



Al servicio de la paz y la justicia

SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL

Medellín, veintitrés (23) de febrero de dos mil veinticuatro (2024)

Benjamín de J. Yepes Puerta

Magistrado Ponente

Proceso: Responsabilidad Civil Médica
Radicado: 05001-31-03-017-2012-00487-01
Demandante: Walter Alberto Gil
Demandados: Cruz Blanca Entidad Promotora de Salud S.A.
Asunto: El nexo causal determinante de responsabilidad, aunque no está sometido a tarifa legal, no se acredita con la sola lectura de la historia clínica dado los aspectos técnicos y científicos que allí están inmersos.
Rdo. Interno: 023-18
Instancia: Segunda
Decisión: Confirma
Providencia: Sentencia No. 006 de 2024

Procede la Sala a emitir sentencia mediante la cual se resuelve el recurso de apelación debidamente interpuesto y sustentado por el demandante WALTER ALBERTO GIL, en contra de la sentencia proferida el día 15 de febrero de 2018 por el Juzgado Veinte Civil del Circuito de Medellín, dentro del presente proceso Declarativo – Verbal de Responsabilidad Civil Médica promovido por el precitado actor contra CRUZ BLANCA EPS S.A.,

proceso en el cual se llamó en garantía a la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP.

I. SÍNTESIS DEL CASO.

1. Fundamentos fácticos¹.

1.1. El 24 de junio de 2010, WALTER ALBERTO GIL sufrió *“trauma en Antebrazo Derecho Cara Volar, Con Pulidora, Corte En Antebrazo Derecho, Tercio Distal”*, por lo que recibió atención por urgencias en la EPS CRUZ BLANCA, diagnosticándosele *“contusión de otras partes de la muñeca y la mano”*, por lo cual le formularon medicamentos y se le otorgó incapacidad por 3 días.

1.2. Ante el intenso dolor que sentía, el 26 de junio de 2010 acudió a urgencias nuevamente, donde se le recetó el medicamento Diclofenaco Sódico y posteriormente el 29 de junio de 2011 en razón de la dolencia que *“no se calmaba”*, ingresó por urgencias, recibiendo atención médica y de nuevo formulación de medicamentos.

1.3. El 29 de julio de 2010 consultó con Fisioterapia en el Centro de Medicina del Ejercicio y Rehabilitación Cardíaca S.A. donde se le evaluó la destreza manual y fue remitido a Fisiatría; el 2 de agosto de 2010 consultó nuevamente en la EPS CRUZ BLANCA por un calambre intenso en el antebrazo y mano derecha, lugar en el que le practicaron unos exámenes y se le dio egreso con certificación de *“estado en su brazo normal”*.

1.4. Por igual se indicó, que los días 2 y 27 de agosto de 2010, asistió a la EPS CRUZ BLANCA por presentar inflamación y calambres en su brazo, donde nuevamente le realizan exámenes y dan egreso; que en las fechas 3,

¹ Cuaderno Primera Instancia, actuación N° "002Demanda.pdf"

20, 24 y 27 de septiembre de 2010, asistió a sesiones de ejercicios de fisioterapia.

1.5. Señaló que el 1° de octubre de la misma anualidad, fue remitido por la EPS CRUZ BLANCA al Hospital San Vicente de Paul, en donde se le diagnosticó *“desensibilización de áreas cicatrizales, reeducación sensitiva, promoción de pinzas y agarres, terapia bien tolerada”*; los días 4, 8, 13 y 29 de octubre de 2010, le fueron realizadas actividades terapéuticas.

1.6. El 31 de enero de 2011 presentó síndromes dolorosos que no fueron posibles de controlar, le realizaron terapias sin mejoría alguna, por lo que se determinó *“plan casero clínica del dolor”* y alta por fisiatría.

1.7. Igualmente se aseveró que el 9 de febrero de 2011 se le emitió un diagnóstico definitivo, determinándose *“trauma en mano con síndrome de neurona motora superior e inferior”* y el 14 de marzo de 2011 la aseguradora MAPFRE COLOMBIA expidió el dictamen de pérdida de capacidad laboral estableciéndose un 50.17% con fecha de estructuración del 1° de enero de 2011.

1.8. Asegura que la EPS CRUZ BLANCA desde el primer momento de la urgencia falló en el servicio y tratamiento médico de su lesión, lo que derivó en el deterioro del brazo y los dolores tan intensos, razones por las cuales ha venido presentando comportamientos de depresión y un gran dolor, conllevando además a requerir tratamiento por psicología y psiquiatría.

1.9. Manifiesta que su núcleo familiar está conformado por su esposa LUZ MARINA MONSALVE MONA y su hijo menor de edad; que se encontraba laborando en COOPEVIAN como vigilante desde el 16 de junio de 2006 con un salario promedio de \$763.918.00, sin embargo, a raíz de su lesión no puede laborar más.

1.10. Finaliza indicando que las secuelas de la lesión permanente sufrida se produjo por el concurso de diversos errores y omisiones

constitutivas de una culpa médica de la entidad demandada, con ocasión al errado diagnóstico de su enfermedad por parte de los galenos tratantes, ya que de habersele practicado los exámenes y cirugías correspondientes lo más pronto posible, no se hubiese presentado el hecho dañoso; existiendo el nexo de causalidad entre el obrar de la entidad y el resultado dañino, por lo que son responsables, extracontractualmente y deberán indemnizarlo de manera integral.

2. Síntesis de las pretensiones.

2.1. Que se declare civilmente y extracontractualmente responsable a la EPS CRUZ BLANCA de todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales invocados por el demandante, en razón a las graves secuelas producidas en virtud de la negligencia o error médico con ocasión a los hechos ocurridos desde el 24 de junio de 2010.

2.2. Que, como consecuencia de lo anterior, se condene a CRUZ BLANCA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. a pagar al señor WALTER ALBERTO GIL, los conceptos de:

2.2.1. Por perjuicios morales la suma de \$50.000.000.00, pues es una persona joven con un menor hijo que requiere acompañamiento, el cual no ha podido realizar debido a su discapacidad física motriz y sus constantes dolores agudos, lo que ha afectado su *“aspecto emocional”*.

2.2.2. Por perjuicios en la vida en relación el valor de 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes, toda vez que después de los perjuicios ocasionados no es el mismo frente a su familia y la sociedad, al no poder compartir con todas sus capacidades con su hijo y esposa; además que se ha privado de disfrutar a plenitud su vida íntima dadas las secuelas físicas y psicológicas que padece.

2.2.3. Por daño emergente la suma de UN MILLÓN CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$1.400.000.00) por los gastos de transporte en taxi a Hospitales

e Institutos para control de su salud; además la suma de NOVENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS (\$91.331.408.00) en razón a que se desempeñaba como vigilante de COOPEVIAN en donde devengaba un salario promedio de SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS (\$763.918.00) y toda vez que se pensionó con un salario mínimo legal mensual vigente, dejando de percibir la suma de CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS (\$197.218.00).

En consecuencia, teniendo en cuenta que al momento de la presentación de la demanda cuenta con 36 años de edad y según el promedio de vida de un hombre en Colombia es de 74 años ($\$197.218 * 12 = \$2.366.616$ al año- * 38 años).

3. Contestación de la demanda².

La entidad demandada señaló que el actor no aportó copia de su historia clínica completa, documentación que ilustra sobre el proceso de atención, los hallazgos de la valoración y la conducta medica; tampoco se indicó la IPS a la cual consultó en el servicio de urgencias.

Refirió que el paciente fue remitido al Instituto Colombiano del Dolor el 1° de septiembre de 2010 siendo atendido por el Neurocirujano GUSTAVO GIRALDO GARCÍA quien previa valoración y análisis concluyó como diagnóstico *“DOLOR NEUROPÁTICO MSD- LESIÓN RAMA SENSITIVA DEL RADIAL DERECHO”*.

Indicó que esa entidad no fue la prestadora directa de los servicios de salud requeridos por el paciente ni tuvo injerencia en las decisiones tomadas por el cuerpo médico que atendió al paciente, por lo que no ha incurrido en negligencia alguna durante la atención hospitalaria y la única razón de la

² Cuaderno Primera Instancia, actuación N° "011ContestacionDeDemanda.pdf"

discapacidad del demandante es la lesión traumática sufrida en el accidente con una pulidora el 24 de junio de 2010.

Manifestó oponerse a todas las pretensiones invocadas por no estar acreditada conducta culposa alguna y no estructurarse responsabilidad, además no puede definirse un nexo de causalidad pues cuando el paciente consultó lo hizo por haber sido víctima de un accidente en el que una pulidora lesionó su mano.

Propuso y fundamentó las excepciones de *“FALTA DE LEGITIMACIÓN POR PASIVA”, “AUSENCIA DE CULPA”, “CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR PARTE DE CRUZ BLANCA EPS PARA CON SU AFILIADA”, “DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA QUE NO RESPONSABILIZA A LAS EPS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD”, “NECESARIEDAD DE LA PRUEBA DE LA CULPA”, “INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE EPS e IPS”, “EXCESIVA TASACIÓN DE PRETENSIONES” y “EXCEPCIÓN GENÉRICA”.*

4. Llamamiento en Garantía.

La demandada CRUZ BLANCA EPS formuló llamamiento en garantía a la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP- CLÍNICA JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA³, alegando que los supuestos hechos generadores del daño alegado fueron producidos en la atención en salud que le fue brindada al demandante por profesionales de la salud de esa IPS, por lo que es necesario que participe en el proceso a fin de conocer los conceptos clínicos y científicos que fueron desplegados para la atención que se le brindó al paciente por parte del personal profesional adscrito a esa IPS, entidad que además es responsable de poner a disposición de la EPS y del sistema los recursos técnico científicos para la prestación del servicio de salud a los usuarios.

³ Cuaderno 002, actuación N° “002DemandaDeLlamamientoEnGarantia.pdf”

Al respecto, la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP- CLÍNICA JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA por conducto de apoderado judicial manifestó⁴, que si bien las atenciones médicas de los días 24 de junio, 31 de agosto, 9 de septiembre y 27 de octubre de 2010 y 31 de enero de 2011 fueron efectivamente prestadas por esa IPS, no todos los hechos que se alegan como causantes del daño se encuentran relacionados con esas atenciones, sino con otras dadas en instituciones prestadoras de los servicios de salud diferentes.

Por lo que se opone a las pretensiones planteadas por los supuestos daños ocasionados al demandante, pues esa IPS y los profesionales que atendieron al paciente han cumplido con la prestación idónea, continua y oportuna al demandante, respondiendo a los síntomas y signos que presentaba en su momento.

Invocó las excepciones de mérito de *“CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y EXTRA CONTRACTUALES”, “INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESULTADO, EXIGENCIA DE OBLIGACIÓN DE MÉDICOS EN EL ACTO MEDICO DESPLEGADO POR LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP CLÍNICA JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA”, “CULPA PROBADA Y CARGA DE LA PRUEBA”, “INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD”, “ACTUAR DISCRECIONAL DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA”, “EXCESIVA TASACIÓN ECONÓMICO DE PRETENSIONES” y “EXCEPCIÓN GENÉRICA”.*

5. Sentencia de primera instancia⁵.

El Juez *A-quo* sostuvo que de las pruebas obrantes en el expediente se encuentran debidamente acreditados los hechos que dieron origen a la presente demanda, los cuales radican en la atenciones brindadas al señor WALTER ALBERTO GIL, quien fue diagnosticado con *“lesión sensitiva del radial de antebrazo derecho, secundario a trauma directo sobre la mano*

⁴ Cuaderno 002, actuación N° “005ContestacionDeDemanda.pdf”

⁵ Cuaderno 001 Principal, actuaciones N° “050AutoNiega.pdf” y “FOLIO 195 CUA 1”

derecha", lo cual conllevó a que fuera evaluado y dictaminado con una pérdida de capacidad laboral del 50.17%, acarreándole imposibilidad para seguir laborando.

Consideró que la parte demandante imputa la responsabilidad de la parte demandada enunciando que se debió a un actuar negligente atribuible a los médicos tratantes; que si bien no queda duda sobre el diagnóstico y tratamiento dispensado al accionante, lo cierto es, que con base en las pruebas allegadas, no se reúnen los elementos para sustentar la tesis planteada pues a lo largo del proceso quedó demostrado el correcto proceder de los profesionales de la medicina y de la EPS demandada; revelando que del expediente se evidencian documentos emitidos por el Centro de Medicina del Ejercicio y Rehabilitación Cardíaca S.A., el Laboratorio de Electromiografía, el Instituto del Dolor, el Hospital Universitario San Vicente de Paul y la Clínica Juan Luis Londoño, en los cuales constan las atenciones dispensadas al demandante desde el 24 de junio de 2010 al 23 de febrero de 2011 y de cuya primera consulta obra la historia clínica, constancia de servicios autorizados con diagnóstico de *"contusión de otras partes de la muñeca y de la mano"*, ordenándosele exámenes de radiología e imágenes diagnósticas, además de prescribírselo medicamentos.

Asimismo, señaló que se encontraban acreditadas consultas médicas posteriores a la fecha del accidente, con las especialidades de Fisiatría y Terapia Ocupacional tendientes a facilitar la función manual; el 31 de enero de 2011 es evaluado en la Clínica Juan Luis Londoño donde constatan la no mejoría del paciente con el tratamiento recibido y consecuentemente es valorado por la Aseguradora Mapfre, quien determinó una pérdida de capacidad laboral del 50.17%.

Frente al dictamen pericial, manifestó que si bien el mismo fue objetado por error grave, ante la desidia de la parte demandante para impulsar dicho trámite, se declaró desistido el dictamen pericial decretado para resolver sobre la existencia del error, quedando en firme, experticia donde se concluyó

un actuar médico adecuado sin demora, ni dilación en el diagnóstico; de igual manera aseveró, que pese a que existió un interregno de tiempo entre el día en que sufrió la lesión el demandante -24 de junio de 2010- y el día del diagnóstico final de la patología, esto es el 9 de febrero de 2011, ello no constituye una causal de responsabilidad que amerite la indemnización de un perjuicio, por cuanto no se evidencia en el plenario medio de convicción alguno tendiente a demostrar un error en la atención médica o del cual se deduzca que la afectación que actualmente aqueja al actor sea consecuencia de una demora en el diagnóstico, a lo que se suma lo manifestado por el médico MEISSER ALBERTO LÓPEZ en la aclaración del dictamen *“(…) de acuerdo a lo registrado en la historia clínica, los diagnósticos, de acuerdo a cada momento de la evolución, fueron correctos.”*

Concluyó que es evidente que previo al diagnóstico final emitido, al demandante se le realizaron distintos manejos clínicos para tratarle los quebrantos de salud, sin ser aquello una razón válida para endilgarle responsabilidad a los médicos tratantes y menos aún a la EPS demandada, pues las atenciones dispensadas en los diferentes centros hospitalarios, fueron realizadas en tiempo, de forma adecuada y acordes con la sintomatología presentada por el actor. En suma, concluyó que la parte demandante no logró acreditar todos los elementos axiológicos de la responsabilidad deprecada, y en especial el nexo de causalidad por el cual se pueda concluir que el menoscabo sufrido sea atribuible a la EPS CRUZ BLANCA, debiendo entonces negarse las pretensiones, tornándose así innecesario analizar el llamamiento en garantía; condenando en costas a la accionante a favor de las entidades demandadas, señalando como agencias en derecho la suma de \$1.000.000.00.

6. Impugnación⁶.

El apoderado judicial de la parte demandante interpuso recurso de apelación contra la sentencia antes referida, argumentando que en el

⁶ Cuaderno 001 Principal, actuaciones N° "050AutoNiega.pdf" y "FOLIO 195 CUA 1"

expediente se evidencia claramente el daño causado al señor WALTER ALBERTO GIL, lo cual se acredita con la historia clínica y la calificación tardía de la lesión, pues esta se produjo el 24 de junio de 2010 y el diagnóstico se concretó solo hasta el mes de febrero de 2011, esto es, más de 6 meses después; que pese a haberse efectuado varias atenciones médicas ante el dolor persistente y que su *“brazo se iba poniendo morado”*, en ellas le manifestaban que *“eso era normal”*; asimismo al demandante no se le prestó una atención adecuada, toda vez que si bien se le practicaron exámenes médicos, no se le diagnosticó correctamente; cuestiona además algunas conclusiones del médico que rindió el dictamen pericial, en especial las respuestas dadas a la pregunta 10 y 8 porque en su sentir carecen de fundamento o lucen incorrectas; por lo que solicita se revoque la sentencia y se acojan las pretensiones invocadas.

6.1. En esta instancia, dentro del traslado concedido, además de citar algunos planteamientos doctrinarios y jurisprudenciales sobre la culpa, el error médico y el nexo causal, insistió la parte actora en lo ya dicho en primera instancia en cuanto a lo tardío del diagnóstico y mal procedimiento en su atención.

También se pronunció el representante legal de la codemandada Cruz Blanca EPS, liquidada, para señalar que la sentencia debía confirmarse, pues estaba probado que ellos habían prestado todos los servicios requeridos al paciente, y que además no se probó una mala praxis al respecto.

II. PROBLEMA JURÍDICO.

Corresponde entonces a esta Sala, determinar si, tal y como lo sostiene el demandante, las secuelas padecidas y que conllevaron a su pérdida de capacidad laboral, devienen de la negligente e inoportuna atención médica recibida por parte de los galenos tratantes adscritos a la IPS CORPORACIÓN SALUDCOOP y la EPS CRUZ BLANCA S.A. a raíz del accidente que sufrió en su antebrazo derecho el 24 de junio de 2010.

III. PLANTEAMIENTOS SUSTENTATORIOS DE LA DECISIÓN.

1. Realizado el control de legalidad establecido en el artículo 132 del Código General del Proceso, no se advirtió vicio ni irregularidad alguna que configuren nulidad. Igualmente, se aprecian reunidos los presupuestos procesales requeridos para proferir una decisión de fondo; y aunque respecto de la accionada Cruz Blanca se acreditó su liquidación en el curso de esta instancia, tal circunstancia no afecta los referidos presupuestos ni la validez de la actuación en tanto la misma se encuentra representada por apoderado judicial (Art. 68 del C.G.P. en concordancia con el artículo 159lb).

Asimismo se advierte, que la competencia de este Tribunal se circunscribe a examinar únicamente las concretas inconformidades señaladas por los apelantes en primera instancia, tal como lo ha establecido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, dado que *“...Es en el Código General del Proceso donde se implementó el «recurso de apelación» en el campo civil, mismo que refiriéndose a sentencias contempla para el reclamante tres pasos distintos: la interposición, la exposición del reparo concreto y la alegación final. En ese orden de ideas, el inconforme durante el término de ejecutoria deberá discutir los elementos de la providencia que le generen malestar y expresar de forma breve los mismos, toda vez que el enjuiciador de segundo grado solamente basará su examen en las objeciones concretas que el suplicante haya formulado tal y como lo describe el inciso 1º del artículo 320 ibídem, siendo competente únicamente para pronunciarse de lo expuesto por ese sujeto procesal tal y como reza el inciso 1º del canon 328 siguiente. Seguidamente tiene operancia la etapa ante el superior, no menos importante y destinada al desarrollo y sustento de lo ya anunciado en precedencia (...).”⁷* (Subrayas del Despacho).

⁷ (STC11429-2017). (STC2423-2018 y STC3969-2018), reiterada en sentencia STC4673-2018.

2. Presupuestos de la responsabilidad civil médica y carga de la prueba.

Al respecto la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha reseñado que la responsabilidad civil medica se rige por los principios generales de toda acción resarcitoria⁸, cuyos presupuestos axiológicos son el daño, el actuar culposo del médico y el vínculo de causalidad adecuada entre ellos⁹.

En cuanto a la culpa médica, la jurisprudencia ha sostenido que se debe entender como la inobservancia del estándar del profesional médico del sector, el desconocimiento de las reglas de su arte, el actuar contrario, imprudente o negligente frente a la *lex artis*¹⁰. Y en lo relativo al nexo de causalidad, para estructurar la responsabilidad, desecharla o dosificarla por una conducta atribuible a la víctima, resulta fundamental observar la relación de causalidad entre el acto u omisión médica y el de la víctima con respecto al daño, con el objeto de definir si la obligación de reparar únicamente en el agente o si la imprudencia de la víctima lo puede liberar total o parcialmente según su incidencia.

Independientemente del origen contractual o extracontractual de la prestación, por regla general, la responsabilidad civil médica se rige por los principios de la culpa probada, distinto a lo que sugiere el apelante en esta instancia; y para efectos de asignar las cargas probatorias se ha considerado

⁸ Sentencia SC3919-2021 del 8 de septiembre de 2021: "«(...) los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al profesional, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado)»». (CSJ SC de 30 ene. 2001, rad. n° 5507).

⁹ Sentencia SC4786-2020 del 7 de diciembre de 2020: "... en la actualidad, existe una doctrina consolidada que, sin desconocer las nociones de daño, actuar culposo y nexo causal, fijan los derroteros para establecer el deber resarcitorio ocasionado por una falla médica...". En el mismo sentido, Sentencia SC3604-2021 del 25 de agosto de 2021, MP Luis Alonso Rico Puerta: "... ordinariamente, el debate procesal termine centrándose en la demostración de los otros dos puntales de la responsabilidad civil médica, esto es, el actuar culposo del galeno demandado – entendido como la inobservancia de la *lex artis ad hoc*– y su vínculo de causalidad con el menoscabo anunciado en la demanda.". También la Sentencia SC3253-2021 del 4 de agosto de 2021, MP Álvaro Fernando García Restrepo: "la prosperidad de una acción resarcitoria de dicho linaje, debe partir de la base de acreditar la concurrencia de un perjuicio, de una culpa y del nexo causal entre los dos anteriores"

¹⁰ Sentencia SC4786-2020: "Por tanto, cuando se persiga la reparación de los daños derivados de un yerro médico, es connatural que el interesado acredite, además del daño y nexo causal, que el galeno carecería de la capacitación requerida, omitió las verificaciones necesarias según la sintomatología, actuó de forma descuidada o temeraria al realizar el procedimiento o, en general, que desatendió las reglas propias de la *lex artis ad hoc*". en igual sentido SC3604 de 2021 y SC3253 de 2021.

conveniente acudir a la distinción entre obligaciones de medio y de resultado y, en principio, corresponde al interesado la demostración de todos los elementos estructurales de la acción. Ha sostenido la misma Corte que: *“Corresponderá al perjudicado demostrar el actuar imprudente, imperito o negligente del accionado, último sobre quien pesa la demostración del factor de exculpación, de acuerdo con los artículos 1604 del Código Civil y 177 del Código de Procedimiento Civil (actual 167 del Código General del Proceso).”*¹¹

De lo anterior se concluye, que, por regla general, en la acción resarcitoria, corresponde al demandante demostrar, entre otros presupuestos, el hecho culposo, es decir, la omisión o el actuar negligente, imprudente, con impericia o violación de reglamentos del facultativo demandado; en tanto que a éste le concierne acreditar que fue diligente y cuidadoso, atendiendo las reglas propias de su arte, conforme al estándar de conducta que le era exigible.

Por su parte, el artículo 5 de la Ley 23 de 1981 regula las normas de ética médica dispone que *“la relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos; (...) 4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.”* Tratándose de las obligaciones derivadas del contrato de prestación de servicios de salud, la Ley 100 de 1993, en observancia de la norma superior consagrada en el artículo 48 de la Constitución Política, y a fin de procurar la efectiva realización de los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia allí previstos, señala en su Art. 2 que: *“Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación: (...) a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma **adecuada, oportuna y suficiente.**”* Así mismo están obligadas, según las evidencias

¹¹ Sentencia SC4786-2020, SC3253-2021.

científicas que tengan de cada paciente, a la provisión de una “*atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional*” (art. 153 Ley 100 de 1993).

2. Responsabilidad médica de las EPS.

La jurisprudencia del Alto Tribunal citado ha sostenido la responsabilidad solidaria que recae sobre las E.P.S., la IPS y los médicos tratantes por el daño causado a los usuarios en la prestación de los servicios de salud, enfatizando que, las E.P.S. no son meras captadoras de afiliados, sino que, conforme lo ha establecido la Ley 100 de 1993, su función se extiende a lograr el cumplimiento de los fines del sistema de seguridad social en salud de cara a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia¹².

La atribución de un daño a las Empresas Prestadoras de los Servicios de Salud, se surte siempre que se halle un elemento de imputación en función de organizar y garantizar, de manera directa o indirecta, la prestación de los servicios de salud a los ciudadanos, de suerte que los daños que sufran quienes acceden a dichos servicios que le sean imputables a éstas, deberán ser reparados, cuando se logre comprobar que el perjuicio se produjo por desatender las obligaciones impuestas en la ley.

En sus palabras: “... *la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular,*

¹² Ha indicado la Corte: “(...) existe un criterio consolidado en lo que implica para las Entidades Promotoras de Salud cumplir a cabalidad con la administración del riesgo en salud de sus afiliados y los beneficiarios de éstos, u otros así como garantizar una idónea prestación de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud, toda vez que su desatención, dilación o descuido, ya sea que provenga de sus propios operadores o de las IPS y profesionales contratados con tal fin, es constitutiva de responsabilidad civil”. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. SC2769-2020. M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.”¹³

3. Importancia de la historia clínica y la prueba pericial en asuntos de responsabilidad médica.

Al respecto es necesario traer a colación que la Corte Suprema de Justicia ha señalado que en los casos de responsabilidad civil medica la prueba pericial resulta fundamental y de trascendental ayuda para fallar en temas ajenos al conocimiento natural que deben tener los juzgadores: *“El dictamen técnico de expertos médicos es indudablemente el medio probatorio que ofrece mayor poder de convicción cuando se trata de establecer las causas que produjeron el deceso de una persona por la actividad de otras. Acerca de este mayor valor demostrativo de esa prueba ha dicho esta Corporación: es verdad que en muchos casos las causas determinantes de una muerte no caen bajo el dominio de los sentidos de las personas que puedan presentarla y que en otros casos tales causas son ajenas al conocimiento general de las gentes.”*

En cuanto al tema del acceso del paciente a los servicios de salud, por la doctrina se ha erigido que *“... el análisis de la prueba se enfoca hacia la investigación del acto médico asistencial y al nivel de atención que requiere el paciente acorde: a) al grado de complejidad de la patología que presenta, b) a la especialidad médica que requiera el mismo y c) a la urgencia que amerite”¹⁴*. En relación al primer evento, se enuncia que debe hacerse la evaluación de la complejidad del acto médico que comprende *“...la gravedad del enfermo sobre quien se ejecuta el acto, la disponibilidad de recursos*

¹³ CSJ SCC Sentencia Fecha 17-11-2011- Expediente 11001-3103-018-1999-00533-01-Magistrado ponente WILLIAM NAMÉN VARGAS).

¹⁴ Teoría de Prueba en la Responsabilidad Médica- Alberto León Duque Osorio

técnicos y humanos, y la preparación de quien ejerce el acto médico asistencial”. Respecto al nivel de atención que requiere el paciente, señala que siempre estará relacionada con la complejidad patológica de éste y el nivel de atención que requiere dicha patología, acorde con la urgencia que amerite. Una vez establecidos estos aspectos “...se hace necesario definir si el nivel de atención en salud en el cual está homologada la institución que presta el servicio al paciente, es el nivel de atención en salud que, si efectivamente necesita el paciente, o, por el contrario, es otro nivel superior”.

Tratándose de temas técnicos o científicos, la misma Corporación ha señalado que “...no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia –no conocidos por el común de las personas y de suyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquellos que la practican- y que a fin de cuentas dan, con carácter general, las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa. En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga...”¹⁵. (Subrayas por parte del Despacho)

Así que, al ser el juez y los abogados ajenos a la ciencia médica, “...Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio (..) no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente

¹⁵ CSJ, Sala de Casación Civil, sentencia del 26 de septiembre de 2002 exp. 6878

citado, “(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)”¹⁶.

De ahí que, en cuanto al mérito probatorio de la historia clínica “...*debe establecerse «de acuerdo con las reglas de la sana crítica», debiendo ser apreciada en conjunto con las pruebas restantes, máxime cuando su contenido se refiere a conceptos que en muchos casos son ajenos al conocimiento del funcionario...*”¹⁷.

4. Caso Concreto.

Pues bien, según se dejó reseñado, la inconformidad de la parte demandante estriba en que a su parecer la historia clínica no fue apreciada adecuadamente por el Juez de primera instancia, considerando que en tales documentos se evidencia claramente el daño causado al señor WALTER ALBERTO GIL y el diagnóstico tardío, ya que la lesión fue el 24 de junio de 2010 y éste se definió hasta el mes de febrero de 2011, y que en todo caso el médico que elaboró el dictamen pericial, al momento de resolver algunos interrogantes, no tuvo en cuenta precisamente lo allí consignado y por tanto llegó a conclusiones desacertadas.

Señalamiento que de entrada se advierte infundado, no solo porque no es cierto que tal omisión se hubiese dado, solo que el señor Juez tuvo claro, como debe ser que, ante cuestiones técnicas o propias de otras ciencias, no es suficiente la mera percepción subjetiva que se pueda tener al respecto, o como si se tratara de una ciencia exacta según la cual se pueda afirmar que, dada la premisa determinante, se producirá como consecuencia lógica la determinada. Por supuesto que es válido afirmar que, si en un específico caso no se presta una atención médica oportuna y con la praxis debida, pueda traer consecuencias adversas para el paciente; pero ello en el plano de las conjeturas y especulaciones, lo que, por supuesto, no es suficiente cuando

¹⁶ Sala de Casación Civil, radicación 11001-31-03-032-2012-00445-01(SC003-2018). Magistrado Ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

¹⁷ CSJ. SC 5746-2014 radicación No. 11001-31-03-029-2008-00469-01)

de edificar una responsabilidad civil, y de la cual se espera la reparación de ese daño se trata. Calificar la oportunidad y la idoneidad de tal labor requiere el conocimiento específico sobre los tópicos en cuestión; y que como es sabido, hasta ese escenario no alcanza el conocimiento *iuris* del Juzgador, por lo que correspondía al pretensionante aportar la prueba de la cual tal conclusión apareciera diáfana.

En efecto, de acuerdo con las pruebas allegadas, en especial la historia clínica, se tiene que WALTER ALBERTO GIL sufrió un accidente el 24 de junio de 2010 con una pulidora, por lo que ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta de esta ciudad, presentando *“TRAUMA EN MANO DERECHA CON OBJETO CORTOCONTUNDENTE”*, donde se le realizó limpieza de herida y *“RX DE ANTEBRAZO”*, examen con el cual se determinó que *“NO SE EVIDENCIA FRACTURA ALGUNA. SE EVALÚA CON ORTOPEDISTA DE TURNO DR. CRISTMAT QUIEN DECIDE DAR DE ALTA CON ANTINFLAMATORIO Y ANTIBIÓTICO. NO SE EVIDENCIA LESIÓN VASCULAR NI COMPROMISO NERVIOSO.”*

Sin embargo, al continuar presentando dolor, el señor GIL asistió nuevamente en varias oportunidades a la EPS CRUZ BLANCA por urgencias y a través de consulta externa, valoraciones en las cuales se le expedieron incapacidades y se le prescribieron exámenes, medicamentos y terapias para tratar sus dolencias; entre ellas, el 29 de junio del 2010 se indicó que *“TIENE RX DEL ANTEBRAZO (...) QUE MUESTRA DISRUPCIÓN DE LA CORTICAL DEL ANTEBRAZO HACIA EL TERCIO DISTAL SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR”*; el 14 de julio de la misma anualidad, el Ortopedista tratante refirió como diagnósticos *“heridas del antebrazo, parte no especificada”* y *“Traumatismo del nervio radial a nivel del antebrazo”* con la observación de *“LESIÓN DEL NERVIO SENSITIVO DEL RADIAL ANTEBRAZO DERECHO”*, indicándose además *“RX ANTEBRAZO DERECHO MUESTRA: FRACTURA INCOMPLETA DE LA DIÁFISIS DEL RADIO DERECHO SIN DESPLAZAMIENTO CONSERVADA LA ANATOMÍA ÓSEA DEL ANTEBRAZO DERECHO”*, razones por las cuales ordenó plan

de tratamiento “1. SE ENCAMINA PARA FISIOTERAPIA- 10 SESIONES. 2 SE ENCAMINA PARA CIRUGÍA PLÁSTICA PARA VALORACIÓN Y MANEJO. 3. SE SIGUE INCAPACIDAD MEDICA X 20 DÍAS”. (Subrayas por el Despacho), de lo cual se colige que desde el 14 de julio -*menos de un mes después del accidente*- el especialista tratante diagnosticó la lesión del nervio radial del antebrazo derecho, para lo cual le prescribió el respectivo plan de tratamiento.

Posteriormente, el 12 de agosto de 2010 fue valorado por la especialidad de Cirugía Plástica, galena que refirió que el paciente “*tiene RX que muestra pérdida de continuidad en (...) TX en antebrazo derecho. Descartar lesión nerviosa. Alto riesgo de síndrome regional complejo. Por ahora debe continuar terapia física y se ordena EMG. Se explica pronóstico. (...) se hace incapacidad por 1 mes.*”; y el 31 de agosto de 2010 en consulta externa con Fisiatría, se describió que “PACIENTE CON LESIÓN PARCIAL DEL RADIAL CON SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO CON LIMITACIÓN MOTORA Y DOLOR PERSISTENTE CAMBIOS VASOMOTORES. REQUIERE TERAPIA OCUPACIONAL, CONTINUAR CON FÍSICA, MANEJO ANALGÉSICO, CLÍNICA DEL DOLOR Y PRORROGAR INCAPACIDAD. EVALUACIÓN POR MEDICINA LABORAL.” (Subrayas y negrilla por el Despacho).

De lo anterior fluye claro, que en realidad no es hasta el mes de febrero de 2011 que el señor WALTER ALBERTO GIL es diagnosticado finalmente, como erradamente lo afirma la parte apelante, pues ya a partir del mes de agosto de 2010 se advirtió el alto riesgo de presentar “*síndrome regional complejo*” y consecutivamente la especialista en Fisiatría así lo confirmó, ante lo cual le prescribió los servicios médicos que requería para tratar su padecimiento, tales como analgésicos, remisión a clínica del dolor, así como terapias físicas y ocupacionales.

Seguidamente continuó recibiendo la atención medica pertinente, hasta que se dictaminó su pérdida de capacidad laboral (14 de marzo de 2011),

determinándose el 50.17%, por los diagnósticos de *“Lesión rama sensitiva radial derecho y Síndrome Doloroso Regional Complejo MSD”*¹⁸.

Respecto al cuestionamiento de que la atención en urgencias el día del accidente - *24 de junio de 2010*- no fue la adecuada, se advierte en primer lugar, que el servicio de salud se ejecuta a través de redes articuladas y organizadas por grados de complejidad (*Art. 54 Ley 715 de 2001*), que el Ministerio de Salud y Protección Social, vino a reglamentar el sistema de clasificación y selección de las urgencias médicas dispuesto en la Ley 715 de 2001 a través del triage reglamentado en la resolución 5596 de 2015, en cuyo artículo 8 se dispuso que *“En los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad el Triage debe ser realizado por profesionales en Medicina o Enfermería. Para los servicios de urgencias de baja complejidad, el triage podrá ser realizado por auxiliares de enfermería o tecnólogos en atención prehospitalaria con la supervisión médica correspondiente.(...)”*; entendido entonces que el triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes que requieren del servicio de urgencias en una IPS, y no propiamente un diagnóstico; para el caso, el médico general FAKHER ELRAFIH ELRAFIH, contaba con la capacidad para realizar la atención de urgencia requerida, además que según el contenido de la historia clínica, la condición del paciente en ese momento, también se evaluó con el Ortopedista de turno *“DR. CRISTMAT”*.

En ese orden, de la historia clínica aludida es posible concluir, como lo hizo el Juez de instancia, que al señor WALTER ALBERTO GIL se le brindó una atención médica adecuada el día 24 de junio de 2010 y en las fechas posteriores que acudió a la prestación de servicios de salud, tal cual lo ratificó el perito adscrito al CENDES, pues en momento alguno se le negó la atención, y desde el comienzo se le practicaron los exámenes que los galenos consideraron pertinentes, y se le prescribieron los medicamentos y procedimientos que requería como las fisioterapias. Señalar que eso fue errado, escapa a la apreciación subjetiva de cualquier lego en la materia,

¹⁸ Páginas 67 a 69 Documento “001AnexoDeDemanda.pdf” Cuaderno 001 Principal

mucho menos cuando ya un experto lo ha calificado de certero y adecuado, pues según él, las secuelas del accidente que presenta WALTER ALBERTO GIL no eran evitables por el cuerpo médico; que la atención y el plan de manejo médico que se suministró fue el indicado, teniendo en cuenta los síntomas y signos referidos por el aquel; las remisiones hechas a las diferentes especialidades fueron las indicadas respecto a su patología; el tratamiento del fisiatra ordenado fue apropiado y pertinente para la búsqueda de su total recuperación; todo lo cual se adecua a la *lex artis* y a la mejor evidencia científica disponible y que de acuerdo a lo registrado en la historia clínica, los diagnósticos, de acuerdo a cada momento de la evolución *“fueron correctos”*¹⁹.

Es que pretender darle el valor a la historia clínica como suficiente para desprender de ella la culpa médica imputada, es desconocer que allí solo se registra cronológicamente los servicios brindados al paciente, inclusive sus antecedentes, y solamente constituiría un indicio de responsabilidad si le faltase claridad, orden, o fuese incompleta, alterada o con enmendaduras, según ha reiterado la jurisprudencia del órgano de cierre de la especialidad, que enseña en cuanto al valor de esta, que: *“(…) su mérito probatorio debe establecerse «de acuerdo con las reglas de la sana crítica», debiendo ser apreciada en conjunto con las pruebas restantes, máxime cuando su contenido se refiere a conceptos que en muchos casos son ajenos al conocimiento del funcionario”*²⁰.

En suma, en materia médica, es insuficiente el sentido común o reglas de la experiencia, pues tratándose de un tema científico el juez debe acudir a las demás pruebas recaudadas, como la peritación, documentos o testimonios técnicos, para esclarecer la cuestión sometida a su estudio; habiéndose incumplido en este asunto la carga probatoria por la parte actora al no haber aportado ningún elemento de convicción definitivo para acreditar

¹⁹ Documento “005Dictamen.pdf” Cuaderno 003

²⁰ CSJ SC 5746- 2014 del 14 de noviembre de 2014, rad. N° 2008-00469-01

la culpa, y establecida ésta, evidenciar también, probatoriamente, la relación de causalidad que debe existir entre el hecho o conducta y el daño.

Es que incluso, en el ejercicio válido de contradicción, ante la aclaración al dictamen solicitada por el apoderado de la parte demandante, ahora impugnante, el citado perito señaló que *“(...) se siguieron las conductas necesarias para que el paciente recibiera la atención adecuada y oportuna. Toma de radiografía y electromiografía; ante una herida como la referida, lavado y asepsia de la herida, suturar o no depende de las condiciones al momento de la evaluación inicial; 1 sept 2010, en clínica del dolor, hacen diagnóstico de síndrome doloroso regional complejo y envían tratamiento médico. Refiere que le hicieron bloqueo ganglionar para manejo del dolor hace aproximadamente dos años; conducta adecuada. Lo anterior se acomoda a la lex artis y a la mejor evidencia científica disponible.”* Y ante el interrogante de *“porque en la respuesta #12 afirma que no se puede predicarse error en el diagnostico a lo largo del proceso de atención”*, respondió que *“de acuerdo a lo registrado en la historia clínica, los diagnósticos, de acuerdo a cada momento de la evolución, fueron correctos.”*²¹. Ahora es cierto, que el recurrente reviró algunas de las conclusiones ofrecidas por este perito, y que incluso antes había objetado su experticia por un supuesto *error grave*, sin embargo, no asumió la carga probatoria que le correspondía de aportar el otro dictamen que así lo evidenciara, aduciendo, (tardíamente por demás, pues en su momento pudo invocar amparo de pobreza, Art. 151 del C. G.P.) ausencia de recursos económicos para el efecto.

Pero es que no fue solo esa prueba técnica, se tiene también la declaración rendida ante el despacho judicial por el galeno OSCAR ALONSO JIMÉNEZ HENAO, quien al indagársele acerca de las posibilidades terapéuticas acordes con la literatura médico-científica y el procedimiento médico, aseveró que *“el manejo de estas lesiones es la fisioterapia intensiva y manejo del dolor”*; y al pronunciarse acerca de la actuación médica al

²¹ Documento “009Dictamen.pdf” Cuaderno 03

atender al paciente el 29 de junio de 2010 indicó que *“Se revisó una radiografía que traía del servicio de urgencias, se continuo manejo del dolor, en ese momento no era posible evaluar secuelas”*.²²

Evidente resulta pues que no es posible derivar de la sola historia clínica la responsabilidad endilgada a las accionadas, y menos edificar a partir de allí el nexo de causalidad entre el daño sufrido por el actor y las atenciones médicas que recibió, resultando infundados los cargos endilgados al fallador de instancia por la supuesta indebida valoración de la tantas veces mencionada historia clínica.

5. Conclusión.

Ergo, se confirmará la sentencia de primera instancia, sin lugar a condenar en costas por cuanto no se causaron.

IV. DECISIÓN.

Con fundamento en lo expuesto, **la Sala Cuarta de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad Constitucional y legal,

FALLA:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 15 de febrero de 2018 por el Juzgado Veinte Civil del Circuito de Medellín, dentro del proceso Declarativo – Verbal de Responsabilidad Civil Médica promovido por WALTER ALBERTO GIL contra CRUZ BLANCA EPS S.A., proceso en el cual se llamó en garantía a la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP.

²² Documento "005ActaDeAudiencialInicial.pdf" Cuaderno 005

SEGUNDO: NOTIFÍQUESE esta providencia a los sujetos procesales por el medio más expedito y **DEVUÉLVASE** el expediente al Juzgado de origen.

Proyecto discutido y aprobado en sesión de la fecha

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados, (Firmados electrónicamente)

BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA

JULIAN VALENCIA CASTAÑO

PIEDAD CECILIA VELEZ GAVIRIA

Firmado Por:

Benjamin De Jesus Yepes Puerta
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Julian Valencia Castaño
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 010 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Piedad Cecilia Velez Gaviria
Magistrada
Sala 002 Civil
Tribunal Superior De Medellin - 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: **3011b228e899aa7c8f772d0f47ac065f03897a1bffe5456f2ac7adfbfa8a438c**

Documento generado en 23/02/2024 03:03:22 PM

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