEFALEA Y EPIGASTRALGIA» (f.° 366).*

En la evolución realizada 3 horas y 45 minutos después, esto es, el 19 de julio de las 02:37, se anotó «*REFIERE EL ESPOSO CUADRO DE 18 HORAS DE EVOLUCIÓN, CONSISTENTE EN DESORIENTACIÓN, HABLA INCOHERENCIAS, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES Y EPISODIO DE LIPOTIMIA*».

En el análisis que rinde el médico que la ausculta, se lee: «*REGULARES CONDICIONES GENERALES, AL INGRESO CONCIENTE (sic), ORIENTADA, OBEDECE ÓRDENES, REFIERE SENTIRSE BIEN Y QUE VINO POR EDEMA DE LOS PIES (...), TAQUICARDICA, TAQUIPNEICA, MUCOSAS SECAS (...) TACTO VAGINAL, DILATACIÓN DE 6 CM. CUELLO BORRADO, BEBÉ QUE SE PRESENTA EM PODÁLICA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES (...) «PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, SÍNDROME NEFRÓTICO INTERROGADO, DESHIDRATACIÓN» (f.° 63 y 381).*

Se ordena entonces la cesárea de la paciente y su valoración por anestesiología, aquella se realizó sin complicaciones tal como se anotó en la evolución de las 02:47.

A partir de la anotación médica realizada a las 05:52, de ese mismo día se consignan las regulares condiciones generales de la paciente, debido a la falla multiorgánica en choque que presentó y la continuada desmejora médica que condujo a su muerte cerebral, declarada a las 23:01 del 24 de julio de 2007 y su posterior deceso.

Pues bien, del anterior recuento de la historia clínica de Ana María Mariana Gallego Marín, la Sala encuentra demostrado, sin mayores disquisiciones, que:

1. Desde la detección del embarazo de la paciente, este fue catalogado como de alto riesgo, por ser gemelar, de una mujer de 20 años con antecedentes de aborto y, por tal circunstancia, en la primera consulta realizada el 20 de abril de 2007, se dispuso su remisión al médico especialista en ginecología y obstetricia.

2. El control prenatal posterior, realizado el 8 de mayo de 2007, conforme la orden médica inicial, fue realizado por el médico especialista quien le prescribió algunas ayudas diagnósticas sin mayores especificaciones.

3. Posteriormente, el 22 de mayo de 2007, acude a urgencias debido a un brote de piel, fue medicada y remitida a consulta gineco-obstétrica.

4. 5 días después, esto es, el 27 de mayo, acude nuevamente al servicio de urgencias debido a una gastroenteritis. La galena que le atendió, le ordena varios

exámenes diagnósticos y la remite de urgencias al médico especialista en gineco-obstetricia.

5. El control prenatal del 23 de junio de 2007, fue realizado por el médico especialista en gineco-obstetricia.

6. El 11 de julio del mismo año, ingresó a urgencias debido a dolores que le impedían dormir. El médico tratante le ordenó varios exámenes, entre ellos, monitoreo fetal y ecografía, y dispuso su hospitalización bajo vigilancia del médico especialista en gineco-obstetricia, internación que perduró hasta el 13 de igual mes y año.

7. El 18 de julio de la misma anualidad, Ana María Mariana Gallego Marín acude nuevamente al servicio de urgencias, a las 13:07, por manifestar dolor abdominal, sensación de disnea (dificultad en la respiración) y molestias para dormir. El médico practica el examen físico que arrojó como resultado edema de las extremidades inferiores, no ordenó exámenes diagnósticos de ningún tipo, reprodujo la fórmula médica anterior, dispuso el control ambulatorio por ginecología a fin de definir la fecha de la cesárea y le dio de alta 29 minutos después.

8. Ese mismo día la paciente regresa a la clínica a las 22:52, oportunidad en la que se plasma su estado de salud, consistente en 1 día de evolución de disnea severa, astenia (debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente), resalta el episodio de lipotimia (pérdida

repentina y pasajera del conocimiento que se produce por falta de riego sanguíneo en el cerebro) presentado durante el día y el edema de los miembros inferiores, razón por la que acudió al servicio de urgencias en horas de la mañana. Tras verificar las regulares condiciones generales de salud en que se encuentra la paciente -descritas en precedencia-, se ordena su internación y la práctica de la cesárea con carácter de urgente.

Luego, es dable concluir que el embarazo de Ana María Mariana Gallego Marín, catalogado como de alto riesgo desde cuando se tuvo conocimiento médico del mismo, requería de atención y manejo especializado, que se verificó en todas y cada una de las oportunidades en que esta requirió del servicio de salud, por consulta externa o urgencias, salvo en aquella brindada el día 18 de julio de 2007 a las 13:07.

Se afirma lo anterior, por cuanto la sintomatología que describió la paciente en tal oportunidad, «*molestias para dormir*», no solo fue similar a la que se presentó en una oportunidad anterior y por la cual sí se ordenó su hospitalización que perduró por 3 días -11 de julio-, sino que, además, estuvo acompañada de dolor de abdomen y disnea; no obstante, el galeno se abstuvo de ordenar cualquier tipo de ayuda diagnóstica que, eventualmente, le hubiera sugerido la presencia de un cuadro clínico que ameritara la internación de la paciente, tal como había tenido lugar 7 días antes.

Tal circunstancia, se ve agravada en la medida que al realizar el correspondiente examen físico, el médico encontró que Ana María Mariana Gallego Marín presentaba edema en sus extremidades inferiores, estado físico que sugería la presencia de otro tipo de patología que debía descartarse; empero, ni siquiera dictaminó la revisión de la paciente por parte del médico especialista en ginecología y obstetricia, pese a que -como quedó visto-, era quien debía realizar las valoraciones médicas de la gestante dado el alto riesgo del embarazo.

Al respecto, nótese como los controles prenatales, salvo el primero –en el que se ordenó lo pertinente-, fueron llevados a cabo por el médico especialista y en las oportunidades que la paciente acudió al servicio de urgencias, le fueron practicados diversos exámenes y pruebas de diagnóstico, así como la valoración por el especialista.

En tal dirección, resulta evidente el error valorativo del *ad quem* frente a la historia clínica de la gestante, conforme la cual concluyó que la demanda siempre le otorgó atención médica especializada; que en la valoración por urgencias realizada el 18 de julio a las 13:07, el médico tratante únicamente la encontró ansiosa, razón por la cual no estimó necesaria la práctica de «*otros exámenes*», y que, en tal medida, la atención brindada en esa oportunidad fue la adecuada.

Ahora bien, acreditado el yerro fáctico del Tribunal con fundamento en una prueba hábil en casación, procede la Sala a la revisión de los demás elementos de convicción censurados por el actor.

Así, del dictamen pericial rendido en el curso del proceso, se advierte que el médico perito que lo suscribió fue enfático en señalar que Ana María Mariana Gallego Marín se encontraba en «*alto riesgo obstétrico*», por ser «*primigestante lo cual le da riesgo para que desarrolle durante la gestación hipertensión inducida por el embarazo, pre-eclampsia y eclampsia; además cursa un embarazo gemelar el cual es de riesgo para pre-eclampsia, parto pretérmino, y embolia de líquido amniótico. También cursaba con anemia ferropénica lo cual da riesgo para retardo de crecimiento intrauterino; además tenía un antecedente de amenaza de parto pretérmino una semana antes, por lo cual recibía inhibidores de las contracciones (Nifedipina) y da riesgo de parto prematuro (...)*».

Luego se refirió a las complicaciones que tuvieron lugar en la salud de la paciente, después del segundo ingreso a urgencias del 18 de julio de 2007, y resaltó que el tratamiento asistencial brindado a partir de ahí fue el correcto y oportuno, pues debido a los síntomas que presentaba, «*cuadro clínico compatible con preclampsia severa y un síndrome de dificultad respiratoria y falla renal aguda; además tenía trabajo de parto activo con dilatación del cérvix de 6 cms.*», se tomó la adecuada decisión de «*realizar los exámenes de laboratorio y operación cesárea*».

En el dictamen complementario rendido por orden del juez de primera grado, ante el cuestionamiento *«con los síntomas que presentaba la paciente, ¿a qué ayudas diagnósticas debió acudir el médico para determinar la patología y cuál el procedimiento médico?»*, dejó sentado que la gestante no mostraba *«síntomas premonitorios de eclampsia»*, y que, si bien, *«con todos los signos vitales normales, no debe pensarse en un diagnóstico de los que finalmente se realizaron 10 horas después»*, bien *«pudo haberse pensado en solicitar interconsulta con psiquiatría y además tomar un monitoreo fetal para definir la frecuencia y duración real de las contracciones»*.

Ante el cuestionamiento relativo a *«¿cuál es el procedimiento a seguir cuando acude un paciente con los síntomas de desmayo, desorientación, consistente en que expresaba frases sin sentido e incoherentes, edema de pies, palidez, teniendo en cuenta su estado de embarazo gemelar?»*, luego de explicar las características de un trastorno de ansiedad, refiere: *«De otro lado, si se presenta edema de pies y cursa con un embarazo gemelar, se debe descartar en primer lugar un Hipertensión inducida por el embarazo, especialmente una preclamsia y una de sus complicaciones en caso de que la tensión arterial sea de 140/90 o mayor a esa cifra. En la evaluación del médico se define si hay sospecha de preclamsia y se deben tomar los exámenes correspondientes a esta patología, y debe solicitarse una evaluación por el ginecólogo»* (f.º 426 a 430 y 441 a 443).

De lo visto, se tiene que el perito fue enfático en manifestar que el riesgo en la gestación y parto de Ana María Mariana Gallego Marín era alto, y que en caso de presentarse edema en los pies, en una gestante gemelar, era imprescindible descartar la presencia de una preclampsia para lo cual era menester solicitar los exámenes pertinentes y la evaluación del médico especialista.

Recuérdese que conforme lo dicho en líneas anteriores, en la atención brindada a la paciente el 18 de julio de 2007, a las 13:07, el examen médico arrojó la presencia de tal cuadro clínico -edema en miembros inferiores-; luego, se debió proceder conforme lo expuesto por el perito, que, dicho sea de paso, en su informe, obvió la existencia de tal hallazgo médico.

Frente a las declaraciones que sirvieron de soporte al fallo del Tribunal, vale recordar, en primer lugar, que, en este preciso asunto, los deponentes tienen la calidad de testigos técnicos, en los términos del inciso 3.º del artículo 227 del entonces vigente Código de Procedimiento (hoy inciso 3.º del artículo 220 del Código General del Proceso) como quiera que además de haber presenciado los hechos, poseen especiales conocimientos técnicos y científicos sobre ellos, cuyos conceptos y juicios de valor -limitados al área de su saber- aportan al proceso información calificada y valiosa sobre la ocurrencia de las situaciones que se debaten.

Ahora, al igual que los demás medios de prueba, los testimonios deben ser apreciados singularmente y en conjunto de acuerdo con las reglas de la sana crítica, lo que requiere tener en cuenta el método de valoración descrito en precedencia, pues de lo contrario el sentenciador no habrá estimado razonadamente el acervo probatorio sino que estaría resolviendo la controversia según su íntima convicción, opinión o creencia, tal como hizo el Tribunal en este caso.

En efecto, entre dos valoraciones probatorias opuestas entre sí –una que permite deducir la falla en la atención previa de Ana María Mariana Gallego Marín y, la otra, aquella que fue la adecuada–, el *ad quem* se inclinó por la segunda, pues afirmó que según lo expuesto con coherencia y amplitud por los declarantes la decisión del médico tratante, en esa oportunidad, se ajustó a los parámetros normales de atención, cuando, en realidad, tal medio de convicción careció de tales calidades, conforme se pasa a revisar:

El declarante Néstor Echeverry Zuluaga -médico en la clínica Saludcoop-, quien realizó una nota de evolución el 23 de junio de 2007 en la historia clínica de la gestante, a la pregunta: *«el 18 de julio de 2007 en horas de la mañana la señora Ana María Mariana Gallego, fue llevada por su esposo a la clínica Saludcoop, ya que presentó desmayos, signos o síntomas de desorientación, edema de los pies, palidez, ¿ello nos quiere indicar y significar que ya estaba*

*presentado los síntomas de la eclampsia?», contesto: «es posible pero n[o] es una sintomatología exclusiva de la eclampsia». La razón de tal dubitación, obedeció, conforme su dicho a que «desde el año de 1994, me encuentro dedicado en forma exclusiva a la especialidad de cuidados intensivos y no soy la persona adecuada para responder acerca del control prenatal» (f.º 446 a 448).*

Por su parte, Jaime Bernardo Calvache -médico especialista en cirugía oncológica- que efectuó la nota de valoración médica a las 10:46 del 19 de julio de 2007, al ser interrogado acerca de *«¿cuáles son los síntomas de la eclampsia severa y cuál es el tiempo de evolución de la misma?»*, respondió: *«hace 15 años que no manejo pacientes embarazadas, por lo cual los síntomas que puedo yo decir son los que recuerdo cuando practicaba medicina general, la eclampsia se inicia con aumento de la tensión».*

Y a la pregunta: *«teniendo en cuenta que a esa fecha - 18 de julio de 2007-la señora Gallego Marín, presenta treinta y siete semanas de embarazo, y una vez observado el médico que la atendió los síntomas que presentaba, en su experiencia médica, ¿esta debió haber sido remitida por ginecólogo para una valoración con especialista?»*, contestó: *«sí, yo como médico tratante considero que está haciendo una preclampsia o que tiene una preclampsia personalmente la remitiría al ginecólogo» (f.º 449 a 451).*

El testigo Luis Alfonso Cano Marín –médico internista de la clínica de Comfamiliar- quien trató a Ana María Mariana Gallego Marín una vez ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos, después de referir que el embarazo de aquella estaba clasificado como de alto riesgo por ser gemelar, frente a la última pregunta realizada al anterior declarante y una vez puesta de presente la historia clínica, expuso: *«Los signos, diagnósticos de preclampsia que yo observó o que fueron observados por mí, los diagnósticos los vi en el momento de la atención en la unidad de cuidados intensivos, desconozco si se tenía esos signos con anterioridad, con base en los síntomas que son palidez, edemas y mareo y desorientación, esos tres síntomas no dan el diagnóstico definitivo de preclampsia, sin embargo, habría que revisar si la paciente tenía presión arterial elevada, alteración de enzimas hepáticas, deterioro renal o deterioro neurológico, que establecieran este diagnóstico con anterioridad, esta enfermedad es un enfermedad variante y con diversos aspectos de manifestaciones, un cuadro de edemas o una embarazada ni la palidez, ni un mareo son criterios suficientes para pensar en preclampsia»* (f.º 453 a 457).

Maribel Henao Navarro -médica ginecóloga y obstetra- quien atendió el ingreso de la paciente el 18 de julio de 2007, a las 22:52 y ordenó la práctica de la cesárea, se la interrogó en los siguientes términos: *«El perito médico que rindió experticia dentro de este proceso, determinó en su experticio que de acuerdo al cuadro clínico que presenta la*

*paciente en la atención inicial “pudo haberse pensado o haber presentado interconsulta con psiquiatría y además tomar un monitoreo fetal para definir la frecuencia y duración real de las contracciones”. Considera usted doctora, en su experiencia médica que, ¿la circunstancia del médico general que atendió inicialmente a la paciente, no haya tomado esta decisiones pudo haber influido de alguna manera en el resultado final que conllevó a la muerte de la señora Ana María Gallego?».*

*A lo anterior, ella aseveró: «como lo dije en una anterior pregunta, en medicina es muy difícil conceptuar sobre una atención de la que uno no fue responsable en el caso de esta paciente, el estado fetal siempre satisfactorio y las bebés nacieron en muy buenas condiciones, el monitoreo había podido diagnosticar o corroborar la presencia de contracciones que tuvieron que ver con el grado de dilatación al que llegó la paciente, pero las amenazas de parto prematuro en la mayoría de los casos no son prevenibles totalmente con los medicamentos y es por esto que aun en estos momentos siguen naciendo bebés prematuros, la conducta de la valoración por psiquiatría habría sido importante por el descarte de un trastorno psiquiátrico y que se enfocara en una causa orgánica de las alteraciones de la conciencia que la paciente presentaba transitoriamente, se vio en la historia clínica, de ahí a asegurar que esto hubiera cambiado o hubiera evitado la muerte de la paciente, creo que es poco probable» (f.º458 a 464).*

Y Jaime Andrés Osorio Valencia -médico general del servicio de urgencias de Clínica Saludcoop de Pereira- quien atendió a Ana María Mariana Gallego Marín el 18 de julio de 2007, a la 13:07, ante la pregunta: *«¿cuál era el riesgo materno fetal de la complicación gestacional presentada?»*, respondió: *«altísimo»*.

Y, al siguiente interrogante: *«Bajo la hipótesis de que usted encontrara en una paciente cualquiera, tales síntomas reveladores de la preclamsia, ¿cuál es el procedimiento a seguir en el tratamiento de la misma?»*, contestó: *«Al encontrar una paciente gestante independiente de la edad gestacional y de las cifras tensionales, deben ser valorados además criterios paraclínicos, para definir si realmente hay un compromiso sistemiconcomitante, es decir las cifras tensionales per se no son el único criterio pero si son las que indican a qué tipo de paciente se le debe indicar el estudio y la paciente ya una vez establecido el diagnóstico completo se definirá tratamiento y pronóstico»*.

Y al cuestionarlo acerca de *«¿por qué razón estaba clasificado el embarazo de la señora Ana María Mariana de alto riesgo?»*, señaló: *«la clasificación como embarazo de alto riesgo se dio desde por ser un embarazo múltiple, en el caso de la paciente gemelar y haber presentado previamente amenaza de embarazo pretérmino»*.

Como se observa, varias de las declaraciones entre sí convergen en algunos puntos, entre ellos: (i) el embarazo de

la actora tenía la calidad de alto riesgo; (ii) un cuadro de edema o de tensión alta, «*per se*» no es indicativo de la presencia de una preclampsia; (iii) luego, para determinar la ausencia o la presencia de tal patología se precisa de exámenes diagnósticos y la valoración por parte del especialista en ginecología y (iv) no existe certeza acerca del resultado final que se habría producido en la vida de Ana María Mariana Gallego Marín, su diagnóstico y hospitalización el 18 de julio de 2007 a las 13:07.

Luego, el Tribunal debió ser más cuidadoso al momento de valorar tales declaraciones, todas del personal médico vinculado con la entidad de salud que atendió a Ana María Mariana Gallego Marín, sobre todo cuando la experiencia muestra que la declaración de una persona que puede comprometer la responsabilidad patrimonial de su empleador no es igual de espontánea y exacta que la que se obtiene de un tercero completamente ajeno a los intereses de las partes. Tal indicador, aunque no es del todo demeritorio de un testimonio, debió llamar la atención del sentenciador para corroborar la consistencia y coherencia de la información aportada.

La valoración razonada de los anteriores testimonios y del peritaje rendido, requería que el *ad quem* analizara su correspondencia con la historia clínica de Ana María Mariana Gallego Marín, que daba cuenta de la calificación de alto riesgo del embarazo de la paciente -que ameritaba la presencia de un médico especialista-, su quebranto de

salud presentado 7 días antes –debido a una sintomatología similar y que ameritó una internación por 3 días- y el hallazgo en el estado de salud que se advirtió cuando aquella ingresó por primera vez a urgencias el 18 de julio de 2007 -edema en miembros inferiores-, de suerte que lograra contrastar el estado de la ciencia con la evidencia y, al no hacerlo, dejó de apreciar tales elementos de convicción de acuerdo con la sana crítica.

De tal manera, para la Sala, sí existieron motivos clínicos para que el médico tratante remitiera de inmediato a la paciente ante el ginecólogo y ordenara las ayudas diagnósticas que se precisaban a efectos de descartar una posible preclampsia, a diferencia de lo que entendió el Tribunal, a quien le pareció suficiente que la atención del médico general se limitara a practicar el examen físico, tomar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, sin tomar en consideración los puntos arriba mencionados

Por lo expuesto, la decisión del *ad quem* habría sido legítima si se hubiera soportado en premisas verdaderas, pero, como quedó visto, no es cierto que la atención previa de la gestante se ajustara a los parámetros normales de atención y al procedimiento que se considera correcto en tales circunstancias, pues tanto a la madre como a sus hijas por nacer había que practicarles pruebas de bienestar, imágenes o exámenes diagnósticos, paraclínicos, pruebas de trabajo de parto, monitorización continua y valoración

por especialista que permitieran descartar cualquier tipo de patología que desencadenara en una posterior complicación.

Ahora bien, en lo que respecta a la valoración del «nexo causal», es de recordar que el *ad quem* refirió que conforme el dicho de los declarantes las complicaciones de la eclampsia pueden aparecer de «*forma fulminante en horas*», circunstancia que lo llevó a deducir que la ocurrencia de tal padecimiento no dependió de la falta de hospitalización de la paciente, luego de lo cual concluyó:

*Así las cosas (...), no le cabe duda a esta Sala que la entidad llamada a juicio, logró desvirtuar la “prueba evidente”, en lo concerniente con la atención brindada a la paciente, destruyendo la presunción de culpa que en principio pesaba sobre ella y acreditando la existencia de causas ajenas a su ejercicio que impiden hacerla responsable de la muerte de la paciente.*

Así, conforme los hechos probados en el *sub lite*, se tiene que lejos de desvirtuar «*el nexo de causalidad*», el anterior razonamiento confirma el juicio de falla en la atención atribuida a la entidad demandada.

En efecto, el fallador de segundo grado se limitó a opinar que la hospitalización previa de la gestante no era determinante para evitar el fatídico desenlace que posteriormente se verificó y, en consecuencia, la erigió como una causa excluyente de responsabilidad, cuando en realidad es un indicio más de la deficiente atención que le entidad accionada brindó a la paciente.

Y es que de tal afirmación del Tribunal, se infiere que limitó el objeto de la prueba a una causalidad material -la muerte-, pues pretendía encontrar probado que la internación de la paciente no habría desencadenado en un resultado diferente al obtenido, con lo cual olvidó que el nexo causal no es un objeto físico susceptible de demostración con elementos de juicio, sino una categoría lógica que permite inferir que entre un hecho antecedente y un hecho consecuente existe una relación de probabilidad porque la experiencia así lo ha mostrado repetidas veces.

Por eso, en casos de omisiones –*como en el sub lite*-, el criterio de imputación lo dan las normas jurídicas que establecen deberes de actuación, posición de garante, guardián de la cosa, etc., porque entre una omisión y un resultado no se produce ninguna relación de implicación material.

Así pues, si el juzgador no valoró los hechos probados en el proceso para corroborar o descartar la presencia del factor objetivo de atribución de responsabilidad, tampoco le era posible encontrar la prueba del «*nexo de causalidad*»; pues lo que se verificó fue una abstención u omisión en la correcta prestación del servicio de salud.

Por lo dicho, el cargo prospera. Sin costas en el recurso extraordinario.

## VIII. DECISIÓN DE INSTANCIA

Como quedó expuesto en sede de casación, la conclusión del *ad quem* relativa a la correcta atención de Ana María Mariana Gallego Marín el 18 de julio de 2007 a las 13:07, no tuvo sustento en la evidencia médica pues – como se dijo– únicamente se guió por la verificación parcializada de los testimonios y del dictamen pericial, conforme la cual consideró que los signos y síntomas que presentó la gestante en esa oportunidad se encontraban dentro de los parámetros normales, al punto que no le pareció censurable la decisión del médico general de no remitir a la paciente ante un ginecólogo y omitir la práctica de pruebas diagnósticas.

Pues bien, sea lo primero señalar que en Colombia, como Estado social de derecho, la seguridad social en salud además de ser un servicio público orientado por los principios de universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, irrenunciabilidad, prevención y continuidad consagrados en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia, constituye un derecho fundamental, cuya regulación y mecanismos de protección, fueron recientemente compilados en la Ley 1751 de 2015.

Tales postulados conducen a calificar la atención en salud, que por mandato legal el paciente traslada a las EPS, como una obligación en cuyo ejercicio se debe evitar la presencia de cualquier riesgo; de ahí, que la calidad de la atención integral en salud que se brinde a la población, se determinará por la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad del servicio.

Ahora bien, de conformidad con los artículos 178 a 180 de la Ley 100 de 1993, a las entidades promotoras de salud les corresponde ejercer el control sobre la calidad de la prestación del servicio de salud, en tanto *«tienen la obligación de establecer los procedimientos para controlar y evaluar sistemáticamente la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud»*.

Por su parte, el Decreto 1011 de 2006 -que derogó el 2309 de 2002 - estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y en su artículo 2.º definió la atención en salud como *«el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población»*.

Además, consagró lo que se debe entender por *«calidad*

*de la atención de salud», en los siguientes términos: «la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios».*

Así pues, tal normativa fijó los requisitos y procedimientos que están obligados a cumplir los entes prestadores de servicios de salud, con el fin de otorgar seguridad a los usuarios frente a los eventuales riesgos asociados a su prestación.

Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 –vigente desde el 9 de enero del mismo año, esto es, previamente a los hechos objeto de litigio-, dispuso algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y estableció disposiciones en materia de calidad, con el fin de priorizar el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios y consagrar en su artículo 14 la garantía del acceso efectivo a la salud de calidad, en los siguientes términos:

*Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.*

Por lo visto, es evidente que las entidades promotoras de salud son las responsables de cumplir las funciones de: (i) aseguramiento, (ii) representación de los afiliados ante las instituciones prestadoras, (iii) garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y (iv) la asunción del riesgo trasladado por el usuario.

Finalmente, cabe mencionar -pese a que no se encontraban vigentes a la fecha de ocurrencia de los hechos-, que la Ley 1438 de 2011 en su artículo 1.º, estableció algunos parámetros para fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud *«a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país»*, y que la ya citada Ley Estatutaria de Salud, que tuvo por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, dispuso en su artículo 2.º:

*El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

*Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las*

*personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.*

De lo expuesto, se advierte que desde la Constitución Política de 1991, se consagró un sistema obligatorio que garantiza el hoy derecho fundamental a la salud, en el cual la atención de calidad es un deber de las entidades que lo prestan y, en tal medida, resulta de imposible validación cualquier justificación frente a una tardanza o deficiencia.

Tales consagraciones constitucionales y legales propenden por el mejoramiento permanente de los estándares existentes tanto en tecnología, administración, operación y trato humano que permitan materializar los mandatos de un servicio de salud de alta calidad que redunde en mejorar las condiciones de vida de la población, efecto para el cual, además, se deberá observar el principio denominado enfoque diferencial, según el cual segmentos de aquella tiene características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia, para quienes el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de cualquier situación de discriminación y marginación.

Entonces, la necesidad de brindar al paciente un servicio de salud de total calidad tiene repercusiones directas en el derecho de la responsabilidad civil, pues todo

aquello que implique el desconocimiento de tal obligación – vb. gr. indebida calidad de la atención, demora en la prestación del servicio, uso de tecnología obsoleta, ausencia de tratamientos y medicamentos de utilidad comprobada, falta de continuidad e integralidad del servicio, realización de malas prácticas, etc.- será constitutivo de responsabilidad organizacional por deficiente prestación del servicio.

En este punto, conviene señalar que desde sus orígenes, la medicina ha sido una de las profesiones que mayor complejidad reviste y si bien día a día los procedimientos y tecnologías se han perfeccionado para facilitar la prestación del servicio, lo cierto es que dista mucho de ser una ciencia exacta en la cual no exista margen de error.

No obstante, existen yerros que no se justifican ni se pueden pasar por alto, puesto que ponen en riesgo o peligro la integridad y la vida de un ser humano y consecuentemente, se ocasiona daño y dolor a sus seres queridos. Por eso, en la medida en que las empresas prestadoras del servicio de salud reconozcan su trascendental rol, deberán asumir también responsabilidades sociales en la construcción de valores de integridad, con el compromiso de devolver a la sociedad en servicios, lo que toman de ella para desarrollar su actividad

De ahí que la exigencia de una adecuada prestación de la atención, también guarda correspondencia con la confianza que el Estado les ha otorgado a tales instituciones, de velar por el derecho fundamental a la salud de sus asociados.

En conclusión, en el fallo de casación quedaron demostrados los errores que cometió el Tribunal al no valorar el acervo probatorio según las reglas de la sana crítica, lo que significó la comisión de los yerros fácticos endilgados por el recurrente; por tanto, y a fin de no incurrir en repeticiones innecesarias, la Sala se remite a las conclusiones ya expuestas, soportadas en el análisis individual y conjunto de las pruebas, que demuestran la presencia de los elementos estructurales que consagra el artículo 2341 del Código Civil para endilgar responsabilidad civil a la entidad demandada.

Bajo tales consideraciones, queda resuelto el recurso de apelación de la demandada, así como las excepciones planteadas en la contestación al escrito inaugural de la contienda.

En lo que respecta al monto de la reparación del daño patrimonial y moral que impuso el juez *a quo*, y a la absolución que decretó a favor de la EPS Saludcoop, se tiene que ninguna de la partes presentó inconformidad, razón por la cual, esta Sala se abstiene de efectuar pronunciamiento alguno, siendo entonces lo procedente,

confirmar en su totalidad el fallo de primer grado.

Las costas de las instancias estarán a cargo de la EPS Cafesalud y a favor de los demandantes.

## **IX. DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley, **CASA** la sentencia proferida por la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira el 24 de abril de 2012, en el proceso ordinario que **JHON FREDY TASCÓN AREIZA** en nombre propio y de sus menores hijas **MARÍA JOSÉ** y **MARÍA CAMILA TASCÓN GALLEGO** adelanta contra **CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - CAFESALUD EPS S.A.** y la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP.**

En sede de instancia, **CONFIRMA** la sentencia del Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Pereira proferida el 28 de junio de 2011.

Costas, como se dispuso en la parte motiva.

Notifíquese, publíquese y devuélvase al Tribunal de origen.

**FERNANDO CASTILLO CADENA**

Presidente de la Sala

**GERARDO BOTERO ZULUAGA**

**JORGE MAURICIO BURGOS RUIZ**

**CLARA CECILIA DUEÑAS QUEVEDO**

**RIGOBERTO ECHEVERRI BUENO**

**LUIS GABRIEL MIRANDA BUELVAS**

**JORGE LUIS QUIROZ ALEMÁN**