Doctor
JOSE HOOVER CARDONA MONTOYA
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES – SALA CIVIL
Manizales

REF: *Recurso de Apelación*
Proceso Verbal de Responsabilidad Médica
Demandantes: Jhaner Julián Sepúlveda y otros
RAD. 2018-0200

Respetuoso saludo.

SERGIO ALBERTO BRAND RUIZ, mayor de edad y domiciliado en Manizales, departamento de Caldas, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 10.262.665 expedida en Manizales, Abogado portador de la Tarjeta Profesional No. 156.441 del Consejo Superior de la Judicatura, comedida y respetuosamente me permito presentar La Sustentación del recurso de Apelación en contra de la Sentencia proferida por el *A quo* en fecha veintiseis de abril del año 2021, por el juzgado quinto civil del circuito de la ciudad de Manizales.

I. DE LA DECISIÓN OBJETO DE APELACIÓN

El Juzgado Quinto civil del circuito procedió en su sentencia, a no reconocer los fundamentos fácticos de la demanda y en consecuencia la falla en la atención médica desplegada por los médicos adscritos a la IPS Demandada yen consecuencia, denegó también la responsabilidad de la EPS demandada.
contra del Demandante.

FRENTE A LOS REPAROS A LA SENTENCIA Y SUSTENTACIÓN DEL RECURSO:

Sea lo primero advertir, tal cual se desprende de lo dicho en la demanda y resaltado en los alegatos de conclusión, la queja y motivo de desacuerdo con la IPS encartada, es la falla de una atención adecuada en urgencias, por un mal interrogatorio y un examen clínico, que redundó en un mal diagnóstico y por ende, en un mal tratamiento adecuado, situación *sine qua non* que conllevó a que esta Mora en la atención especializada, provocara que la afección ocular progresara hasta ocasionar los daños deletéreos en el órgano de la visión del paciente **JHEIMER JULIÁN SEPÚLVEDA LÓPEZ**.

Así las cosas, a partir de la remisión en su cuarta consulta ante la CLINICA SAN MARCEL y la consecuente remisión a la atención especializada y el diagnóstico y tratamiento instaurado por estos profesionales de la oftalmología, no hay ninguna reparo. Y se cumplió a partir de allí, los preceptos que ordena la Ley del Arte ad Hoc.

Dicho lo anterior, me adentro en la argumentación a los reparos de la Sentencia de la primera instancia.

CARGO PRIMERO.- Sostiene la Juez A quo, que no encuentra un error médico a modo de culpa ya sea por negligencia o impericia en la atención realizada al paciente el día lunes de octubre en manos de la médica **CAROLINA ISABEL VANEGAS CAMARGO**.

No obstante, para demostrar lo contrario, traigo a colación apartes de la historia clínica:

2 de octubre del 2014. (jueves) Consulta Urgencias. **CLÍNICA SAN MARCEL.** Doctora **NANCY JANETH NIETO ESPINOSA.**

> *"MOTIVO DE LA CONSULTA DOLOR Y EDEMA EN CARA.*
> *ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE DE 25 AÑOS ESTUDIANTE VIENE PORQUE DESDE AYER COMENZÓ A PRESENTAR MASA DOLOROSA EN REGIÓN MAXILAR DERECHA DE CRECIMIENTO PROGRESIVO LA CUAL DESDE ANOCHE PRESENTA DRENAJE DE MATERIAL PURULENTO NIEGA OTROS SÍNTOMAS". "ABSCESO EN CARA ORDENO DICLOXACILINA[1] CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS, NAPROXENO CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS, CALOR HÚMEDO, REPOSO DOS DÍAS DOY RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA Y SIGNOS DE RECONSULTA", "RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES NORMALES"*

3 de octubre del 2014. (viernes). Consulta Urgencias **CLÍNICA SAN MARCEL el** Doctor **LUIS FERNANDO ESPINOSA GONZALES:**

> *"FASCIES ALGICA COLABORA CON EXAMEN FÍSICO, NORMOCEFALO CARA CON INFLAMACIÓN EN LABIO SUPERIOR Y ABSCESO LOCALIZADO CON TRATAMIENTO EN EL MOMENTO PERO CON DOSIS SUBTERAPEUTICAS PARA LOCALIZACIÓN DE LESIÓN POR LO CUAL SE HACE CAMBIO DE ANTIBIÓTICO Y*

[1] Infección de la piel y/o tejido subcutáneo (*Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina):Dosis: 500 mg por vía oral cada 6 horas Infección de la piel y/o tejido subcutáneo (Staphylococcus aureus sensible a la meticilina) . http://www.medicamentosaunclic.gov.co/Consultas/frmBusquedas.aspx?idPpio=frmBusquedasIfrm.aspx?idPpio=110

SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA VOLVER A URGENCIAS CELULITIS EN CARA CON ABSCESO LIMITADO" (subrayado fuera de texto)
Ordena cambio de antibiótico a Cefalexina cada 6 horas.

6 de Octubre del 2014. (lunes) Consulta Prioritaria **CLÍNICA SAN MARCEL.** DOCTORA **CAROLINA ISABEL VANEGAS CAMARGO**:

"PACIENTE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESIÓN EN CARA SECUNDARIO ABSCESO CONSULTA URGENCIA POR ESTE CUADRO TRATADO CON DOXICICLINA SIN MEJORÍA CLÍNICA AHORA CON CEFALEXINA CADA 6 HORAS DESDE HACE TRES DÍAS, NAPROXENO Y ACETAMINOFÉN PACIENTE ADEMÁS REFIERE VISIÓN BORROSA Y CEFALEA INTENSA" (subrayado fuera de texto)

Refiere en la historia clínica respecto al examen físico:

"…CABEZA… PRESENTA EN HEMICARA DERECHA EDEMA MÁS ERITEMA SECUNDARIO ABSCESO. FONDO DE OJO NORMAL NO EDEMAS EN OJO IZQUIERDO."

Ordena la profesional en la historia clínica como conducta a seguir:

"PACIENTE EN EL MOMENTO CLÍNICAMENTE ESTABLE CON CUADRO DE ABSCESO EN CARA TRATAMIENTO ACTUAL CON CEFALEXINA CADA 6 HORAS DESDE HACE 3 DÍAS PREVIAMENTE USO DOXICILINA EL CUADRO HA SIDO PERSISTENTE SE SUGIERE USO DE CLINDAMICINA AMPOLLA IM POR 5 DÍAS DE 3600 MG ADEMÁS DE NAPROXENO CADA 8 HORAS ACETAMINOFÉN CADA 8 HORAS ADEMÁS CROMOGLICATO CADA 8 HORAS UNA GOTA EN OJO CADA 8 HORAS POR VISIÓN BORROSA. CONTROL EN 5 DÍAS.

SE EXPLICA Y EDUCA ACERCA DE SU PATOLOGÍA SE DAN RECOMENDACIONES DE EFECTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS SE DAN INDICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS O RECONSULTAR ESTE SERVICIO PERSISTENCIA O EMPEORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS. DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE CEFALEA INTENSA, DOLOR TORÁCICO, COMPROMISO DE ESTADO DE CONCIENCIA, ETC…". (Subrayado fuera de texto)

9 de octubre del año 2014. (jueves) Consulta de urgencias **CLÍNICA SAN MARCEL.** Doctor **FABIÁN GÓMEZ ARIAS:**

"NO VEO NADA POR EL OJO IZQUIERDO. DESDE EL SÁBADO, INICIO COMO UNA MANCHA AHORA NO VEO NADA"

"REFIERE QUE DESDE EL SÁBADO EN LA NOCHE ESTA CON VISIÓN SUBNORMAL POR EL OJO IZQUIERDO ADEMÁS ERITEMA CONJUNTIVAL"

"CABEZA Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS PINR (PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS) A LA LUZ, FONDO DE OJO NORMAL, ERITEMA CONJUNTIVAL."

"PACIENTE CON PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR UN OJO SE SOLICITA VALORACIÓN URGENTE POR OFTALMOLOGÍA"

"DIAGNOSTICO CLÍNICOS "DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL POR EL OJO IZQ.
"DESPRENDIMIENTO DE RETINA?
"PLAN DE TRATAMIENTO VALORACIÓN URGENTE POR OFTALMOLOGÍA"

De lo anterior se deducen varias situaciones, a saber:

Primero. Re consulta en cuatro oportunidades en una semana el paciente **JHEIMER JULIÁN SEPÚLVEDA LÓPEZ,** antes de ser escalado su padecimiento y ordenado la remisión a un especialista en oftalmología. Esto de por si, es un indicio claro de la preocupación de paciente por su enfermedad y de la despreocupación por los facultativos, en especial en la tercera consulta cunado los signos y síntomas demostraban un resultado grave.

Segundo.- En la nota de la médica para el día 6 de octubre, lunes, refería ya una condición nueva que ameritaba mayor atención, puesto que el paciente se quejaba en ese momento de cefalea intensa y visión borrosa. Empero, no se enfoca el cuadro clínico de manera integral, sin realiza el examen adecuado, de acuerdo a la semiología clínica en un servicio de urgencias, tal cual se puede apreciar en la nota médica.

Si un paciente refiere un síntoma determinado, sea el que fuere, es menester del profesional de la salud indagar más acerca de ese síntoma. Y, realizar un examen médico juicioso, para basado en ello, llegar a un diagnóstico. Empero, aterrizando en el caso en comento, el paciente refiere visión borrosa, pero no realiza el examen oftalmológico para determinar cual era la génesis de esa visión borrosa.
El artículo 3 del Decreto 412 de 1992 define la urgencia en los siguientes términos:

> *"es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causado por un trauma o por una enfermedad de cualquier origen que genere una demanda e atención médico inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y de muerte"*

resalta entonces de manera categórica que el escenario de atención de urgencias, esta debe ser efectiva, es decir, tendiente a lograr el efecto de resolución de la patología de urgencias que aqueja al paciente.

"Es fácil concluir que, si el paciente es atendido en urgencias, la institución prestadora de salud está en la obligación de proporcionarle atención inicial de urgencias, es decir, estabilizar sus signos vitales, realizarle el diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, bien sea seguir con la atención de urgencias para resolverle la patología que aqueja al paciente de manera inmediata y efectiva o remitirlo de manera inmediata a un nivel de atención o grado y grado de complejidad superior, según lo requiera el caso."TEMA DE PRUEBA EN LA RESPONSABILIDAD MEDICA. Alberto león Duque Osorio. Pg 124.

Con una simple lectura en una carta de Snell, que se tiene en todo consultorio médico (así lo aseveraron en el plenario) podría haber identificado que tan cierto no era esa esa visión borrosa. Aunado al los demás síntomas, tenía que alarmar a la médica tratante que la evolución del obseso no era el adecuado.

La Falla en la Realización del Acto Médico.

El artículo 10 de la Ley de Etica Médica preceptua:

> *"El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicarlos exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente."*

Al analizar la norma en forma exegética, encontramos la preposición ***para***, que indica el fin, término u objeto de una acción.[2]

Lo fundamental para la realización del acto médico asistencial es determinar **el tiempo necesario** que el médico dedicará a su paciente para planear como se emprende el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los protocolos científicos que son el objeto en si de la asistencia médica. Aquel tiempo que se le dedicará al paciente tiene como finalidad de determinar previamente el orden del suceso de asistencia médica.

El primer par de conductas de la realización del acto médico asistencial está precisamente determinado en la norma como un imperativo de acciones indisolubles, consistentes en hacer una evaluación adecuada de la salud del paciente e indicar los exámenes indispensables. Este primer par de conductas son

[2] DUQUE OSORIO, ALBERTO LEON, La valoración Jurídica de la Obligación Medica Ob. Cit. P.110.

actos de carácter conjuntivo y no de carácter disyuntivo, no se puede optar entre una u la otra, en la medida en que el precepto científico así lo determine a través de sus métodos sistémicos La misma ciencia médica va indicando como será la evaluación adecuada del paciente, en el mismo momento de la atención y cuidado.

Una vez agotada la obligación por parte del asistente del paciente, el **hacer una evaluación adecuada de la salud del paciente e indicar los exámenes indispensables**, deviene el cumplimiento del otro para de conductas determinadas por la segunda preposición para, que consiste en diagnosticar y prescribir la terapéutica correspondiente.

Cuando la norma se refiere a la obligación del médico de **precisar el diagnóstico**, no es que se esté refiriendo a que el médico deba garantizar el diagnóstico preciso, sino que al agotar la obligación de **hacer una evaluación adecuada de la salud del paciente** e indicar los exámenes indispensables, le permita al médico acertar un diagnóstico con criterios lógicos.

El cuestionamiento en cuanto al error del diagnóstico por las condiciones inherentes al ejercicio de la medicina, no se centra en el hecho que se haya errado en el diagnóstico como producto de una formula precisa, sino, en que el error de diagnóstico médico se hubiera producido por una negligencia, impericia o una imprudencia o incluso, el desatender las guías y protocolos que SON de obligatorio cumplimiento por el profesional de la salud.

Es evidente que la normatividad ordena que el acto médico asistencial debe prestarse por le profesional de la salud, basado fundamentalmente en los principios metodológico científicos, aun con la existencia de muy precisos protocolos asistenciales de aseguramiento en la prestación de los servicios de salud en el sistema de seguridad social.

Para darle fe a lo dicho en la demanda, acerca de la pobrísima atención por urgencias que recibió el paciente en su tercera consulta, cuando se queja de la CEFALEA INTENSA y la VISION BORROSA, demostrado en las notas de la Historia clínica, correspondiente al abordaje del paciente que acude a consulta con antecedentes claros de celulitis en cara, sin mejoría de ello, y con una visión borrosa, es prístino que el enfoque debía de haber sido integral. Y sospechar que ante un paciente en su tercera consulta en una semana, que no mejora de su cuadro infeccioso en cara y que además se queja de visión borrosa y cefalea intensa, era obligación del galeno sospechar que podía haber una complicación y atender en debida forma al paciente.

De los Momentos del Acto Médico.

a. Interrogatorio para identificar el paciente, el motivo de consulta y la revisión por sistemas para conocer el estado de salud o enfermedad.
b. El examen físico del paciente.
c. La emisión del diagnóstico.
d. La información al paciente, de su manejo o tratamiento
e. El tratamiento o procedimiento a seguir para lograr la recuperación de la salud del paciente, o su conservación.
f. El procedimiento de seguimiento o re habilitante del paciente.

Cada una de estas fases de obligatorio y de exegético cumplimiento. Y, cuando se altera por cualquier causa la posibilidad de cometer una falla en la prestación del servicio es inminente.

En razón a que en nuestro concepto, la falla protuberante en la tercera consulta del día 6 de Octubre del 2014. (lunes) Consulta Prioritaria CLÍNICA SAN MARCEL. Realizada por la médica CAROLINA ISABEL VANEGAS CAMARGO, se deriva precisamente en el interrogatorio y en el examen físico del paciente, paso a referirme de manera sucinta acerca de esos pasos para demostrar con claridad y suficiencia, que no se cumple, tal cual lo ordena la norma, la Ley del Arte Ad Hoc, con lo que obligaba a la médica:

La Entrevista o Interrogatorio Médico. El motivo de Consulta.

Es la parte central de la entrevista que se debe entre el paciente y el médico, ya que recoge la esencia de aquello que llevó al enfermo a buscar ayuda médica.

La Enfermedad Actual. Es el interrogatorio que de manera elaborada y dirigida, realiza el médico al paciente **precisando la determinación del sintoma o signo guia, el momento en que se inició y las relaciones con respecto a otras posibles quejas, síntomas o signos**.[3]

En cuanto a los síntomas se tendrá en cuenta en el registro la forma de presentación y localización del síntoma, su cualidad, intensidad y temporabilidad, factores desencadenandtes o agravantes y factores que lo alivian.

Así las cosas, de manera casi cacofónica, ha insistido este togado en la falla de la médica al atender al paciente, por no hacer de manera clara y precisa y con la secuencia que obliga la semiología, en hacer énfasis en el motivo de queja del paciente, que para el caso en comento, amen de la Infección en su cara,

[3] Ibidem, p. 43

(celulitis y absceso que no ha tenido mejoría) se queja de ¡CEFALEA INTENSA Y VISION BORROSA.!

> *"El motivo de consulta define el síntoma o signo guía que permite reconstruir la historia de la enfermedad actual con facilidad y precisión.*[4]*"*

> *"EL SINTOMA. Es la molestia o afección subjetiva que el paciente siente, y que al comunicarle al médico constituye, en muchas ocasiones el hilo conductor para la solución de su problema. Así por ejemplo, un paciente acude refiriendo cefalea, siendo numerosas las enfermedades que producen cefalea, el médico interroga otros síntomas y obtiene que el enfermo aqueja también de diplopía y vómito en "escopetazo", el síntoma cefalea se ha convertido en el síndrome hipertensión endocraneana y se he reducido en forma importante las posibles enfermedades causales.*[5]*"*

Atado lo anterior, es precisamente el desinterés en la atención médica en no destacar estos dos síntomas tan importantes referidos previamente y los cuales tenían que darles luces claras al galeno en identificar que el proceso infeccioso no solo no evolucionaba de manera adecuada –visto en la historia clínica- aunado en los nuevos signos y síntomas que aquejaba al paciente y demostraban sin lugar a dudas de una complicación inherente a un proceso infeccioso en el ojo.

Hasta la saciedad repetiremos, que no era la obligación del médico tratante diagnosticar con claridad la Endoftalmitis en el ojo afecto del paciente. -A pesar que esto tampoco es que sea una ciencia oculta al conocimiento del médico general- Empero, en lo que si estaba obligado y con precisión, era realizar el interrogatorio del paciente de manera precisa, atendiendo de manera puntual su queja principal, Esto es lo que refiere el paciente en la entrevista y posterior a un enfoque claro y un examen riguroso, tomar la decisión acertada ,que para el caso en comento, era la remisión a un nivel superior.

Posterior a ello, del interrogatorio, debía realizar la médica adscrita a la IPS demandada, la *Exploración Física*. Finalizado el interrogatorio del paciente, en muchas ocasiones el médico posee una idea clara del núcleo principal de su molestia, pero aun así debe realizar una exploración física completa.

La exploración física trata de obtener, mediante la aplicación de los sentidos del explorador, aquellos alteraciones o datos que junto con los aportados en la anamnesis o interrogatorio posibiliten orientar y conocer la enfermedad del paciente. El explorador emplea los cinco sentidos, pero fundamental mente utiliza

[4] Celeno Porto, Celmo, SEMIOLOGIA MEDICA; Editorial McGraw Hill Intermaericana, México, 1.999. Pg 41.
[5] REY-JOLY, C. El Examen Clínico. Ed. Mosby/doyma Libros, S.A. ISBN: 84-8274-181-7. 1996, España., pg 17.

el de la vista en la inspección, el tacto en la percusión y el oído en la valoración de la percusión y la auscultación.

Puede entonces determinarse con profunda convicción, que debía realizar un examen físico mas riguroso en lo que toca con la valoración del sentido de la vista.

Con ponencia del Consejero de Estado, Doctor Ailer Eduardo Hernández Enríquez, la Sección tercera del consejo de Estado, en Sentencia No 14563 del 5 de mayo e 2005, se ratifica el deber de la importancia del diagnóstico en el procedimiento médico:

> *"El diagnóstico por su parte, puede descomponer en dos tipo de actuaciones, distinción que tiene vital importancia al momento de analizar la culpa del profesional."*
>
> *"En una primera etapa o fase previa se realiza la exploración del paciente. Esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo."*
>
> *Aquí entra todo el conjunto de tareas que realizar el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis ,más sofisticados, tales como la palpación, auscultación,tomografía,radiografías,etc."*
>
> *"Aquí el profesional debe agotar en la medida de lo posible,* ***el conjunto de pruebas que lo llevan a un diagnóstico acertado****. Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios."(negrilla fuera de texto)*

Con lo anterior, para establecer cuando se está ante un error de diagnóstico, es necesario estudiar la conducta del profesional en las particulares circunstancias en que formuló su apreciación diagnóstica, realizando un juicio de comparación probatoria con un médico prudente, quien situado en las mismas condiciones en que se hallaba el médico censurado, no habría incurrido en el desatino diagnostico que se le atribuye, debiéndose tener en cuenta principalmente, cuales habrían sido los medios indicados por los protocolos médicos científicos, utilizados para arribar a un diagnóstico acertado.

"El error médico generador de responsabilidad, es el error inexcusable, el cual se se presenta cuando se equivoca el diagnóstico por ausencia de conocimiento (impericia) por ligereza (no haber examinado lo suficiente al paciente) o por no haber tomado los recaudos previos necesarios (estudios, clínicos y ayudas diagnóstica). Se está ante un error inexcusable cuando este resulta ser

objetivamente injustificado para un médico de la categoría en que se encuentra situado el sujeto. La calificación del error, la carga probatoria estará orientada a demostrar que el médico no agotó todas los medios que tenía a su alcance y aconsejaba la Ley del Arte ad Hoc en el momento de realizar el diagnóstico y si el diagnóstico se encontraba fundamentado en los resultados de la totalidad de los estudios y exámenes que el caso requería."[6]

Para apalancar lo dicho, traigo a colación el capítulo 200, URGENCIAS OFTALMOLOGICAS. MEDICINA DE URGENCIAS FUNDAMENTOS Y ENFOQUE PRACTICO. Autor. J J COTA, Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. Pag. 1171.

"EXPLORACION Y SEMIOLOGIA EN OFTALMOLOGIA.

CONOCIMIENTOS BASICOS

Dado que los signos y sínton1as en oftalmología, como en otras especialidades, son muy numerosos, este capítulo se centrará en aquellos que se presentan de forma más frecuente en el servicio de urgencias y que podrían traducirse en un problema oftalmológico grave.

La exploración oftalmológica debe ser consensuada y de manera metódica, para que no se pierda información importante en el cuadro que se evalúe.Una manera fácil y sencilla es seguir un esquema como el siguiente:

- *Anamnesis general (como en el resto de patologías):*

desde cuándo comenzó el síntoma o signo, exacerbaciones con el ritmo horario, los síntomas acompañantes (como inestabilidad, cefalea, algias, descoordinación), modo de producción (sobre todo para los cuerpos extraños y traurnatisn1os).

- *Anamnesis dirigida (intenta obtener la causa de síntoma): importante enfermedades generales con repercusión oftálmica: hipertensión arterial (HT A), diabetes mellitus (DM), hipotiroidismo/hipertiroidismo Alergias a medicamentosas y tratamiento actual, incluidas vitaminas, anticonceptivos, remedios manuales.*

- *Exploración:*
  - *Inspección: hay que ver como entra el paciente en la consulta, si tiene dificultades en la deambulación, si aparece con un ojo tapado, su estado general.*
  - *Exploración oftalmológica propiamente dicha.*

[6] TEMA DE PRUEBA EN LA RESPONSABILIDAD MEDICA. Alberto león Duque. Bibliote Jurídica Dike. 2014. Pg 169.

Agudeza visual

En ocasiones resulta difícil en el servicio de urgencias por falta de medios y por la saturación de pacientes y escaso tiempo de dedicación para algunas patologías. A pesar de las dificultades, en la medición de la agudeza visual del paciente nos puede resultar útil para saber la gravedad del cuadro, sobre todo si se está ante una pérdida brusca y absoluta de la visión repentina e inmediata.

Se puede realizar mediante:

- *Orptotipos reglados a cierta distancia colocados en las consultas (Fig. 200-1).*
- *Contando los dedos de la mano, o bien diferenciando la percepción luminosa de una linterna y su proyección. Siempre se realiza de modo monocular, con buena oclusión del ojo derecho a la exploración para encontrar alteraciones entre el ojo sano y del afecto (subrayado hace parte del texto)"*

El médico general está en la obligación de interrogar de manera completa al paciente acerca de su queja, de los antecedentes y correlacionar esto con un exquisito examen semiológico, que no es nada diferente a utilizar las herramientas que están en cualquier consultorio, como es una carta de Snell o de Ortóptica, de una linterna, de un equipo para ver Fondo de Ojo y por supuesto, de sus conocimientos e inteligencia.

Empero, cuando esto fracasa ya sea por que el método semiológico o de abordaje del paciente es deficiente, seguramente cometerá un error grave en el diagnóstico y por ende el tratamiento y el pronóstico del paciente. Sobre todo, cuando lo que se está atendiendo en urgencias, es la viabilidad o no de un órgano tan delicado como es el órgano de la visión.

Veamos, que dice al respecto la UNIVERSIDAD JAVERIANA, en un artículo PAUTAS PARA EL EXAMEN OFTLAMOLOGICO. ENFOQUE PARA EL ESTUDIANTE Y EL MEDICO GENERAL. Julián David Ríos Zuluaga.

"Resumen:
El examen oftalmológico debe ser una actividad obligatoria para el estudiante de medicina y el médico general. Su realización es de suma importancia en la atención de pacientes con síntomas oculares, quienes requieren una evaluación oftalmológica completa y una descripción clínica adecuada. Este artículo surge ante la necesidad que tienen los estudiantes de medicina y los médicos generales de realizar un adecuado examen oftalmológico en sus prácticas clínicas, con el fin de poder establecer diagnósticos claros y así brindar un tratamiento correcto o solicitar la remisión pertinente a un paciente que requiera el cuidado de un

oftalmólogo. Palabras clave: examen oftalmológico, anatomía ocular, historia clínica oftalmológica, agudeza visual, campimetría, fundos copia directa.

Introducción.

Una adecuada evaluación oftalmológica es una habilidad importante para el estudiante de medicina y el médico general, pues de esta depende llegar a un correcto diagnóstico basado en el análisis de los signos y síntomas identificados en los pacientes, lo que permite brindar el tratamiento indicado para ellos o una apropiada remisión al oftalmólogo Sin embargo, la práctica y los conocimientos de un estudiante de medicina en su carrera son limitados o, en algunos casos, nulos, y esto conlleva a un sentimiento de inseguridad a la hora de abordar estos pacientes. En la mayoría de ocasiones, el médico general o el de urgencias tendrá el primer contacto con pacientes que tengan quejas oculares, y de este dependerá la función visual o, incluso, la vida de un paciente."

El artículo de la UNIVERSIDAD JAVERIANA, el cual dada su importancia se anexa *in extenso*, demuestra con suma claridad, que es obligatorio en principio realizar un adecuado examen semiológico de oftalmología en un paciente con una evidente queja de disminución de la agudeza visual en la consulta de urgencias, mediando una atención **de un medico general,** y refleja en sus conclusiones, la importancia absoluta de ello, so pena de, de perder la oportunidad absoluta de enfocar una patología a tiempo.

Continua en sus conclusiones este escrito;

"Conclusión

La enfermedad ocular es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias y consulta externa, ***donde el médico general es el encargado de realizar una adecuada evaluación oftalmológica para establecer diagnósticos adecuados, tratamientos apropiados o remisiones al oftalmólogo, cuando sea oportuno.*** *El ojo se comporta como ninguna otra estructura del cuerpo, pues es una ventana directa a estructuras vasculares y nerviosas, que permite evaluar enfermedades sistémicas sin procedimientos complejos.* ***Por esto, el examen oftalmológico básico debe ser parte de la enseñanza en las escuelas de medicina y del saber de todos los médicos generales. La falta de equipos especializados no debe constituir un impedimento para la evaluación oftalmológica y atención integral de los pacientes.*** *(negrilla fuera de texto)*

Aterrizando en el caso en concreto, de la lectura de la historia clínica, destaca la orfandad del la médica **CAROLINA ISABEL VANEGAS CAMARG,** tratante el día *6 de Octubre del 2014. (lunes) en la* CLÍNICA SAN MARCEL, en haber atendido mediante

un enfoque integral la queja que refería el señor **JHEIMER JULIÁN SEPÚLVEDA LÓPEZ**, antes Y no, como pretendía exculpar los Galenos testigos por la parte demandada, que la médica no tenía responsabilidad argumentando que ella se enfocó pensó fue en la infección de la cara. Y no en el ojo. Copsa por dmás alsa. Porque si adi fuera, se habría dado cuenta que la infección en la cara no tenía una evolución satisfactoria y ante una tercera consulta, debía esclar ante un especialista que definiera la conducta apropiada, la cual era sin lugar a dusas la hospitalización, esto, sin tener en cuenta la afección en su órgano de la visión. Que si lo hubiera integrado, no quedaba la menos duda de la hospitalización de manera oportuna.

Era responsabilidad de ella y no se puede trasladar la responsabilidad o culpa al paciente. Si la queja era Cefalea Intensa y Visión Borrosa, debía al menos, de acuerdo a ley del arte y predicado en lecturas anteriores, en realizar el examen semiológico oftalmológico adecuado. Examen que debe ser del conocimiento de cualquier médico general. Más en un servicio de urgencias o consulta prioritaria, en donde se debe definir de manera adecuada la conducta a seguir. Pero brilla por su ausencia este examen. No aparece en ningún aparte de la historia clínica, examen de la agudeza visual del paciente. Ni los otros que hacen parte de la sarta de exámenes necesarios para llegar al diagnóstico adecuado. (ver artículo de la Universidad Javeriana)

Evidenciando con ello, la falla protuberante en la obligación que tiene todo médico en atender lo predicado en este artículo.

De lo que se colige, fue desacertada en el enfoque inicial, no atiende la queja del paciente, motivo por demás de consulta. del joven **JHEIMER JULIÁN SEPÚLVEDA LÓPEZ,**

Debía, hecho un diagnóstico adecuado, remitir de manera inmediata al especialista en oftalmología, tal cual solo se realizó el día 9 de octubre, en la cuarta consulta, resaltando sin que mediara obstáculo alguno para ello, permitiendo el acceso a esta especialidad un par de horas posterior a la remisión. Es decir, el médico general si podía escalonar ante una sospecha de complicación ante un especialista. Así que no hay disculpa en ello, perdiéndose con esta conducta errática, no solo horas, sino, días valiosos para iniciar un tratamiento de urgencias con miras a detener la infección intraocular que padecía en su momento el paciente **JHEIMER JULIÁN SEPÚLVEDA LÓPEZ,** y que precipitó las consecuencias, el tratamiento doloroso por demás y las secuelas que aun padece.

En Sentencia del 17 de noviembre de 2011, magistrado ponente William Namén Vargas, refiere en uno de sus apartes:

"…. Al profesional de la salud, es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte, sobre él gravitan prestaciones concretas, sin llegar a extremo rigor, considerada la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas. En este contexto, por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la lex artis, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8º decreto 2280 de 1981), naturalmente "el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza", incluso éticos componentes de su lex artis(cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio.

Justamente, la civil médica, es una especie de la responsabilidad profesional sujeta a las reglas del ejercicio de la profesión de la medicina, y cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los restantes elementos de la responsabilidad civil, hay lugar a su reparación a cargo del autor o, in solidumsi fueren varios los autores, pues "el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico – patológicas" (cas. civ. sentencia de 13 de septiembre de 2002, exp. 6199).(subrayado fuera de texto)

Y teniendo claro que estamos ante la jurisdicción Civil, en un juicio por responsabilidad Médica, me parece importante traer a colación una sentencia del Consejo de Estado, que para nada contradice lo expresado en la sentencia anterior ya contrario sensu, la refrenda. Veamos:

Sentencia. Del Consejo de Estado. Sala de lo Contenciosos Administrativo Sección 3°. Exp. 11878 16 de febrero del 2000. M.Ponente. Alier Eduardo Hernandez Enriquez.

> *(…)*
> *Por otra parte, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar, en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática. Al respecto, el profesor Ataz López previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar. Así las cosas, lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, lo que obliga, en no pocos eventos, a distinguir entre la responsabilidad de los médicos y la de las instituciones prestadoras del servicio de salud, dada la carencia o insuficiencia de elementos para atender debidamente al paciente. Al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo. El error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.*

En otro de sus aportes dice esta sentencia:

> *(…) En efecto, está demostrado que esta institución no utilizó debidamente todos los medios que estaban a su alcance para esclarecer el diagnóstico de Javier Durán Gómez, lo que, a su vez, impidió realizar oportunamente el tratamiento indicado, hecho que ocasionó la muerte del joven estudiante. Si bien está probado que Javier Durán acudió al servicio médico de la Universidad Industrial de Santander dos días después del inicio del dolor, es claro, de acuerdo con lo expresado por los peritos en el informe citado, que en el momento en que fue evaluado por primera vez en la universidad, pudo haberse hecho un diagnóstico acertado y, por lo tanto, ordenarse oportunamente el tratamiento quirúrgico*. (subrayado fuera de texto)

A continuación, en la misma sentencia se expone lo que al respecto dice el doctor ROBERTO VASQUEZ FERREYRA, de su libro Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la medicina.

"El diagnóstico por su parte, puede descomponerse en dos tipos de actuaciones, distinción que tiene vital importancia al momento de analizar la culpa del profesional.

en una primera etapa o fase, se realiza la exploración del paciente, esto es el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entra todo el conjunto de tareas que realizan un profesional y que comienza con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como la palpación, auscultación, tomografía, radiografías, etcétera. aquí el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleve a un diagnóstico acertado. Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales es lo que en mas de una oportunidad ha llevado a la condena de perjuicios.

(...)

...en la primera etapa, esto es la revisación (sic) y examen del paciente, aquí si la menor falta puede constituir culpa, pues el profesional debe agotar los medios a su alcance como paso previo a decidir el tratamiento adecuado. Y aquí no hay mayor margen de equivocación, pues es precisamente ante la duda, el profesional debe agotar las prácticas y exámenes complementarios para alejarse al menos en lo posible de un resultado erróneo.

En esta etapa no es atendible como excusa el costo del análisis o estudio que deba practicarse al paciente para omitirlo. Al menos en tal caso se debe de informar detalladamente al paciente sobre la conveniencia y necesidad de realizar dicha practica."(subrayado fuera de texto)

Corolario de lo anterior, nos debemos preguntar:

¿La médica **CAROLINA ISABEL VANEGAS CAMARGO**, el día *6 de Octubre del 2014. (lunes) en la tercera consultaen una semana, en las instalaciones de* ***la*** **CLÍNICA SAN MARCEL**, atendió de manera integral y realizó todos los procedimientos médicos diagnósticos que imperan en la Ley del Arte Ad Hoc, Guias y Libros de Medicina y que los métodos semilógicos estaban a su alcance y conocimiento para realizar un diagnóstico adecuado?

Si. Entonces NO le asiste responsabilidad alguna.

No. Entonces, SI tiene responsabilidad por la mora en la remisión a una atención especializada y debe responder la IPS *in solidium* con la EPS a la cual estaba afiliado el paciente.

CARGO SEGUNDO.-

Al analizar los presupuestos de la responsabilidad, en el caso que nos ocupa, contrario a lo indicado en la sentencia por el *A quo,* se advierte la acreditación de todos los elementos dela responsabilidad tales como El Daño, la Culpa y el Nexo causal, derivado este último, del comportamiento médico de la entidad prestadora del servicio en la realización de un examen diagnóstico juicioso tal cual se reveló en el acápite anterior,

Del material probatorio que examinó el Despacho se advierte la culpa en cualquiera de sus modalidades en la atención dispensada en la época a que se refieren los hechos de la demanda. Al efecto, se advierte en la sentencia una indebida valoración de las pruebas que reposan en el expediente y que fueron recaudadas en debida forma, esto es, las anotaciones hechas en la historia clínica de la paciente y la declaración rendida por el Médico Especialista en urgenciología CARLOS ALBERTO DUQUE.

De acuerdo a lo precipitado en la Demanda y afianzado en mis alegatos el motivo de censura es en la falla protuberante en la tención de urgencias por parte de la médica general en la atención que realizó el día 6 de No, en el diagnóstico errático o en la capacidad o no de diagnosticar una patología tan compleja como pudiera ser una Endolftalmitis.

La queja redunda en que si se hubiera examinado con juicio en el servicio o de urgencias y se hubiera realizado un diagnóstico oportuna y adecuado de una de la causales de la visión borrosa, concomitante con una cefalea Intensa y una Infección severa en la cara, resistente al tratamiento, la conducta no podía ser otra, que la remisión inmediata a una especialidad que pudiera mediante sus conocimientos y los medios diagnósticos apropiados, llegar a un diagnóstico certero e iniciar el tratamiento adecuado insisto, de manera OPORTUNA

De las declaraciones rendidas por el médico perito, ESPECIALISTA EN URGENCIOLOGIA. CARLOS ALBERTO DUQUE, se extrae:

> ***PREGUNTA: El día 06 de octubre del año 2014 siendo la tercera consulta del señor JHEIMER JULIAN SEPULVEDA LOPEZ al servicio de consulta externa en urgencias de la Clínica San Marcel, siendo atendido por la Dra Nancy Janeth Nieto Espinosa De acuerdo a la copia de la historia clínica en su poder, estuvo nuevamente bien enfocado el cuadro clínico de acuerdo al interrogatorio del paciente y al examen físico?***
>
> *RESPUESTA; Para este entonces, el paciente ya llevaba 5 días con el cuadro clínico, aduciendo un nuevo síntoma de visión borrosa unilateral.*

Evidentemente no hay un adecuado examen físico dirigido a la parte oftalmológica

No hay registro de examen de agudeza visual, no descripción de reflejo pupilar, no descripción de motilidad de la musculatura extrínseca del ojo, no describe como esta el estado del segmento anterior del ojo (conjuntiva, cornea, parpados) no describe tonometría comparativa, hace fondo de ojo sin dilatar la pupila.

En este caso existió un signo de alarma en un paciente con infección de tejidos blandos de la cara como lo es la visión borrosa, hecho que hay que caracterizar muy bien, debido a que puede ser es un signo de diseminación local de la infección a estructuras oculares.

***PREGUNTA:* ¿Cómo considera la conducta terapéutica instaurada por la profesional en medicina en donde "SE SUGIERE USO DE CLINDAMICINA IM (INTRAMUSCULAR) POR 5 DIAS 3600 MG, ADEMAS NAPROXENO CADA 8 HORAS, ACETAMINOFEN CADA 8 HORAS, CROMOGLICATO CADA 8 HORAS UNA GOTA EN CADA OJO POR VISION BORROSA?**

RESPUESTA; Teniendo en cuenta los síntomas que presentaba, considero no fue una buena conducta terapéutica, por varios motivos:

1. *Era un paciente que ya venia con mala respuesta a los antibióticos iniciales.*
2. *Era reconsultante.*
3. *Para este momento se omitió un síntoma muy importante que era visión borrosa por uno de sus ojo, síntoma muy sugestivo de complicación local de la infección facial.*
4. *Hasta este punto ya había una clara evidencia de falla terapéutica antibiótica y con deterioro clínico aun mayor de este paciente.*
5. *Existía la indicación clara de hospitalizar al paciente para ampliar estudios e interconsultar con especialidades médicas en vez de optar por un nuevo manejo antibiótico ambulatorio tipo clindamicina intramuscular que además no queda clara la dosificación en la historia clínica entregada para este análisis.*
6. *La indicación de cromoglicato de sodio no tiene ninguna indicación fundamentada para visión borrosa, ya que este es una medicación con efectos antialérgicos*
7. *Mala prescripción de la analgesia, no hay sustento para dar acetaminofén más naproxeno y que esta combinación potencie el efecto analgésico.*

PREGUNTA: defina la importancia de un adecuado examen oftalmológico por medico no oftalmólogo.

RESPUESTA: Existen muchos elementos del examen físico que se pueden evaluar del órgano de la visión y que lo debe saber hacer un médico que se desenvuelve en el servicio de urgencia o consulta externa.

1. *El signo vital en oftalmología es la agudeza visual, de cada ojo por separado y de los dos ojos en conjunto por medio de los optotipos de Snellen (CARTEL con letras o dibujos de diferentes tamaños que sirven para definir según una distancia establecida la agudeza visual de cada ojo por separado) ejercicio que no requiere de oftalmólogo u optómetra, lo puede hacer el médico.*
2. *La valoración del tamaño de las pupilas, mirar si hay asimetría, valorar reflejos, datan de la integridad de la vía óptica (nervio óptico) y de arcos reflejos cerebrales.*
3. *Motricidad de músculos extraoculares (músculos que permiten mover el ojo en todas las direcciones) cuando hay compromiso de la motilidad ocular, puede haber causas locales como abscesos orbitarios que ocupan espacio y no deja que el ojo se movilice libremente por ejemplo o hay daño de estructuras nerviosas internas que inervan estos músculos directamente.*
4. *Valorar la conjuntiva, definir si hay congestión vascular que pueda orientar hacia patología de planos superficiales o planos profundos del ojo; valorar la córnea y definir si hay inflamación, ulceraciones o perforaciones con tinciones básicas (fluoresceína) y valorar el ojo con luz azul de cobalto que esta incluida en los elementos de un oftalmoscopio (dispositivo que se utiliza para examen de estructuras internas del ojo) que está ampliamente disponible en los servicios de urgencias.*
5. *Dilatar la pupila para un adecuado fondo de ojo. (uso de medicación con propiedades de abrir la pupila para poder acceder por medio de oftalmoscopio a estructuras internas del ojo (retina, nervio óptico, vasos retinales, macula)*
6. *Tonometría ocular comparativa que puede sugerir aumento de la presión intraocular en alguno de los globos oculares*

Son muchos los elementos del examen oftalmológico que puede hacer un médico no oftalmólogo para hacerse un panorama general de lo que le puede estar pasando al paciente y en éste caso que nos trae aquí, poder identificar signos de alarma que indiquen que se puede estar comprometiendo el órgano de la visión y adoptar medidas urgentes mientras consigue la interconsulta de un especialista en oftalmología para que termine de orientar el cuadro clínico.

Finalmente concluye le citado galeno:

"El pronóstico de cualquier infección esta estrechamente ligada con el tiempo que nos demoremos en sospecharla e iniciar las mejores intervenciones posibles para

que estas no progresen o se compliquen, o terminen comprometiendo estructuras anatómicas como lo fue el caso de este paciente."

No puede descalificar entonces al Perito en sus conclusiones, la señora Juez en su sentencia, precisamente porque el tema de discusión es la **falla en la atención de urgencias** y no en el tratamiento instaurado por el oftalmólogo cuando inicia su tratamiento el día 9 de febrero. Sobre esto último no hay discusión alguna. Por lo tanto, es el profesional idóneo para satisfacer las dudas que al respecto se puedan presentar.

Respecto de la valoración del dictamen pericial, en asuntos de responsabilidad médica, el H. Consejo de Estado ha señalado al respecto:

" Y es que no se puede olvidar que el perito es un auxiliar de la justicia con conocimientos técnicos en los que se apoya el Juez para realizar el proceso intelectivo de los hechos que le permitan llegar a la convicción y no propiamente una regla a la que deba sujetarse y de la cual no se pueda apartar violando de contera el principio de la sana crítica orientador de la autonomía judicial."

"El juez debe analizar el dictamen de los peritos, y si lo convence, puede tenerlo en cuenta para edificar sobre él, en todo o en parte, la decisión que tome; así mismo debe examinar los fundamentos y las conclusiones, y si les halla mérito lo tiene como base para fallar; caso contrario debe desecharlo.[7]

Dicho lo anterior, la prueba pericial fue acertada y categórica en confirmar la razón de la falla médica y que consecuencias pudo tener este error inexcusable.

A modo de conclusión quiero traer a colación una sentencia de la Corte Suprema de Justicia Sentencia SC 9193-2917 M.P. ARIEL SALAZAR RAMIREZ. Rad. 11001.31.03.039.2011.00108.1, en donde destaco unos apartes, que precisamente tocan de manera contundente, a la exigencia de una atención con calidad de los agentes en la Seguridad Social en Salud, sean estos IPSS, EPSs o profesionales de la salud,

"Es cierto que la atención de calidad es una obligación que las entidades y agentes del sistema general de seguridad social en salud tienen que cumplir de manera progresiva. No obstante, la gradualidad no es una mera "idea regulativa" o un "principio general no susceptible de aplicación inmediata",

[7] MANUAL DE DERECHO PROBATORIO del doctor Jairo Parra Quijano, Decima Quinta edición año 2006, LIBRERÍA EDICIÓN DEL PROFESIONAL LTDA pág.649

Los parámetros explícitos y concretos de pertinencia clínica se encuentran en las guías de atención del Ministerio de Salud y las distintas entidades territoriales; ***siendo su acatamiento una obligación legal y no una simple facultad de los agentes prestadores del servicio de salud, quienes tienen que ceñirse a ellas con el fin de brindar un servicio de verdadera calidad conforme a las condiciones personales del usuario, la cultura de seguridad del paciente, la práctica de la medicina basada en la evidencia científica y la atención integral, segura, oportuna y humanizada, tal como lo ordena el artículo 3º de la ley 1438 de 2011.*** *(Negrilla fuera de texto).*

La inobservancia de los criterios establecidos por el conocimiento científico afianzado u objetivo constituye un indicio de la culpa directa de la organización o de sus agentes particulares cuando tales violaciones están descritas por la evidencia médica como factores de riesgo desencadenantes de los daños sufridos por el usuario. Por su parte, la violación de los reglamentos administrativos expedidos por las entidades que conforman el sistema de salud, lleva implícita la culpa cuando entre la infracción y el resultado adverso se logra establecer un juicio de atribución jurídica por violación de los deberes objetivos de cuidado o prudencia en cada contexto específico. (Resaltado fuera de texto)

*En ese orden, no es posible seguir concibiendo "la obligación de medios" del promotor o prestador del servicio de salud desde una óptica presistémica caracterizada por la relación personal entre el paciente y su médico de confianza, propia de la medicina anterior a la década del 90 de la pasada centuria, en la que se exigía al médico hacer "todo lo que estuviera a su alcance" según una lex artis difusa, insuficiente, poco objetiva e influida por una «cultura de la solidaridad innoble, del ocultismo, de los silencios cómplices, del mal entendido "compañerismo", del "**hoy por ti y mañana por mí**".[8](negrilla fuera de texto)*

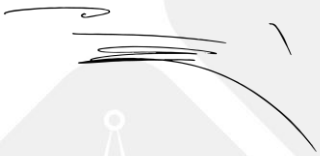
De esta manera considero Honorables Magistrados que se encuentran debidamente probados todos los elementos de la responsabilidad civil, en este caso, el daño, La Culpa y el Nexo Causal, habida cuenta que se demostró con suficiencia por parte nuestra con las pruebas arrimadas al plenario, esto es, la Historia Clínica, los testimonios de los afectados yen especial, la Prueba pericial, demostrando con ello que en el procedimiento médico ofertado y practicado en la IPS Encartada y de cuya responsabilidad según la Ly 100 de 1993, recae finalmente en la EPS, NO se cumplieron todos los protocolos médicos y ante la emergencia que se presentó el paciente NO se le prestó con la debida DILIGENCIA Y CUIDADO la atención que requería para procurar el tratamiento adecuado y OPORTUNO.

[8] Gustavo LÓPEZ-MUÑOZ Y LARRAZ. El error sanitario. Madrid, 2003. p. 213.

PETICIÓN:

De esta manera, dejo sustentado el recurso de apelación que en su tiempo interpuse contra la sentencia de primera instancia, con base en los reparos que a la misma hice en la oportunidad procesal correspondiente según lo indica el artículo 322 del C. General del Proceso

Así las cosas, le ruego a los Honorables magistrados tengan en cuanta estos breves argumentos de oposición a la sentencia de primera instancia y en consideración a ello, se revoque y se proceda a conceder *el petitum* en la Demanda, incluido los daños Patrimoniales y Extra patrimoniales y se condene en Costas.



SERGIO ALBERTO BRAND RUIZ
C. C. No. 10.262.665 de Manizales
T. P. No. 156.441 C. S.J.

Anexo: Artículo de la universidad javeriana: PAUTAS PARA EL EXAMEN OFTLAMOLOGICO. ENFOQUE PARA EL ESTUDIANTE Y EL MEDICO GENERAL. Julián David Ríos Zuluaga.