

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



SALA CIVIL – FAMILIA

Medellín, dieciocho (18) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

Magistrado ponente

DARÍO IGNACIO ESTRADA SANÍN

Sentencia de 2ª instancia	No. 07
Demandante	Julio Escobar Rivas y Nidia Lourdes Gómez Mosquera.
Demandado	E.P.S Fundación Médico Preventiva e I.P.S Clínica La Chinita.
Proceso	Responsabilidad Civil Médica
Radicado No.	05045 3103 002 2017 00366 02
Procedencia	Juzgado Segundo Civil del Circuito de Apartadó.
Decisión	Lo cierto es que ninguna de las conclusiones técnico-científicas ofrecidas por el perito experto relatan o ponen de presente el desconocimiento de las funciones sociales y profesionales que la <i>lex artis ad hoc</i> exigía a las entidades demandadas, advirtiendo por el contrario que, la entidad del trauma, la propensión a infecciones y la propagación rápida de la infección intra y extra ocular funcionan y concurren como causas atribuibles a la enucleación del ojo derecho del señor Julio Escobar Rivas, pérdida anatómica que tenía lugar, además, para preservar su vida ante el inminente y agresivo avance del cuadro infeccioso, razón por la que se CONFIRMA la sentencia enrostrada.

Sentencia discutida y aprobada por acta No. 84

Se procede a resolver la apelación interpuesta por la parte demandante en contra de la Sentencia proferida el día 24 de junio de 2021 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Apartadó, dentro del proceso verbal de Responsabilidad Civil Médica

cursado en dicho despacho a solicitud de los señores Julio Escobar Rivas y Nidia Lourdes Gómez Mosquera contra E.P.S Fundación Médico Preventiva e I.P.S La Chinita.

I. ANTEDECENTES

1.1. Elementos fácticos.

El día 18 de junio de 2014, siendo aproximadamente la 1:00 pm, el señor Julio Escobar Rivas se encontraba reparando una cerca en una parcela de su propiedad ubicada en el Municipio de Chigorodó, cuando al momento de cortar un cable, un golpeó su ojo derecho y de inmediato se dirigió al Hospital María Auxiliadora en donde lo dejan en sala de espera hasta las 3:00 am, instante en el que fue efectivamente atendido, informándole que iba a ser remitido a la I.P.S La Chinita para valoración con un especialista en oftalmología.

El 19 de junio de 2014, pese a encontrarse hospitalizado en urgencias, se le informó al señor Julio Escobar Rivas que debía asistir a la cita con el especialista en oftalmología por sus propios medios y pagar el valor de la consulta de manera particular en tanto la ambulancia del Hospital María Auxiliadora no podía prestar sus servicios en esa ocasión.

Sucedió que cuando el señor Julio Escobar Rivas y su cónyuge, esto es, la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera, arribaron a la I.P.S La Chinita por sus propios medios, les indicaron que allí no estaba agendada ninguna cita de valoración con especialista, señalándoles que debían acercarse al Centro Oftalmoservicios I.P.S. Una vez allí, de nuevo, les informaron que no estaba prevista ninguna cita con médico especialista, concediéndoles una consulta para el 21 de junio de 2014.

Ante esa situación, los señores Julio Escobar Rivas y Nidia Lourdes Gómez Mosquera regresaron a la sede de la E.P.S Fundación Médico Preventiva en el Municipio de Apartadó, en donde fueron atendidos por un galeno auditor quien personalmente gestionó la atención de Escobar Rivas, remitiéndolo a la Clínica COOSALUR, siendo atendido a las 3:40 pm por el Dr. Ever Ruiz Contreras, quien al examinarlo manifestó que de manera urgente debía ser trasladado a Medellín

para una valoración de córnea, recetándole además *flobac*, *ciprofloxacino* y *dolex*, sin embargo correspondió a los actores la compra de tales medicamentos en tanto la E.P.S Fundación Médico Preventiva no atendió esa fórmula médica.

Siendo las 3:50 pm, el señor Julio Escobar Rivas y su acompañante se dirigen a la E.P.S Fundación Médico Preventiva para tramitar su remisión a la ciudad de Medellín, para que solo a las 6:00 pm lo atendieran y de manera informal le indicaran que debía asistir al Centro Especialista Oftalmológico –CEO- en donde sería atendido por la Dra. Martha Luz Zuluaga el día 20 de junio de 2014.

En ese estado de cosas, la E.P.S Fundación Médico Preventiva entregó al señor Julio Escobar Rivas la suma de \$120.000 para el pago de la consulta de especialista y \$53.000 para cubrir el desplazamiento de Escobar Rivas desde Chigorodó a la ciudad de Medellín. No obstante, ante la urgencia y el incesante dolor, el señor Julio Escobar Rivas y la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera viajaron al día siguiente en avión con destino a Medellín.

Encontrándose en la ciudad de Medellín y luego de ser atendidos por la Dra. Martha Luz Zuluaga, ésta manifestó la necesidad urgente de intervenir al señor Julio Escobar Rivas con el propósito de suturar su córnea por cuanto estaba perdiendo el iris de su ojo derecho, sin embargo, previo a ello, debía lograrse la autorización de la cirugía. Con ese panorama, el señor Julio Escobar Rivas y la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera se trasladaron a la sede de E.P.S Fundación Médico Preventiva en la ciudad de Medellín presentando los documentos pertinentes para lo propio, sin embargo, les dijeron que debían hacer la fila para lograr el trámite administrativo pendiente.

Tras una extensa espera, fueron atendidos a las 5:50 pm, precisándoles que había quedado debidamente radicada su solicitud de autorización y que debían irse para su lugar de residencia mientras la E.P.S Fundación Médico Preventiva se ponía en contacto con ellos para darles instrucciones una vez se autorizara la cirugía de sutura de córnea.

Sin más opciones, el señor Julio Escobar Rivas y la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera regresan al lugar en donde se hospedaban en la ciudad de Medellín, no obstante, el padecimiento del señor Escobar Rivas era tan insoportable que, por sus propios medios, a eso de las 7:30 pm se trasladan a la Clínica CES. Allí les indicaron que no contaban con convenio con la E.P.S Fundación Médico Preventiva y que una atención particular de esa dolencia costaba cerca a los \$8.000.000.

Por sugerencia de los galenos de la Clínica CES y presumiendo la presencia de un oftalmólogo permanente, el señor Julio Escobar Rivas y la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera se dirigieron al Hospital San Vicente de Paul, lugar en el que tampoco había especialistas disponibles en la materia.

En ese estado de cosas, el señor Julio Escobar Rivas y la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera se ponen en contacto, de nuevo, con la Dra. Martha Luz Zuluaga del Centro Especialista Oftalmológico –CEO- en tanto había sido la única que había atendido efectivamente los padecimientos de Escobar Rivas, indicándoles que podía llevar a cabo la intervención quirúrgica de manera particular a primera hora del 21 de junio de 2014 pero que debía pagársele \$1.000.000 al anestesiólogo, depositar el 50% de la cirugía y garantizar el restante con un pagaré; condiciones aceptadas por los actores ante la urgencia de las circunstancias.

Con todo, el 21 de junio de 2014, el señor Julio Escobar Rivas y la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera acudieron al Centro Especialista Oftalmológico-CEO- para atender la cita programada con la especialista Dra. Martha Luz Zuluaga, quien después de analizar al señor Julio Escobar Rivas encontró “*celulitis periorbitaria severa con gran edema bipalpebral*” – infección bacteriana de la piel de los párpados y del contorno de la piel- y “*edema en región cantal temporal ojo derecho*” – anomalía causada por una acumulación de líquido en los tejidos que forman parte de la superficie interna del párpado- que le causan dificultad para la apertura palpebral.

Después de intervenido el señor Julio Escobar Rivas, se consideró por la Dra. Martha Luz Zuluaga dejarlo hospitalizado por el avance de la infección diagnosticada, advirtiéndoles que el Centro Especialista Oftalmológico CEO no está

habilitada para tales hospitalizaciones y que tales cuidados son altamente costosos, por lo que, en virtud del convenio existente, se dispuso la remisión del paciente a la Clínica León XIII de la ciudad de Medellín.

Sin embargo, estando allí, fue informado de la inexistencia de convenio entre la E.P.S Fundación Médico Preventiva y la Clínica León XIII, indicándosele que los convenios de atención vigentes se encontraban habilitados en el Hospital San Vicente de Paul y el Hospital Marco Fidel Suárez de Bello- Antioquia.

Tras dirigirse al Hospital San Vicente de Paul, les comunicaron la expiración del convenio con la E.P.S Fundación Médico Preventiva en razón a la cuantiosa deuda que ostentaba la segunda, motivo por el que el señor Julio Escobar Rivas y la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera se trasladaron al Hospital Marco Fidel Suárez en el Municipio de Bello, en donde de igual manera, no fueron atendidos por inexistencia de convenio con la E.P.S Fundación Médico Preventiva.

Ante esa circunstancia, el señor Julio Escobar Rivas y la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera se ponen de nuevo en contacto con la Dra. Martha Luz Zuluaga, galena encargada de la intervención quirúrgica de sutura de córnea, quien les sugirió acudir al Hospital Pablo Tobón Uribe o a la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Así, y encontrándose en las instalaciones de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, fue autorizada la hospitalización del señor Julio Escobar Rivas por parte de la E.P.S Fundación Médico Preventiva el 21 de junio de 2014.

Desde su hospitalización en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, el señor Julio Escobar Rivas fue diagnosticado con *“inflamación aguda de la órbita y celulitis de otros sitios”, “trastorno del globo ocular no especificado”, “endoftalmitis purulenta”, “hemorragia vítrea severa”, “posible cuerpo extraño intraocular”, “desprendimiento coroides”, “ojo derecho ciego doloroso”, “endoftalmitis severa secundaria a trauma ocular penetrante derecho”, “evisceración”, “implante esférico de medios- prótesis ocular” y “reconstrucción de fondos de saco”*.

Posterior a la extracción de su ojo derecho, el señor Julio Escobar Rivas padeció una afectación de su capacidad laboral ya que sufre de una discapacidad permanente siendo que no le es posible realizar ciertas actividades que antes desarrollaba sin complicaciones debido a la inoportuna intervención de la E.P.S Fundación Médico Preventiva en dar la orden para la atención quirúrgica urgente, omisión que fue la causa determinante para la pérdida del ojo del señor Julio Escobar Rivas. Además, ha sufrido afectaciones psicológicas y morales que lo obligaron a tomar terapia psicológica para tratar la mengua de sus contornos internos.

En razón de los hechos expuestos solicitó que se declare civil y contractualmente responsable a la E.P.S Fundación Médico Preventiva y a la I.P.S Clínica La Chinita de los daños y perjuicios ocasionados al señor Julio Escobar Rivas. Así mismo, se les declare extracontractualmente responsable de los daños y perjuicios causados a la señora Nidia Lourdes Gómez Mosquera y al menor Jhulius Karol Escobar Gómez, hijo de la pareja y que también se ha visto afectado por los hechos narrados. Así, por concepto de daño emergente solicitó la suma de \$8.312.753, \$156.550.000 por lucro cesante y \$120.654.450 por perjuicios extrapatrimoniales, para un total de \$286.313.620.

1.2. Trámite y oposición

Mediante auto del 17 de octubre de 2019, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Apartadó admitió la demanda al encontrar reunidos los presupuestos de forma y técnica para ello, disponiendo imprimirle el trámite previsto en los artículos 368 y siguientes del Código General del Proceso y ordenando la notificación de las entidades enjuiciadas.

En primer turno, y a través de su apoderado judicial, contestó la demanda la I.P.S Clínica La Chinita, quien se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda al señalar que los hechos narrados se refieren al E.S.E Hospital María Auxiliadora de Chigorodó en donde el señor Julio Escobar Rivas acudió el 19 de junio de 2014 a las 5:00 am habiendo ocurrido el accidente ocular el 18 de junio a la 1:00 pm, sin que exista registro alguno de que la víctima directa hubiese

consultado el servicio de urgencias de I.P.S La Chinita, quien además nunca ha ofertado el servicio de urgencias oftalmológicas a ningún asegurador.

Precisó que la I.P.S La Chinita sí ofrece el servicio de consulta oftalmológica ambulatoria, esto es, con cita programada. En ese estado de cosas, el señor Julio Escobar Rivas fue atendido por el oftalmólogo Ever Ruiz Contreras a las 3:00pm del 19 de junio de 2104, es decir, 10 horas después de haber solicitado la cita para ese propósito, catalogándose como una oportunidad y pertinencia excelente tratándose de una consulta ambulatoria.

Adujo no constarle los actos humanitarios desplegados por galenos que ayudaron personalmente y no institucionalmente a la consecución de la cita de oftalmología, en nato ello corresponde a la E.P.S Fundación Médico Preventiva como ente asegurador. Anotó que, en virtud de ese gesto humanitario, propio de los profesionales médicos, fue que el Dr. Ever Ruiz Contreras atendió y dispuso de sus conocimientos estando al servicio de COOSALUR empero la constancia de atención se consignó en formatos de la I.P.S Clínica La Chinita.

En consecuencia, recalcó la oportunidad y éxito del diagnóstico ofrecido, disponiendo de la remisión urgente del paciente a valoración con especialista en oftalmología, siendo competencia de la E.P.S Fundación Médico Preventiva, gestionar las autorizaciones y procedimientos de rigor, razones por las que propuso aquellos medios exceptivos que denominó *“inexistencia de la responsabilidad solidaria”, “inexistencia de daño indemnizable imputable a la Clínica La Chinita”, “inoportunidad para la atención por parte del demandante” e “indebida tasación de perjuicios”*.

Además, la I.P.S Clínica La Chinita llamó en garantía a La Equidad Seguros Generales con ocasión a la Póliza AA01484 vigente para la época de los hechos, para que, en caso de hallarse responsable, responda hasta el monto del valor asegurado. Así, y una vez admitido el llamamiento, la sociedad aseguradora contestó la demanda indicando que no existe constancia que el señor Julio Escobar Rivas hubiese asistido a las urgencias de la I.P.S Clínica La Chinita, siendo que su primer acto médico en el caso concreto tuvo lugar con la consulta externa de

oftalmología ambulatoria, precisando además que la responsabilidad del traslado del paciente a la ciudad de Medellín, como la consecución de una cita con especialista, recaía en la E.P.S Fundación Médico Preventiva.

Enfatizó en que para el momento en el que el Dr. Ever Ruiz Contreras en COOSALUR atendió al paciente ya tenía ruptura del glóbulo ocular desde el instante mismo del accidente, es decir, el daño ocurrió desde la lesión. Respecto de los demás hechos narrados adujo no constarles, por lo que afirmó sujetarse a las resultas probatorias, para lo que propuso las excepciones que nominó como *“prescripción”* y *“límite de los amparos y coberturas”*.

A su turno, la E.P.S Fundación Médico Preventiva, por intermedio de su apoderada judicial, contestó la demanda indicando preliminarmente no constarle el instante preciso de ocurrencia del accidente ocular el día 18 de junio de 2014, sin embargo, sí está acreditada las 5:08 am como hora de ingreso a urgencias del señor Julio Escobar Rivas, por lo que no está demostrado que el paciente asistiera de manera inmediata para ser tratado.

Destacó que en la historia clínica del señor Julio Escobar Rivas se dejó expresa constancia que *“(…) se consulta a urgencias 12 horas posterior al trauma, se indica abundante secreción amarilla y visión borrosa al examen físico”*.

Relató que no es común que los centros asistenciales de la zona cuenten con la especialidad de oftalmología en tanto los profesionales en ese ramo prestan sus servicios de manera particular, siendo que obró apropiadamente la E.P.S Fundación Médico Preventiva en tanto dispuso la valoración del paciente por parte de la I.P.S contratada para ello, esto es, I.P.S Clínica La Chinita. Respecto a los valores dinerarios otorgados para trasladarse a la ciudad de Medellín indicó que se ajustan a los Términos de Referencia Contractuales de Invitación Directa suscritos con el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y Fiduprevisora, que cobija al señor Julio Escobar Rivas.

Hizo énfasis en que la E.P.S Fundación Médico Preventiva no hizo parte de la cirugía practicada por la Dra. Martha Luz Zuluaga de manera particular. No

obstante, destacó que esa profesional de la salud consignó en la historia clínica del paciente que “(...) *fueron a la Clínica CES de urgencias a oftalmología y lo remitieron a San Vicente donde lo remiten al San Vicente (sic) y luego al Pablo Tobón, es de aclarar que la EPS no es responsable de emitir orden por urgencias previa a la atención por urgencia, es decir, la Clínica CES no debió negar la atención. Ellos deben regular el servicio*”. En los demás hechos, señaló no constarles y atenerse a lo acreditado en la historia clínica, motivos por los que propuso aquellas excepciones de “*ausencia de culpa*”, “*causa extraña*”, “*ausencia de nexo causal*”, “*inexistencia de solidaridad*”, “*inexistencia de perjuicios*”, “*inexistencia del derecho*”, “*cobro de lo no debido*”, “*buena fe*” y “*prescripción*”.

A su vez, la E.P.S Fundación Médico Preventiva llamó en garantía a Seguros del Estado S.A. en virtud de la Póliza Nro. 96-03-101000049 vigente para el interregno en el que se desarrollaron los actos médicos cuestionados. Sin embargo, al no lograrse la notificación del referido llamamiento en los 6 meses siguientes a su admisión, se dispuso la ineficacia del mismo en los términos del artículo 66 del Código General del Proceso.

1.3. La sentencia del A quo

El juzgador de instancia profirió sentencia el 24 de junio de 2021 en la que resolvió negar las pretensiones de la demanda al considerar que “(...) *de acuerdo con el material probatorio recaudado, lo que incluye pruebas allegadas por las partes del proceso, dictamen pericial, interrogatorio de parte y prueba testimonial; en respuesta allegada por la Fundación Médico Preventiva y Clínica La Chinita, aducen que como consta en la historia clínica del Hospital María Auxiliadora, el señor Julio Escobar Rivas entró por urgencias el día 19 de junio de 2014 a las 05:08 de la mañana, es decir, dieciséis (16) horas después del accidente*”.

Así las cosas, esto es, no habiéndose concluido que la Fundación Médico Preventiva y la Clínica La Chinita incurrieron en una mala praxis médica, ni siquiera en ninguno de los dos momentos revelados por la parte demandante – i) quirúrgico y ii) post quirúrgico- no pudo acreditarse la culpa probada de las entidades

enjuiciadas para endilgar responsabilidad por la prestación derivada del acto médico.

Por lo anterior, no se encuentra acreditado el incumplimiento de ninguna de las obligaciones que le son refutables a las clínicas demandadas y llamadas en garantía, ni el nexo de causalidad; motivo por el cual la declaratoria de responsabilidad no está llamada a prosperar.

1.4 Impugnación y trámite en segunda instancia

A través de su apoderado judicial, la parte actora formuló recurso de alzada en contra de lo resuelto, precisando que, en el caso concreto, no existió una articulación efectiva y eficiente entre los actores partícipes del sistema y estuvo acreditada la negligencia, imprudencia e inoportunidad de las demandadas en las actuaciones médicas y administrativas prestadas al señor Julio Escobar Rivas.

Aseguró que estuvo demostrado que el demandante, señor Julio Escobar Rivas, en su condición de acreedor de la E.P.S Fundación Médico Preventiva cumplía con sus obligaciones respecto de su deudor, no obstante, la prestación nacida del vínculo jurídico no fue cumplida y acatada por la demandada en tanto no organizó ni garantizó la prestación del Plan Básico de Salud para que el usuario accediera con oportunidad a la atención.

En ese sentido, señaló que pudo acreditarse que el señor Julio Escobar Rivas recibió su primera atención en el Hospital María Auxiliadora de Chigorodó tras 12 horas de evolución de la lesión y la segunda atención se prestó, bajo un gesto humanitario, por el Dr. Ever Ruiz Contreras a las 10 horas de la primera atención, siendo que como lo ilustró el perito partícipe en la controversia, una lesión como la padecida por la víctima directa debe atenderse dentro de las primeras 24 horas desde su ocurrencia.

Expuso que, conociendo la E.P.S Fundación Médico Preventiva sobre los antecedentes de salud del señor Julio Escobar Rivas y el riesgo inminente que representaba la lesión motivo de consulta, se aceptó y se dispuso de manera imprudente la remisión del paciente hacia el Municipio de Apartadó, esto es, a 45

minutos de donde se consultó por primera vez en urgencias, remitiéndolo de manera ambulatoria, sin acompañamiento médico y todo sufragado con el peculio de Escobar Rivas.

Agregó que la I.P.S Clínica La Chinita fue imprudente y negligente al aceptar la remisión que del paciente se hiciera desde el Hospital María Auxiliadora de Chigorodó, en tanto sabía que no contaba con la especialidad oftalmológica requerida, haciéndole perder tiempo valioso al señor Julio Escobar Rivas para lograr ser atendido de manera oportuna.

Añadió que entre el segundo momento de atención dado en la I.P.S Clínica La Chinita y la atención prestada por la Dra. Martha Luz Zuluaga en la ciudad de Medellín trascurrieron 22 horas y, aunque, esa profesional de la salud dejó constancia de la urgencia de la autorización con el propósito de salvaguardar el ojo derecho del paciente, la E.P.S Fundación Médico Preventiva tardó 24 horas más en acceder a la autorización, sometiendo innecesariamente al señor Julio Escobar Rivas a sufrimientos, dolores y angustias.

Indicó que se demostró la negligencia administrativa de la E.P.S Fundación Médico Preventiva con la omisión de la entrega oportuna de la autorización requerida para la intervención de sutura de córnea y la posterior hospitalización necesaria, siendo que cuando tuvo lugar la referida autorización de hospitalización en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, luego de un “*paseo de la muerte*” de 12 horas por diversos centros asistenciales de la ciudad de Medellín, ya había ocurrido un daño irreversible que dio paso a la evisceración del ojo derecho del señor Julio Escobar Rivas.

Explicó estar en desacuerdo con lo resuelto porque con los medios de prueba aportados por la parte actora y con las probanzas practicadas en la audiencia del artículo 372 del Código General del Proceso permitieron acreditar los hechos 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,14,16,19,21,22,23 y 30 relevantes para determinar que las entidades demandadas son solidariamente responsables del daño y los perjuicios ocasionados a las víctimas. Posteriormente, se remitieron elementos demostrativos que permitirían corroborar lo indicado en los hechos 10, 13, 15, 17, 18, 20, 24, 27,

28 y 29 con las que se probó que las enjuiciadas no prestaron un servicio oportuno en tanto los actos médicos desplegados se tornaron insuficientes para lo que requería el señor Julio Escobar Rivas.

Consideró que erró el juzgador de instancia al valorar el testimonio del Dr. Ever Ruiz Contreras, quien prestó “*ayuda humanitaria*” al señor Julio Escobar Rivas, en tanto, no puede suplirse la inacción y omisión de la I.P.S Clínica La Chinita con ese gesto altruista del galeno para darle la connotación de cumplimiento en la prestación del servicio. Agregó que está acreditado que la I.P.S Clínica La Chinita reconoció a través de su representante legal no contar con la especialidad en oftalmología, por lo que no puede asegurarse que se prestó atención oportuna en virtud de las gestiones adelantadas por el Dr. Ever Ruiz Contreras.

Aunado a lo anterior, relató que el comportamiento profesional del Dr. Ever Ruiz Contreras fue imprudente y negligente al margen de su gesto humanitario, en razón a que una vez llegó a su consulta el señor Julio Escobar Rivas lo dejó esperando 4 horas más mientras terminaba las intervenciones quirúrgicas que adelantaba en ese momento para finalmente atenderlo en un pasillo, sentado en una silla en indebida posición, sin instrumento especializado para su valoración y sin practicar ayudas diagnósticas, faltando de esa manera al estándar de templanza, cautela, prudencia y buen juicio que le era exigible para ese acto médico.

En ese estado de cosas, considera el recurrente que se encuentran configurados los elementos de la responsabilidad civil, tales como el daño, el hecho perjudicial y la relación causa- efecto, razón por la que solicitó revocar lo resuelto y, en su lugar, acceder a las pretensiones propuestas.

II. CONSIDERACIONES

2.1. Problema jurídico

El problema jurídico consiste en determinar si confluyen los elementos axiológicos de la responsabilidad civil médica para que las entidades demandadas se vean obligada a indemnizar a los demandantes por los perjuicios irrogados.

2.2. Requisitos formales.

Es prioritario advertir la presencia de los presupuestos procesales necesarios para considerar válidamente trabada la relación jurídico-procesal. Así le asiste competencia al juez de primer grado para conocer del proceso y al Tribunal para resolver la alzada de acuerdo con el principio de consonancia; los sujetos enfrentados en la *Litis* ostentan *capacidad para ser parte y procesal*, dada su condición de personas en ejercicio de sus derechos a través de sus apoderados o representantes legales con adecuado ejercicio del *ius postulandi*.

Frente a los presupuestos materiales de la sentencia de mérito, hay inexistencia de las denominadas excepciones *litis finitae* como la renuncia o el desistimiento.

Por lo demás, no se vislumbra algún hecho constitutivo de nulidad que afecte el juicio que se surtió por el trámite adecuado bajo la salvaguarda del derecho de defensa y la tutela jurisdiccional.

Trazados los derroteros a seguir, y a fin de abordar el sesudo análisis de los puntos de censura, es preciso contextualizar en la naturaleza del juicio de responsabilidad civil médica, para ubicar causalmente los diversos tópicos impugnados.

2.3 Caso concreto.

La atribución de un hecho lesivo a un agente u organización como suyo es necesario, pero no suficiente para endilgar responsabilidad civil. Para esto es preciso, además, que el daño sea el resultado de una conducta jurídicamente reprochable en términos culpabilísticos. La prudencia en el ámbito de la prestación del servicio de salud es el baremo en las acciones y operaciones profesionales, es no obrar por exceso ni por defecto según los estándares aceptados en los procedimientos y la práctica científica de una época y lugar determinados.

La formación teórica, la práctica rigurosa y la actualización permanente de los médicos, asegura que sus decisiones las adoptan en beneficio de los enfermos para evitar perjuicios innecesarios en su integridad física y moral, ello en desarrollo del principio de beneficencia y no maledicencia, mismo que conmina a los profesionales de la salud a optar siempre por los procedimientos y alternativas terapéuticas menos dolorosas y lesivas para los pacientes y usuarios de los servicios. Lo dicho

presupone, en general, que el actuar médico se realiza con diligencia y cuidado. Por esto, los menoscabos o las lesiones causadas a la salud, también en línea de principio, se entienden que son excusables. Las excepciones se refieren a las faltas injustificadas (groseras, culposas, negligentes o descuidadas), eventos en los cuales se abre paso el escenario indemnizatorio y en consecuencia deben ser reparadas íntegramente.

Para el efecto, conforme lo señaló la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC13925-2016 del 30 de septiembre de 2016.

“(...) corresponde a quien demanda la declaración de responsabilidad y la correspondiente condena: 1. Desvirtuar los principios de benevolencia o no maledicencia. 2. Según la naturaleza de la responsabilidad en que se incurra (subjettiva u objetiva), o de la modalidad de las obligaciones adquiridas (de medio o de resultado), mediante la prueba de sus requisitos axiológicos. En particular, probar la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad (culpa probada). En todo caso, no basta la afirmación del actor carente de los medios de convicción demostrativos de los hechos que se imputan”.

Pues bien, en el caso concreto, las afirmaciones que componen el juicio de reproche culpabilístico se sustenta en que, tras padecer el señor Julio Escobar Rivas un accidente casero en donde de manera infortunada lastimó su ojo derecho con un alambre el día 18 de junio de 2014, consultó al día siguiente, esto es, el 19 de junio de 2014 por urgencias en instalaciones del Hospital María Auxiliadora de Chigorodó para ser atendido. Allí y tras 12 horas de evolución de la lesión, fue diagnosticado con *“laceración ocular sin prolapso o pérdida del tejido intraocular”*, razón por la que fue remitido a la I.P.S Clínica La Chinita en el Municipio de Apartadó, sin que se le prestara para ese entonces atención médica alguna. (Momento 1)

En ese estado de cosas, y habiéndose trasladado por sus propios medios a la municipalidad de Apartadó, fue atendido por el Dr. Ever Ruiz Contreras, quien si bien laboraba para la I.P.S Clínica La Chinita, para ese instante se encontraba realizando intervenciones quirúrgicas en la I.P.S COOSALUR en donde tras 23

horas de evolución de la lesión diagnosticó al señor Julio Escobar Rivas con “*trauma penetrante en ojo derecho*” y se dispuso a través de una gestión humanitaria del galeno de “*valoración urgente por córnea y segmento anterior*”. (Momento 2)

Ante la urgencia y gravedad de los diagnósticos ofrecidos y los obstáculos administrativos suscitados por la E.P.S Fundación Médico Preventiva, el señor Julio Escobar Rivas y su cónyuge se desplazaron hacia la ciudad de Medellín, en donde tras recorrer infructuosamente varios centros hospitalarios que adujeron no tener convenio con la E.P.S enjuiciada, logró ser atendido por la Dra. Martha Luz Zuluaga en la Clínica de Especialidades Oftalmológicas tras 43 horas de evolución de la lesión siendo diagnosticado con “*herida penetrante del globo ocular sin cuerpo extraño*” disponiéndose como tratamiento “*sutura de córnea urgente, ecografía ocular ojo derecho urgente*”. (Momento 3)

Bajo ese gravoso panorama, el señor Julio Escobar Rivas fue operado de manera particular por la Dra. Martha Luz Zuluaga el 21 de junio de 2014 tras 67 horas de evolución de la lesión, diagnosticándosele “*herida penetrante del globo ocular sin cuerpo extraño*” fijando como tratamiento “*hospitalización*”. (Momento 4)

Tras iniciar un nuevo recorrido por múltiples instalaciones médicas de la ciudad de Medellín con el propósito de lograr su hospitalización post quirúrgica, la E.P.S Fundación Médico Preventiva autorizó la hospitalización del señor Julio Escobar Rivas en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana luego de 74 horas de evolución de la lesión, encontrándose “*inflamación aguda de la órbita*” y disponiéndose además “*tac de órbita y valoración urgente por oftalmología*”. (Momento 5)

Finalmente, ante el mal pronóstico advertido por los galenos de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, el 27 de junio de 2014 fue diagnosticado el señor Julio Escobar Rivas con “*endoftalmitis y cuerpo extraño intraocular*” procediéndose a la “*enucleación*” de su ojo derecho. (Momento 6)

Con todo, y a voces de la parte actora, ese nefasto resultado fue producto de la conducta imperita y negligente de los galenos que atendieron los actos médicos en

los que fue analizado el señor Julio Escobar Rivas, en tanto del decurso cronológico esbozado puede colegirse la deficiente e inoportuna valoración del paciente pues no se contó con exámenes paraclínicos ni ayudas diagnósticas y mucho menos con el debido control y seguimiento a la patología diagnosticada **(momento 1 y 2)**. Además, no fue valorado por la subespecialidad requerida, esto es, un experto en córnea y segmento anterior, faltando idoneidad en el criterio médico empleado y en la intervención quirúrgica realizada **(momento 3 y 4)**. Circunstancias que transversalmente eran de competencia médica y administrativa de la E.P.S Fundación Médico Preventiva, quien, con la inexplicable e injustificada tardanza en autorizar los procedimientos señalados por los galenos, permitió la consolidación de gravosas consecuencias en la integridad del señor Julio Escobar Rivas. **(momento 5 y 6)**

Sobre los presuntos desaciertos conductuales endilgados, las entidades demandadas contestaron al unísono precisando la oportunidad, pertinencia y utilidad de todos y cada uno de los diagnósticos ofrecidos por los profesionales de la salud que participaron en la atención del señor Julio Escobar Rivas, advirtiendo además las notorias dificultades estructurales y geográficas para ofrecer especialidades y subespecialidades oftalmológicas en territorios como en el que ocurrieron los hechos, razón por la que se dispone de remisiones a lugares con mejores condiciones asistenciales y profesionales en pro de la salud e integridad de los pacientes.

Como quedó visto, las discusiones suscitadas en la presente controversia se componen de hechos y circunstancias que involucran puntuales y precisos saberes técnico–científicos que, indudablemente, presuponen la ignorancia del juzgador sin distinción de su jerarquía. Es por ello que se ha previsto el dictamen pericial como el medio de persuasión propicio para que el juez se le brinde un *saber* o un *saber hacer*, es decir, el conocimiento o la manera de aplicar ese conocimiento. Máxime cuando la modalidad de culpa empleada en juicios como el presente – culpa probada- exige la comprobación de 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; descubrimiento que sólo podrá adelantarse tras un nutrido conocimiento sobre los asuntos concernientes a la práctica médica.

Con ese propósito, el juzgador de instancia decretó oficiosamente la comparecencia de un experto médico para que le informara, a través de informe pericial, sobre la oportunidad y calidad de la atención médica brindada por las demandadas, las ayudas diagnósticas y el tratamiento que debió ofrecérsele al señor Escobar Rivas y las expectativas de recuperación en caso de lograrse un diagnóstico y un tratamiento oportuno. Además, dispuso que el perito contestara las siguientes preguntas:

- a) De acuerdo con los antecedentes médicos, según la historia clínica y al estado de salud del señor Julio Escobar Rivas para el momento de su intervención quirúrgica, determinará si ¿era indispensable la práctica del tratamiento quirúrgico?*
- b) De no haberse llevado a cabo la intervención quirúrgica ¿cuál sería el estado actual del señor Julio Escobar Rivas, de acuerdo a la historia clínica y antecedentes que condujeron a la misma?*
- c) ¿Cuáles serían las consecuencias, secuelas o efectos secundarios que conllevan la práctica de los tratamientos quirúrgicos omitidos o realizados al señor Julio Escobar Rivas?*

Con ese escenario, concurrió el Dr. Juan David Bravo, médico general de la Universidad CES, oftalmólogo de la Universidad de Antioquia, con un *fellowship* en retina clínica y quirúrgica, 25 años vinculado como docente en la Universidad de Antioquia y 12 años como profesor de la Universidad CES, ex presidente de la Sociedad Colombiana de Retina y Vítreo y quien además tiene una cátedra de retina desde hace 25 años en diversas facultades de oftalmología del país, quien a las preguntas realizadas por el juzgador de instancia contestó que:

- a) *Si fue indispensable, toda herida ocular debe ser suturada, las estructuras herniadas, en este caso el iris, deben ser reducidas al espacio intraocular, en la medida que las circunstancias lo permitan.*
- b) *Por el mecanismo del trauma: penetrante, objeto externo contaminado y cuerpo extraño intraocular, asociado a antecedentes de Diabetes Mellitus, sumados al hecho que al momento de la consulta inicial con oftalmología se encontraba con cuadro de endoftalmitis, herida penetrante ocular y una agudeza visual de No Percepción de Luz (NPL). De no operarse, el curso de esta patología sería: la pérdida del globo ocular, celulitis orbitaria, eventualmente extensión de la infección desde la órbita al seno cavernoso y de ahí al sistema nervioso central, meningitis y muerte.*
- c) *En mi concepto, **las secuelas corresponden a las de una infección intra y extra ocular severa, contaminada (bacillus cereus) la cual, aún con las medidas médicas y quirúrgicas realizadas (NO se omitió NINGUNA) llevan casi invariablemente, a la atrofia del globo ocular (ptisis bulbi) y la necesidad de enucleación, tal y como sucedió con este paciente.***

Además, interrogado en el desarrollo de la diligencia de la que trata el artículo 373 del Código General del Proceso, indicó que:

*“(...) PREGUNTADO. El despacho desea que se haga un recuento de sus conclusiones. CONTESTÓ. Yo recibí la solicitud del juzgado para evaluar el contenido de un expediente que se identifica del señor Julio Escobar Rivas de sexo masculino que, al parecer, como se extrae del documento, **sufrió una lesión con un alambre el 18 de junio de 2014, consultó al día siguiente, esto es, el 19 de junio del 2014** en la Clínica Chinita en Urabá. En el examen de ingreso, encuentran lo primordial que es una agudeza visual del primer examinador que es la de No Percepción de Luz, la No Percepción de Luz significa para los que están aquí presentes que la severidad del daño ocular a consecuencia del trauma y los daños colaterales no permiten que haya transmisión de la luz a través de esa estructura y, por tanto, digamos, es la condición más severa a la que puede llegar un ojo por una enfermedad o*

un trauma. Se encontró además en los anexos un edema palpebral, edema de la córnea y una herida en la parte inferior y central de la córnea, que tenía herniado el iris, se le observaba también una catarata y había secreción abundante, lo que indicaba, de manera indirecta, que había probablemente una infección intra y extra ocular. El primer evaluador pedía una valoración por córnea y del segmento anterior, le empezó antibióticos tópicos y orales. De ahí pasamos al siguiente folio de fecha del 20/06/14 en la Clínica de Especialidades Oftalmológicas de Medellín donde para el primer examinador había algo de percepción de luz, aunque dudosa y encontraba que el cuadro clínico del trauma y la infección habían empeorado, se encontraron edema palpebral severo con abundante secreción aún y no era posible observar detalles del segmento anterior, es decir, de la córnea, del iris, de la catarata que se advirtió inicialmente. Esta es una forma indirecta de describir que la severidad de la infección iba en aumento. Persistía la hernia de iris ya que el paciente aún no se había llevado a cirugía. La doctora que lo examina en ese momento – haciendo referencia a la Dra., Martha Luz Zuluaga- le explica, tal consta en el consentimiento informado, el mal pronóstico porque existía una percepción de luz muy dudosa por la severidad del trauma y la infección concomitante y además advierte que es una celulitis orbitaria, que es una infección de los tejidos periorbitales, que pues, para ponerlos en contexto, el ojo es muchas veces capaz de aislar las infecciones y limitarlas al contenido intraocular, pero en algunas oportunidades la infección es tan severa que a través de los tejidos adyacentes la infección evoluciona hacia los tejidos de los párpados, la órbita y es ahí que se constituye una celulitis orbitaria que es una infección más severa que la endoftalmitis. Es decir, la infección comienza en el ojo a partir del trauma y a partir de la severidad de la lesión y del trauma se empieza a comprometer los tejidos adyacentes y esto requiere una connotación muy especial porque como más adelante lo veremos, cuando la infección está confinada al ojo es un manejo, pero cuando la infección es extra ocular, por la irrigación que tiene el globo ocular y su cercanía con el sistema nervioso central, y la posibilidad que por vía

sanguínea se extienda hacia el cerebro y especialmente a una estructura que se denomina el seno cavernoso esto ya adquiere una connotación distinta porque la severidad y la continuidad hacia el sistema nervioso central hacen que el paciente pueda tener en peligro incluso la vida porque hace una trombosis del seno cavernoso de tipo infeccioso y eso puede acarrear daños cerebrales severos irreversibles o incluso la muerte, por eso esas situaciones deben manejarse con esa orientación, ya no preservar el globo ocular sino preservar la vida del paciente. Más adelante, el 21/06/14 se firma el consentimiento informado en CEO- refiriéndose a la Clínica de Especialidades Oftalmológicas- en donde al parecer le hacen un cierre primario en cirugía porque ya después pasamos al 24/06/14 cuando ingresa a la Clínica Bolivariana porque a solicitud de la doctora esto debe ser manejado hospitalariamente porque ya no se trata de una infección ocular sino que es una infección que ha trascendido a los tejidos adyacentes, se le continúa aplicando antibióticos tópicos y a concepto de quien lo recibe sigue con percepción de luz pero dudosa y le encuentran la herida de córnea suturada, le piden además exámenes complementarios, una tomografía y una ecografía. La ecografía es realizada el 25/06/14 en la Clínica Oftalmológica de San Diego y describe que hay una hemorragia vítrea como consecuencia del trauma, un posible cuerpo extraño intraocular, recordemos que cuando hay inflamaciones muy severas, la certeza para el diagnóstico de cuerpos intraoculares muy pequeños es muy difícil entonces por eso ella dice que posiblemente hay un cuerpo extraño ¿Y por qué es importante el cuerpo extraño intraocular? Porque es muy posible que ese sea el elemento que, estando contaminado en el exterior, ingresa al globo ocular trayendo consigo microbios que hay en el exterior y el globo ocular tiene unas defensas muy precarias que se defienden muy poco desde el punto de vista inmunológico y probablemente el trauma penetrante y la presencia del cuerpo extraño fueron las vías y el vehículo de entrada de la infección que presentaba el señor a partir del trauma. Encontraron además signos indirectos de sufrimiento ocular que es lo que nosotros llamamos en

oftalmología que los tejidos intraoculares están tan comprometidos que muestran a la ecografía algunos hallazgos clínicos, como son los desprendimientos coroides y a la par describe que se trata de una endoftalmitis, la endoftalmitis confirma lo que se sospechaba que desde el inicio tenía el paciente que era una infección intra ocular, probablemente de tipo bacteriano infeccioso, de ahí, el curso de la enfermedad nos habla de que el paciente posteriormente llega a, en lo que corresponde a la tercera pregunta a, el paciente por la severidad del trauma y la infección debe ser llevado a una enucleación que es cuando la infección es muy severa el compromiso de los tejidos intramusculares es irreversible y la agudeza visual es irreversible y el dolor intenso, nosotros los médicos recomendamos como alternativa le enucleación para aliviar los síntomas y recuperar la órbita. (...)

PREGUNTADO. Después del estudio detallado que usted realizó de la historia clínica del afectado, conceptúe si hubo o no oportunidad y calidad en la atención interdisciplinaria administrativa y asistencial presentada al demandante el día jueves 19 de junio de 2014 al ordenar la Fundación Médico Preventiva la remisión del paciente Julio Escobar con un cuadro de golpe contundente en el ojo con 12 horas de evolución desde el Municipio de Chigorodó a la Clínica La Chinita de Apartadó. CONTESTÓ. Evaluando el expediente y las fechas, se observa que el paciente sufrió el trauma el día 18/06/14 y consulta al día siguiente, **a él se le brinda la atención en ese momento oportuna y dadas las condiciones de la severidad del trauma y la complejidad del mismo él es remitido a la ciudad de Medellín, es decir, yo lo que puedo decir de ahí es que, en el ingreso del médico tratante inicial que conceptúa que debe ser remitido a un servicio de córnea y segmento anterior y plástica ocular, el concepto es claro.** No sé de todas maneras, y por cuestiones logísticas, él tarda un par de días, es decir, fue el 18 y el 20 llega a la Clínica de Especialidades Oftalmológicas, son dos días después, hasta ahí puedo decir, es decir, él se atiende de manera oportuna el primer día, pero entre el día que llega y es atendido por los oftalmólogos en CEO pasan dos días, ahora, no sé si esos dos días son

el trámite normal que suscita un desplazamiento desde el Urabá hasta Medellín y pues, hasta ahí puedo conceptuar yo. **PREGUNTADO.** *¿Esos dos días influyen en la recuperación del paciente o la lesión es de tal magnitud que así lo hubieran llevado inmediatamente tendrá la misma evolución?* **CONTESTÓ.** *En la evaluación de ingreso en la Clínica La Chinita el primer examinador es enfático en decir que ya, un día después del trauma, tenía una agudeza visual de no percepción de luz. Si bien a veces es dudoso porque la severidad del trauma así lo presente, conceptuar que el paciente no tiene percepción de luz es muy importante, es como equivalente a que alguien le diga que no tiene signos vitales en un triage en un servicio de urgencia. Eso para nosotros los oftalmólogos es un signo típico de que la severidad del trauma se llevó consigo la luz del ojo. Si bien puede haber duda porque los examinadores posteriores encuentran que hay una percepción dudosa, esa situación ya nos demuestra que el trauma inicial, a un día de ocurrido, era muy severo. Entonces, como lo conceptúo al final, en estos casos, donde el trauma inicial es tan severo que el paciente ingresa sin percepción de luz y con una infección muy severa, a veces los esfuerzos que hacemos los oftalmólogos con antibióticos en forma sistémica, anti vítreos, tópicos, a veces la infección que contrae el paciente especialmente en zonas rurales, como lo dije, presumiblemente, el germen más frecuentemente comprometido es el bacillus cereus, es un germen muy resistente a los antibióticos y que tiene una agresividad tal que acaba con los tejidos intra oculares de una manera muy rápida. Entonces, para el juzgado y para las partes es muy importante el tiempo transcurrido, es claro que hay un tiempo importante, sin embargo, si nos remitimos a lo objetivo que es el estado del paciente al ingreso encontramos que hay una situación de no percepción de luz desde el comienzo, entonces tocaría balancear ambas situaciones, y como usted lo plantea señor Juez, si el paciente ingresa sin percepción de luz pues los esfuerzos de los doctores, el tiempo que se pueda acortar va a ser importante pero no va a ser crítico*

en el estado final. PREGUNTADO. Doctor Bravo, es importante aclararle que la primera pregunta que realicé no hace alusión a dos días sino al traslado que se hace desde el Municipio de Chigorodó a la Clínica La Chinita en donde ya lleva 12 horas de evolución aproximadamente. CONTESTÓ. Sí, pero pues, es decir, aquí en Medellín también, a ver, es que aquí entran en juego aspectos logísticos, aspectos de desplazamiento. Yo no puedo, si me baso en el expediente, yo no puedo saber dónde vive el señor Julio y de acuerdo a su lugar de residencia y donde ocurrió el accidente, cómo fue de fácil o difícil su traslado a la Clínica Chinita, muy difícil saberlo, sé que han pasado 12 horas, en Medellín a veces sucede lo mismo. En un barrio periférico, un paciente con un trauma similar asiste al centro de salud, el médico le parcha el ojo, le pone antibióticos y le dice madrúguese mañana para el San Vicente, es decir, son 12 horas, pero deben considerarse esas 12 horas en relación con el lugar geográfico, a la disponibilidad de transporte y a la factibilidad de desplazamiento. **Como les digo, el germen que en estos casos es más frecuente, porque pueden ser muchos más, es de una agresividad que si ustedes pueden deducir simplemente que entre la hora del trauma el 18/06/14 y el día siguiente el 19/06/14 ya el paciente llegó sin percepción de luz y con el ojo severamente comprometido reflejado esto en el edema palpebral y en la herniación del iris, la catarata, etc., etc., ya juzgar si esas 12 horas son suficientes o no para acudir es difícil por lo que les digo desde el punto de vista de desplazamiento y esas cosas, ya tendríamos que juzgar otras características para preguntarnos por qué fueron 12 horas y no 4 o 6.** PREGUNTADO. Puede usted aportarle al Despacho por lo menos a partir de literatura comprobada, es decir, autor, título, año, una evidencia científica en que una persona diabética con un traumatismo en el ojo puede perder el ojo por su condición diabética. CONTESTÓ. Esa parte de los antecedentes es muy importante. Es sabido por todos que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta múltiples órganos, entre ellos, el ojo. Produce a nivel del ojo daños en el iris, cataratas y en la retina, que es una cosa a la

que me dedico hace 25 años, que es la retinopatía diabética. Todo ese tipo de cosas hacen que en etapas finales si no se tiene un adecuado control metabólico y no se acude a unos controles periódicos, la retinopatía diabética puede llevar a la ceguera y a la pérdida del órgano visual y anatómico. Y se sabe, pueden consultarlo en el libro de Duane de oftalmología, no recuerdo los artículos, pero tengo muchísimos. **La retinopatía diabética es la principal causa de ceguera laboral entre 25 y 60 años, eso como impacto de la diabetes en el ojo pero también debemos recordar que la diabetes genera a nivel metabólico e inmunológico una condición particular en los pacientes que los hace susceptibles a infecciones más frecuente que la población normal y que los hace susceptibles a infecciones por gérmenes oportunistas o más resistentes a los tratamientos habituales por eso los pacientes muchas veces las infecciones que presentan tienen una connotación distinta en cuanto a severidad y pronóstico, entonces para el caso particular del señor Julio, la diabetes mellitus representa una comorbilidad que puede inclusive estar condicionando la evolución del trauma pero pues, el trauma per se era muy severo desde el principio, el tener diabetes es un factor negativo que ensombrece el pronóstico de cualquier infección (...)** PREGUNTADO. Diga si o no y por qué, si cualquier persona normal no diabética que tenga un traumatismo igual al sufrido por el demandante y reciba atención médica requerida de valoración, diagnóstico y tratamiento en las circunstancias de tiempo, modo y lugar como éste la recibió, tendría las mismas consecuencias que el demandante. CONTESTÓ. Bueno, **una persona normal que tenga la misma historia ¿podría haber tenido el mismo curso? Pues si nos ceñimos a las características del trauma, la rapidez de la evolución que ya en 12 horas tenía un cuadro clínico de una endoftalmitis, eso lo hace, digamos, semejante, es decir, si a mí me sucede ese trauma, en las mismas circunstancias, es probable que el curso natural de la enfermedad o la evolución que tuvo el señor Julio pueda ser la misma. La diabetes, como lo hablamos, es un factor que ensombrece el**

*pronóstico, pero si nosotros tuviéramos otro tipo de trauma, un trauma limpio, con un objeto no contaminado del suelo y tuviéramos hipotéticamente una atención más rápida, probablemente el curso se hubiera podido cambiar, pero el evento fortuito accidental inicial fue un trauma con un alambre, probablemente en el campo, contaminado, que en tan solo 12 horas de evolución llevó al paciente a no percepción de luz como lo muestra el expediente (...) hombre, esa situación probablemente no variaría entre lo que le ocurrió a Don Julio y lo que me hubiera ocurrido a mí. (...) PREGUNTADO. ¿En un traumatismo ocular abierto qué situaciones ponen en riesgo al paciente de perder el ojo? CONTESTÓ. **A ver lo primero que pone en riesgo a un paciente y cualquiera de nosotros de perder un ojo, es no usar la protección adecuada en el sitio de trabajo, de ahí partimos.** Lo segundo es el material, si no estamos protegidos, con cuál material estamos trabajando y si podemos anticipar el riesgo de un accidente, es decir, manipular alambre como en este caso particular, esmeriles, guadañadoras, pulidoras, siempre, siempre, abro comillas porque es una frase muy popular “siempre hay una pedrada en ojo tuerto”, entonces siempre tenemos que anticipar en este caso la actividad que estamos haciendo y cómo debemos estar protegidos. Lo tercero, es el mecanismo del trauma. **El mecanismo de trauma se divide en trauma contuso, es decir aquellos objetos que golpean el ojo sin penetrarlo, sin lesionar la estructura, luego están las heridas penetrantes y en tercer lugar están las heridas perforantes. Las penetrantes son las lesionan la estructura del ojo, la penetran, como una puñalada en el abdomen** – como la padecida por el señor Julio Escobar Rivas- **y las perforantes son las que tienen doble herida como un proyectil de alta velocidad que tiene orificio de entrada y salida (...)** objetos limpios, como un utensilio de cocina, un vidrio, que son relativamente limpios son diferentes en pronóstico a cuando se trata de un objeto sucio, contaminado en el campo, donde hay hongos, bacterias y otros gérmenes muy agresivos en el ambiente (...) un paciente diabético tiene*

inmunológicamente menos respuesta que un paciente inmunocompetente (...) PREGUNTADO. Si Don Julio hubiese recibido, no en Medellín, sino en Urabá, la atención requerida y se le hubiese limpiado esa herida, se le hubiese aplicado solución salina con antibióticos, pues, de acuerdo con su experiencia y en términos claros ¿Había alguna posibilidad de que ese ojo se hubiese salvado? CONTESTÓ. **Los términos más claros que podemos hablar son la estadística. Cuando tenemos un ojo sin percepción de luz con sólo 12 horas de evolución, estadísticamente y concretamente es mínima la posibilidad, yo diría que un 5 o un 10% con posibilidad de equivocarme (...) tenemos que partir de la base de la evaluación y yo parto, para todo el análisis del ingreso inicial. Existen unos índices de pronóstico en los pacientes que sufren traumas y esos índices de pronóstico parten de un factor que es la percepción de luz, la agudeza visual y cuando un paciente no tiene percepción de luz partimos de una situación muy grave, es como si estuviera en paro. (...) PREGUNTADO.** Con su conocimiento, le quiero preguntar. Usted advierte en la historia clínica que un oftalmólogo atendió inicialmente a Don Julio – haciendo referencia a la atención prestada por el Dr. Ever Ruiz Contreras de la Clínica La Chinita de Apartadó- ¿Él tenía las condiciones para realizar esa sutura inicial? CONTESTÓ. Yo le trasladaría la pregunta a la representante de La Chinita. ¿Contaban además de un oftalmólogo que es el que atiende, con material quirúrgico instrumental, microscopio para realizar un cierre primario? Yo no conozco La Chinita, no conozco Urabá, yo no quiero hacer suposiciones que trasgredan mi conocimiento o mi peritazgo con asuntos hipotéticos. No solamente se necesita el profesional, necesita la equipación adecuada. (...) PREGUNTADO. Cuéntele al despacho si existe alguna consideración entre lo siguiente. En el hecho segundo de la demanda se dice que el accidente ocurrió a la 1 de la tarde, sin embargo, el señor Julio es atendido en el servicio de urgencias a las 5:08 de la mañana tal y como reposa en la historia clínica ¿qué hubiera pasado en el evento donde el paciente hubiera acudido al servicio, digamos, a las 2 de la tarde midiendo las distancias de Chigorodó al

servicio de urgencias? CONTESTÓ. Es que esa respuesta es muy difícil, como les decía, la gente en Medellín, en las mejores condiciones de desplazamiento tarda una hora o dos en desplazarse. El factor determinante aquí, yo no quiero ser parte ni juez, solo ser objetivo con lo que me preguntan, pero aquí todo parte de un accidente en unas circunstancias muy desfavorables porque proviene de un alambre que viene del suelo contaminado y desde el momento del accidente ocurre el inóculo, ingresa un microbio al ojo que probablemente no, es el responsable de toda esta situación, entonces dos horas, tres o cuatro para un tipo de trauma de estos son importantes porque mientras más rápido se hagan las cosas es mejor pero a veces hay circunstancias en las que el mecanismo de trauma y el agente y el microbio que proporcionan la infección son gérmenes muy agresivos, pero pues, entre dos horas y cuatro para este tipo de trauma y la forma en la que ocurrió, tendríamos que preguntar por qué se demoró y en qué se desplazó pero no hacen mucha diferencia (...) ”. (negrillas propias)

Como quedó visto, la extensa explicación rendida por el experto, sin duda, ofreció un panorama científico que hizo accesible la comprensión de las circunstancias que rodearon la atención médica recibida por el señor Julio Escobar Rivas. De allí, pudo colegirse que desde la atención inicial adelantada el 19 de junio de 2014, esto es, al día siguiente del trauma ocular, el paciente presentaba lo que el galeno experto catalogó en términos clínicos como “*agudeza visual de no percepción de luz*” con tan solo 12 horas de evolución de la lesión, síntoma que, en su criterio y analógicamente “(...) es como equivalente a que alguien le diga que no tiene signos vitales en un triage en un servicio de urgencia” y que además, “(...) cuando tenemos un ojo sin percepción de luz con sólo 12 horas de evolución, estadísticamente y concretamente es mínima la posibilidad, yo diría que un 5 o un 10%” en tanto los “(...) índices de pronóstico parten de un factor que es la percepción de luz, la agudeza visual y cuando un paciente no tiene percepción de luz partimos de una situación muy grave, es como si estuviera en paro”.

Pudo conocerse además que el mecanismo del trauma padecido por el señor Julio Escobar Rivas resultó plenamente determinante para el daño soportado por el actor por cuánto, en consideración del perito “(...) *todo parte de un accidente en unas circunstancias muy desfavorables porque proviene de un alambre que viene del suelo contaminado y desde el momento del accidente ocurre el inóculo, ingresa un microbio al ojo que probablemente no, es el responsable de toda esta situación*” y que tratándose de una lesión penetrante y, de nuevo acudiendo a la analogía como ejemplo, se asimila a “(...) *una puñalada en el abdomen*”, en consecuencia se dictaminó de manera temprana “(...) *el mal pronóstico porque existía una percepción de luz muy dudosa por la severidad del trauma y la infección concomitante*”.

Aunado a lo anterior, se conoció que el señor Julio Escobar Rivas, para el momento del referido trauma penetrante, padecía de una comorbilidad derivada del diagnóstico previo de *diabetes mellitus*, patología que a voces del experto en oftalmología “(...) *genera a nivel metabólico e inmunológico una condición particular en los pacientes que los hace susceptibles a infecciones más frecuente que la población normal y que los hace susceptibles a infecciones por gérmenes oportunistas o más resistentes a los tratamientos habituales por eso los pacientes muchas veces las infecciones que presentan tienen una connotación distinta en cuanto a severidad y pronóstico*”, circunstancia que le permitió concluir que “(...) *inclusive está condicionando la evolución del trauma pero, pues, el trauma per se era muy severo desde el principio, el tener diabetes es un factor negativo que ensombrece el pronóstico de cualquier infección*”.

Tales conclusiones resultan de angular valía de cara a la consolidación de los presupuestos de la acción propuesta, en tanto presupone la existencia de hallazgos causales adecuados y determinantes que en todo caso tuvieron lugar con antelación a los seis (6) momentos descritos cronológicamente por la parte actora con el propósito de atribuir negligencia y desidia profesional a las entidades enjuiciadas en cada uno de los actos médicos en los que intervinieron.

Nótese que el perito experto reitera en distintos pasajes de su exposición que la severidad del trauma y la rápida propagación de la infección devenida del material penetrante contaminado y que afectó tejidos intra y extra oculares, fijaban un pronóstico adverso a la salvaguarda del ojo derecho del paciente, precisando que *“(...) aún con las medidas médicas y quirúrgicas realizadas (NO se omitió NINGUNA) llevan casi invariablemente, a la atrofia del globo ocular (ptisis bulbi) y la necesidad de enucleación”* al punto que, eliminando hipotéticamente aspectos discutidos como las dispendiosas remisiones y tardanzas administrativas, señaló el perito que *“(...) si a mí me sucede ese trauma, en las mismas circunstancias, es probable que el curso natural de la enfermedad o la evolución que tuvo el señor Julio pueda ser la misma”* y que *“(...) esa situación probablemente no variaría entre lo que le ocurrió a Don Julio y lo que me hubiera ocurrido a mí”*.

Es así que respecto a las atenciones asistenciales prestadas al señor Julio Escobar Rivas, fue enfático el experto en señalar que las mismas se compaginaban con el diagnóstico y la contundencia del trauma, añadiendo la oportuna remisión a consulta especializada de córnea, segmento anterior y plástica ocular, en tanto una vez advertida la no percepción de luz y la infección, era el procedimiento indicado para enfrentar el pronóstico dado por el examinador inicial.

Además, consultado sobre la oportunidad y pertinencia de la primera atención asistencial luego de 12 horas de evolución de la enfermedad, arguyó que, sin desconocer la importancia del aprovechamiento del tiempo para la mejoría de probabilidades de curación, *“(...) a veces hay circunstancias en las que el mecanismo de trauma y el agente y el microbio que proporcionan la infección son gérmenes muy agresivos, pero pues, entre dos horas y cuatro horas – refiriendo a una hipotética atención en ese periodo de tiempo- para este tipo de trauma y la forma en la que ocurrió, tendríamos que preguntar por qué se demoró y en qué se desplazó, pero no hacen mucha diferencia (...)*, refiriendo a la relación entre aspectos logísticos de desplazamiento y oferta de la especialidad geográficamente con la evitación de un resultado como el padecido con el señor Julio Escobar Rivas.

Lo cierto es que ninguna de las conclusiones técnico- científicas traídas a colación relatan o ponen de presente el desconocimiento de las funciones sociales y profesionales que la *lex artis ad hoc* exigía a las entidades demandadas, advirtiendo por el contrario que, la entidad del trauma, la propensión a infecciones y la propagación rápida de la infección intra y extra ocular funcionan y concurren como causas atribuibles a la enucleación del ojo derecho del señor Julio Escobar Rivas, pérdida anatómica que tenía lugar, además, para preservar su vida ante el inminente y agresivo avance del cuadro infeccioso.

Memórese que para establecer si una conducta (activa u omisiva) se puede atribuir a un agente hay que partir de categorías jurídicas como el deber de actuar, las acciones y omisiones relevantes, la posición de garante, el concepto de guardián de la cosa, las obligaciones de seguridad, entre otros, las cuales no se constatan directamente, sino que se atribuyen a partir de un marco de sentido jurídico que permite la construcción de pruebas inferenciales.

Así, las pautas de atribución de un hecho a un agente, en suma, se infieren a partir de los deberes de acción que impone el ordenamiento jurídico, como por ejemplo las normas de familia que asignan obligaciones de ayuda mutua entre los cónyuges; o a los padres, tutores y curadores hacia los hijos u otros sujetos bajo su cuidado; los deberes de protección a cargo del empleador; las obligaciones de seguridad de los establecimientos comerciales y hospitalarios; la obligación de prestación de una atención en salud de calidad que la Ley 100 de 1993 impuso a las organizaciones proveedoras de servicios médicos; las situaciones que consagran los artículos 2343 y siguientes del Código Civil; o las que ha establecido la jurisprudencia, tales como el concepto de guardián de la cosa.

La violación de tales pautas, como ya se dijo, lleva implícita la culpa siempre que su inobservancia tenga una correlación jurídica con el evento lesivo. La función de estas reglas no es imponer consecuencias en el sistema de la responsabilidad extracontractual pues sus efectos se circunscriben al ámbito profesional, técnico o científico para el que están destinadas a regir; de ahí que el juicio de atribución de culpabilidad que se hace con base en las mismas no obedece a un mecanismo de

subsunción sino a un proceso hermenéutico que toma como *tertium comparationis* las reglas de experiencia, de ciencia y de técnica propias del contexto en que el imputado se desenvuelve, con el fin de valorar su conducta a la luz de los estándares de prudencia.

Estas reglas ofrecen al juez una escala de medición para enfrentarse en retrospectiva (valoración de lo realizado) a la conducta que el ordenamiento habría esperado (confía) que el sujeto adoptara. Únicamente si se prueba en el proceso la existencia de tales pautas de conducta y que el demandado las infringió habiendo tenido la posibilidad de actuar conforme a lo que el ordenamiento esperaba de él, es posible atribuir responsabilidad. Tal juicio de reproche se descarta, naturalmente, si se demuestra que la conducta de los demandados fue prudente, es decir que obró de conformidad con el deber de diligencia y cuidado que le asiste.

En otras palabras y en afán de precisión, son esas pautas de acción o de conducta esperada, las que permitirán un parangón entre la expectativa comportamental que el ordenamiento tiene de un profesional de salud y la ejecución del acto médico enrostrado. Y es que tales pautas tienen su génesis en regularidades detectadas en la ocurrencia de los fenómenos a partir de generalizaciones inductivas sobre lo que debería ser y esperarse de su despliegue profesional, mismas que en el caso particular, como con atino coligió el *a quo*, no se advierten trasgredidas ni por omisión, ni por acción.

Con todo, encontrándose indemostrada la intervención causal de E.P.S Fundación Médico Preventiva y de la I.P.S Clínica La Chinita en el daño, representado en la enucleación del ojo derecho del señor Julio Escobar Rivas, sin que sea posible en consecuencia atribuir culpabilidad en el resultado a las enjuiciadas, en tanto las circunstancias determinantes para la ocurrencia del hecho lesivo tuvieron lugar, según se comprobó, a partir de la misma severidad del trauma, la forma en que se causó, la propensión a infecciones devenida de una comorbilidad previa y las características de la infección intra y extra ocular, se confirmará la sentencia de instancia, razón por la que se condenará en costas a la parte demandante al configurarse las causales para su causación a voces del artículo 365 del Código

General del Proceso cuya liquidación se sujetará a lo previsto en el artículo 366 ibídem fijándose a través de auto proferido por el Magistrado Ponente las agencias en derecho correspondientes.

En mérito de lo expuesto, el **TRIBUNAL SUPERIOR DE ANTIOQUIA, SALA CIVIL-FAMILIA**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de naturaleza, fecha y procedencia indicada en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Se condena en costas a la parte demandante en favor de la parte demandada. Liquídense conforme al artículo 366 del Código General del Proceso, incluyéndose las agencias en derecho fijadas por el Magistrado Ponente.

TERCERO: Devuélvase el expediente al juzgado de origen.

Los magistrados,

Firmado Por:

Dario Ignacio Estrada Sanin
Magistrado
Sala 01 Civil Familia
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Wilmar Jose Fuentes Cepeda
Magistrado
Sala Civil Familia
Tribunal Superior De Antioquia

Claudia Bermudez Carvajal
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 003 Civil Familia
Tribunal Superior De Antioquia - Antioquia

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **fda872e3084ddd7eb999ccbabaadfe256688887a1edac1170a5ef1a47af55311**

Documento generado en 19/03/2024 10:10:54 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>