

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



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ  
SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL**

Magistrada Ponente: **AÍDA VICTORIA LOZANO RICO**

Bogotá D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil veinticinco (2025).

Discutido en las Salas de Decisión celebradas el 31 de marzo, 7, 21 y 28 de abril de 2025, aprobado en esta última.

**Ref.** Proceso verbal de **GABRIEL MUÑOZ MOLINA** y otros contra la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.** y otros. **Rad.** 11001-31-03-047-2021-00679-01.

### **I. ASUNTO A RESOLVER**

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra el fallo proferido el 17 de junio de 2024, por el Juzgado Cuarenta y Siete Civil del Circuito de Bogotá, en el juicio verbal promovido por Gabriel Muñoz Molina, Mireya Molina Serrato, José Ricardo Muñoz Bernal, Juan David y Simón Andrés Muñoz Rodríguez, Diego Alejandro y Juan Camilo Muñoz Molina, Diana Carolina Bolaños Flechas, obrando en nombre propio y en representación de su hijo menor de edad E.M.B.<sup>1</sup>, contra la Clínica Colsanitas S.A. Sede Clínica Infantil Santa María del Lago, Clínica Colsanitas S.A. Sede Clínica Universitaria Colombia y E.P.S. Sanitas S.A.S..

### **II. ANTECEDENTES**

#### **1. Pretensiones.**

La parte demandante solicitó que se declare a las encausadas civilmente responsables de la ceguera irreversible sufrida por Gabriel Muñoz Molina, debido al diagnóstico tardío e inadecuada atención médico quirúrgica de

---

<sup>1</sup> En aplicación de lo dispuesto en el artículo 47 del Código de la Infancia y Adolescencia, armonizado con el canon 7 de la Ley 1581 de 2012, se omite el nombre del menor de edad.

la hipertensión intracraneal idopática que padeció. En consecuencia, se les condene a indemnizar los perjuicios irrogados, debidamente indexados, en las siguientes cuantías<sup>2</sup>:

Beneficiario	Parentesco	Concepto	Valor
Gabriel Muñoz Molina	Víctima directa	Daño emergente	\$4.500.000
		Lucro cesante	\$159.538.077
		Daño moral	\$90.852.600
		Daño a la salud	\$90.852.600
Diana Carolina Bolaños Flechas	Compañera permanente	Daño moral	\$90.852.600
EMB	Hijo	Daño moral	\$90.852.600
Juan David Muñoz Rodríguez	Hijo	Daño moral	\$90.852.600
Simón Andrés Muñoz Rodríguez	Hijo	Daño moral	\$90.852.600
Mireya Molina Serrato	Madre	Daño moral	\$90.852.600
José Ricardo Muñoz Bernal	Padre	Daño moral	\$90.852.600
Diego Alejandro Muñoz Molina	Hermano	Daño moral	\$45.426.300
Juan Camilo Muñoz Molina	Hermano	Daño moral	\$45.426.300
Total			\$981.711.477

## 2. Sustento Fáctico.

A inicios del mes de marzo de 2019, Gabriel Muñoz Molina empezó a sentir fuertes dolores localizados en la parte trasera de la cabeza y la nuca, acompañados de hormigueo en las manos, parálisis facial y de la parte derecha del cuerpo. Por ello, acudió al servicio de urgencias de la Clínica San Rafael, donde le diagnosticaron meningitis viral.

Debido a malestares agudos con episodios convulsivos, rigidez en la nuca,

<sup>2</sup> Folios 2 a 9, Archivo "001Demanda.pdf" del "01CuadernoPrincipal" en la carpeta "01PrimeraInstancia".

hormigqueo, pitos en los oídos y parálisis de medio cuerpo, a mediados de junio del mismo año, ingresó por urgencias a la IPS primaria Famisanar, sede Quiroga, donde permaneció aislado por 8 días; posteriormente, fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos de Eusalud y, por decisión de la neurocirujana que lo atendió, se le practicó punción lumbar para estudiar el nivel del líquido cefalorraquídeo, procedimiento con el cual sintió una mejoría instantánea que comunicó a su tratante. Al medir la presión de la muestra, la encuentran demasiado alta y fuera de los límites normales. Luego de otro examen idéntico y un TAC de cráneo, le confirman el diagnóstico de *hipertensión endocraneana ideopática*, por lo que le formulan los fármacos –acetazolamida, ácido valproico y tramadol– para esa enfermedad.

Además, el intensivista le informa que deben implantarle una válvula ventriculoperitoneal *“lo más pronto posible ya que uno de los riesgos era un derrame cerebral a causa de la alta presión en el cerebro por el exceso de líquido”* y días después es dado de alta. En esa época, pasó de Famisanar a Sanitas EPS y el 26 de julio siguiente, inició controles por neurocirugía y neurología con el Instituto Latinoamericano de Neurología y Sistema Nervioso – ILANS.

Luego de varias consultas, sus médicos tratantes solicitaron valoración por junta de neurocirugía prioritaria que se llevó a cabo el 17 de octubre posterior. Allí, los especialistas Javier Patiño y Andrés González indicaron que debía acudir al servicio de urgencias *“para tratamiento definitivo”*, informándole que *“su caso es delicado y deben hacerle derivación cuanto antes”*. Sin embargo, como esa institución no contaba con convenio para intervenirlo, era necesario asistir nuevamente a una IPS de Sanitas EPS que lo redirecciona a la Clínica Santa María del Lago.

El día 22 del mismo mes y año ingresa a urgencias de la Clínica Colombia de donde lo remiten a Santa María del Lago. Le es practicada una campimetría oftalmológica y, el 23 ulterior, le programan punción lumbar, valoración por neurología y psicología *“con el fin de descartar posibilidad de una ganancia secundaria”*.

El 19 de noviembre regresa al servicio de urgencias con intenso dolor de cabeza y mareo; en la misma fecha le dan de alta y ordenan control ambulatorio. La derivación de ventrículo peritoneal se programó para el 5 de diciembre, nuevamente agendada por la IPS para el 10 del mismo mes y año, cuando le fue practicada sin mayores exámenes prequirúrgicos. El 11 de diciembre de 2019 le dan salida, pero el paciente se niega a abandonar la institución por sentir excesivo dolor de cabeza y abdomen, aunque el médico y neurocirujano de turno Daniel Moreno le explica que se trata de molestias propias del procedimiento, no accede a irse y otra profesional autoriza que se quede esa noche.

Como al día siguiente persistía su molestia, pues no podía defecar, comer ni permanecer de pie por más de 4 segundos, fue dado de alta. Al llegar a su casa, presentó vómito súbito y fiebre durante toda la noche, por lo que su familia decide llevarlo nuevamente al centro médico el 15 de diciembre. Una vez hospitalizado le pasan una sonda por la nariz, a través de la cual empieza a expulsar materia fecal y se mantenía febril, ante el asombro de los médicos.

El 19 posterior, el galeno Daniel Moreno practica una nueva punción lumbar, hallando el líquido cefaloraquídeo turbio, por lo que inician manejo con antibiótico y le informan que, si el 22 de diciembre continúa con fiebre, deben retirar la válvula. Sin embargo, el 30 postrero seguía con el implante en su cuerpo y fue trasladado a hospitalización en casa, sin haber cedido los picos febriles. En esa condición permaneció hasta el 3 de enero de 2020, cuando el facultativo advirtió problemas con la canalización del brazo, porque *“tenía todas las arterias completamente tapadas”*; además, revisó la zona por donde pasaba la válvula y la encontró rojiza e inflamada, todo lo cual lo llevó a ordenar su internación en la Clínica para colocar un catéter central y verificar el estado del implante.

Tras su instalación, el neurocirujano conceptúa que *“la válvula debe ser definitivamente retirada y cuanto antes ya que al parecer ‘presenta infección y el riesgo es que la bacteria suba hasta el cerebro’*”. El 4 de enero

se adelanta el procedimiento y el paciente es dejado en observación hasta el 10 del mismo mes y año, sin explicarle la causa de la contaminación. En la última calenda fue dejado en hospitalización domiciliaria, quedando pendiente un nuevo estudio del líquido cefaloraquídeo para corroborar que cediera la dolencia y evaluar una nueva implantación de la válvula.

Como los intensos dolores de cabeza continuaron y la Clínica no programó la punción pendiente, el 29 de febrero de 2020 volvió al servicio de urgencias, siendo diagnosticado con cefalea y dado de alta en la misma fecha. El 2 de marzo regresó con iguales síntomas, por lo que es dejado en observación hasta el día siguiente, en su historia clínica se hizo constar sospecha de *“una ganancia secundaria”*, por las manifestaciones emocionales y la solicitud de certificación laboral con diagnóstico de discapacidad del paciente.

Días después, durante la pandemia por el virus Covid-19, se presenta a urgencias y es atendido por el médico Daniel Moreno quien *“con una actitud de rechazo total (...) le dice: ¡Qué hubo Gabriel! ¿Otra vez aquí? ¿Y ahora qué le dio?”*. El 12 de marzo, en junta científica, el mencionado profesional y Martha Hernández decidieron que el caso ya no ameritaba tratamiento por esa especialidad y debía pasar a neurología y psicología. Aunque la medicación no varió, su diagnóstico si fue cambiado a *“cefalea debida a tensión”*. Pese a que solicitaron explicaciones al respecto no les fue entregada.

En consulta por neurología del 23 de abril de 2020 en la Clínica Colombia, fue remitido a urgencias por alteración neurológica con salida el 26 de abril, aunque solicitó incapacidad laboral, se le negó. Al presentarse a su lugar de trabajo fue rechazado *“por su condición de convulsiones, alteración visual, problemas de marcha, de concentración, etc.”*; además le exigían una constancia de salud ocupacional sobre su aptitud para retomar las actividades, la cual nunca obtuvo.

Debido a que el 4 de agosto de 2020, radicó una queja ante la EPS Sanitas, se le asignó cita en la Clínica Colombia para el 28 siguiente y de

manera diligente se le informó de la gravedad de su enfermedad, ordenando la práctica de campos visuales prioritarios y se ajustó la medicación. Sin embargo, el 19 de septiembre tuvo una nueva recaída, por lo que se trasladó a urgencias de la Clínica Colombia con convulsiones frecuentes y visión completamente borrosa; una vez valorado, se determinó que era necesario operar inmediatamente, en la misma fecha le fue instalada la válvula con derivación al corazón, pero la pérdida de visión de su ojo derecho fue del 100% y del 80% en el izquierdo.

Desde esa calenda recibió controles por el oftalmólogo Álvaro Mejía de la Clínica Colombia, quien ha hecho seguimiento a su cuadro de hipertensión endocraneana. El 3 de marzo de 2021, le fue entregado el dictamen de pérdida de capacidad laboral con un porcentaje del 79%.

En la actualidad se encuentra en tratamiento médico permanente por la pérdida de su visión, los constantes dolores de cabeza y padecimientos de salud, asociados al diagnóstico tardío e inadecuada atención médico quirúrgica que recibió en la Clínica Infantil Santa María del Lago e, inicialmente, en la Clínica Universitaria Colombia, ambas de Colsanitas y de la EPS Sanitas<sup>3</sup>.

El afectado estuvo vinculado a la Fragata Norte, mediante contrato de trabajo a término indefinido, entre el 1 de febrero de 2019 y el 31 de mayo de 2021; desempeñaba el cargo de jefe de servicio y percibía un salario base de \$1.008.000 más propinas, recargos nocturnos y dominicales que, en promedio, incrementaban su ingreso a \$3.000.000<sup>4</sup>. Para la época de los hechos, vivía con su compañera Diana Carolina Bolaños Flechas y su hijo E.M.B., asistía moral y económicamente a sus padres Mireya Molina Serrato y José Ricardo Muñoz Bernal, hermanos Diego Alejandro y Juan Camilo Muñoz Molina, así como a sus descendientes Juan David y Simón Andrés Muñoz Rodríguez<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Folios 9 a 31, Archivo "001Demanda.pdf" del "01CuadernoPrincipal" en la carpeta "01PrimeraInstancia".

<sup>4</sup> Folio 4, Archivo "005Subsanación20211209.pdf" del "01CuadernoPrincipal" en la carpeta "01PrimeraInstancia".

<sup>5</sup> Ídem.

### 3. Contestaciones.

3.1. E.P.S. Sanitas S.A.S. se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones que denominó: i) *“inexistencia de los presupuestos de la configuración de los presupuestos de responsabilidad”, por “inexistencia de una actuación culposa y/o negligente – modalidades de culpa”, “inexistencia de daño antijurídico imputable a E.P.S. Sanitas S.A.S.”, “inexistencia de relación causa efecto entre las atenciones realizadas por la IPS demandada y resultado de la enfermedad”; ii) “el debido cumplimiento de las obligaciones legales de la entidad promotora de salud- EPS Sanitas S.A.S. – Ley 100 de 1993”; iii) “improcedencia de responsabilidad por parte de Sanitas EPS, por cuanto sus obligaciones son de asegurador, distinta a la responsabilidad de la IPS, que es de prestador efectivo del servicio”; iv) “estimaciones desmesuradas e injustificadas de las pretensiones-enriquecimiento sin justa causa”; y, v) “excepción genérica”<sup>6</sup>.*

Alegó que no existió un diagnóstico tardío o una mala práctica médica y los perjuicios reclamados se derivan de actos en los que no intervino; cumplió a cabalidad con las funciones establecidas en la normatividad que regula el aseguramiento, específicamente, en lo relativo al acceso a los servicios de salud; la parte actora no demostró el sustento de sus pretensiones; la tasación de perjuicios es excesiva, más aun teniendo en cuenta que *“ni siquiera han probado... que existe un nexo causal entre el daño y la actuación”*; tampoco hubo solidaridad entre dicho ente y los médicos tratantes o I.P.S.

3.2. Gustavo Armando Ruíz Mora se opuso al *petitum* y formuló las defensas *“inexistencia de culpa médica y correcto ejercicio de la lex artis ad hoc”, “cumplimiento de las obligaciones definidas y contratadas por la paciente y el doctor Ruíz”, “inexistencia de nexo causal”, “seguimiento continuo de la evolución de la paciente y recomendaciones adicionales de consulta”, “inexistencia de la obligación de indemnizar y estimación*

---

<sup>6</sup> Folios 19 a 26, Archivo *“010ContestaciónDemanda.pdf”* del *“01CuadernoPrincipal”* en la carpeta *“01PrimeraInstancia”*.

*excesiva de perjuicios”, “ausencia de imputación” y “genérica o innominada”.*

Como sustento, manifestó que cumplió las obligaciones que los artículos 177 y 178 de la Ley 100 de 1993 le impone, pues garantizó a su afiliado el acceso a los servicios de salud que requirió para el tratamiento de su patología, al paso que no intervino en la prestación directa de la atención, atribuible a la Clínica Colsanitas, persona jurídica diferente a esa compañía, cuya actuación es autónoma e independiente. Con todo, estimó que, respecto de la IPS, tampoco se acredita la culpa, el daño antijurídico ni el nexo causal que configuren los supuestos de la pretendida responsabilidad.

Alegó desconocer el tratamiento que el paciente recibió en la EPS que le antecedió, suspendido voluntariamente por él y que padecía una enfermedad “*poco entendida*” –hipertensión endocraneana idiopática- por lo que su condición no era previsible ni prevenible. Se le brindó el manejo farmacológico adecuado y pertinente; además, se le hizo seguimiento, mediante punciones lumbares periódicas para liberar la presión del líquido cefalorraquídeo; ante la persistencia de los síntomas, se realizó derivación ventricular, inicialmente retirada por complicaciones infecciosas súbitas y, finalmente, implantada en un segundo procedimiento, con funcionalidad hasta la fecha. En cada valoración se evaluó el fondo de ojo sin hallar papiledema –primer signo de hipertensión intracraneal-, por lo que se ordenó seguimiento con campimetría visual y valoraciones ambulatorias por oftalmología, algunas de las cuales no fueron gestionadas por el afiliado. Coligió que “*la pérdida de la función visual es inherente a la evolución natural de la enfermedad*”.

Agregó que sus deberes son distintos a los de las IPS y no hay lugar a declarar la solidaridad deprecada por los gestores, pues ésta no deviene del simple hecho de la afiliación del usuario a esa EPS, sino de la conducta culposa o dolosa que a ella se le pueda endilgar (art. 2344 C.C.).

Calificó como “*incalculable e inconmesurable*” la condena pecuniaria

reclamada por la parte actora que, en su sentir, busca enriquecerse sin justa causa menoscabando su patrimonio.

Para finalizar, pidió declarar cualquier hecho exculpatorio que resulte probado en la foliatura, objetó el juramento estimatorio y llamó en garantía a la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, en virtud de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales contratada por esa organización<sup>7</sup>.

3.3. La Clínica Colsanitas S.A. repelió el *petitum* a través de las defensas de i) “*inexistencia de responsabilidad por falla presunta – régimen de falla probada*”; ii) “*inexistencia de los presupuestos de la configuración de los presupuestos de responsabilidad*”, por “*inexistencia de una actuación culposa y/o negligente –modalidades de culpa*”, “*inexistencia de daño antijurídico imputable a Clínica Colsanitas S.A.*” e “*inexistencia de relación causa efecto entre las atenciones realizadas por el prestador y la pérdida de la visión del señor Gabriel Muñoz*”; iii) “*estimaciones desmesuradas e injustificadas de las pretensiones – enriquecimiento sin justa causa*” y, iv) “*excepción genérica*”.

Para soportar su postura, sostuvo que, al tenor de la jurisprudencia, corresponde a sus contendores demostrar el daño sufrido y el nexo causal de la conducta imputable a cada uno de los convocados, de modo que estos elementos no pueden presumirse ni tenerse por demostrados con las afirmaciones plasmadas en la demanda, debiendo considerar aquellos eventos inherentes a la condición de los pacientes, que impiden al personal médico evitar consecuencias desfavorables para la salud o la vida de estos, aunque obren con rigurosa prudencia. De ahí que la responsabilidad de los profesionales es subjetiva, basada en la culpa o negligencia, siendo la “*lex artis*” el parámetro para su determinación.

En el caso *sub examine*, el resultado dañoso fue ocasionado por las comorbilidades del usuario –tiene antecedentes de epilepsia-, pues el tratamiento recibió tratamiento constante, especializado y oportuno;

---

<sup>7</sup> Folio 28, Archivo “16ContestaciónDemandaGustavoRuiz” en “01CuadernoPrincipal”.

empero, el diagnóstico que lo aqueja carece de etiología conocida y, por lo tanto, no es previsible ni prevenible. Aunque se le brindó el manejo requerido con la implantación de la válvula de Hakim, su retiro ante las complicaciones, el seguimiento ambulatorio y el tratamiento farmacológico con esquema dual (acetazolamida + topiramato), no hubo respuesta favorable y en septiembre de 2020 presentó una reagudización de la hipertensión con afección visual, ameritando una nueva intervención, siendo finalmente diagnosticado con “*ceguera legal (sic) irreversible por lesión severa de ambos nervios ópticos*”.

Agregó que no hay prueba, siquiera sumaria, del dolo o la culpa de los galenos tratantes, del daño que los demandantes no deberían asumir –antijurídico–, ni de la relación de causalidad entre una acción u omisión de la IPS y la pérdida de visión del afectado.

En cierre, cuestionó la tasación de los perjuicios en los mismos términos que lo hizo la codemandada y deprecó declarar cualquier hecho exonerativo que se probara en el juicio, al paso que objetó el juramento estimatorio, por basarse en daños hipotéticos y aleatorios, habida cuenta que los ingresos del actor no variaron desde la primera atención médica, si en cuenta se tiene que corresponden a un salario mínimo legal mensual vigente, percibido desde el 2019 a título de incapacidad médica y, en la actualidad, por concepto de pensión de invalidez<sup>8</sup>.

En escrito separado, llamó en garantía a la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, con sustento en el contrato de seguro suscrito en la modalidad de *claims made*, adquirido por esa entidad.

#### **4. Llamamiento en garantía.**

La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo contestó la demanda y los llamamientos efectuados por Sanitas EPS y Colsanitas S.A. en un solo escrito. En él manifestó coadyuvar las excepciones propuestas frente a la demanda por sus aseguradas y alegó, en adición, la

---

<sup>8</sup> Folios 28 a 36, Archivo “012ConstanciaRecepciónContestaciónColsanitas20220301.pdf”, *idem*.

*“inexistencia de responsabilidad de E.P.S. Sanitas, como consecuencia del cumplimiento de las obligaciones legales que le corresponden como entidad promotora de salud”, “inexistencia de falla médica y de responsabilidad, debido a la prestación diligente, oportuna, adecuada, cuidadosa y carente de culpa realizado por parte de la Clínica Colsanitas S.A.S. (sic)”, “inexistente relación de causalidad entre el daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación del extremo pasivo”, “improcedencia del reconocimiento y falta de prueba del daño emergente”, “improcedencia del reconocimiento del lucro cesante”, “los perjuicios morales solicitados desconocen los límites jurisprudenciales establecidos por el máximo órgano de la jurisdicción civil”, “improcedencia del reconocimiento del daño a la salud” y la “genérica o innominada”.*

En cuanto al llamamiento de EPS Sanitas, formuló las defensas perentorias de *“inexistencia de obligación indemnizatoria a cargo de equidad seguros, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas AA195705”, “riesgos expresamente excluidos en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA195705”, “sujeción a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro, en la que se identifica la póliza AA195705, el clausulado y los amparos”, “carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguros”, “en cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder el límite del valor asegurado”, “en cualquier caso, se deberá tener en cuenta el deducible pactado 10% de la pérdida mínimo \$150.000.000”, “disponibilidad del valor asegurado” y la “genérica o innominada”.*

Por último, para rebatir la convocatoria de Clínicas Colsanitas, invocó la *“inexistencia de obligación indemnizatoria, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas AA196714”, “riesgos expresamente excluidos en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA196714”, “sujeción a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro, en la que se identifica la póliza AA196714, el clausulado y los amparos”, “carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguros”, “en*

*cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder el límite del valor asegurado”, “en cualquier caso, se deberá tener en cuenta el deducible pactado 10% de la pérdida mínimo \$150.000.000”, “disponibilidad del valor asegurado” y la “genérica o innominada”<sup>9</sup>.*

## **5. Sentencia de primera instancia.**

Mediante providencia del 17 de junio de 2024<sup>10</sup>, la juez de primer grado negó las pretensiones de la demanda, por no hallar configurada la culpa de las enjuiciadas ni el nexo de causalidad entre la ceguera sufrida por el paciente y la atención médica que se le brindó.

Estimó que ninguna prueba acredita la negligencia ni tardanza endilgada por el extremo activo a las convocadas; por el contrario, la historia clínica da cuenta de las múltiples consultas que le fueron programadas, los medicamentos formulados para el manejo de las patologías que presentaba, así como las intervenciones quirúrgicas que se le practicaron en pos de lograr su mejoría, todo lo cual resultó infructuoso, dadas las complicaciones propias de los antecedentes clínicos del usuario y la atipicidad del diagnóstico principal.

Sostuvo que la pericia presentada por los gestores fue desvirtuada por los yerros técnicos evidenciados en el interrogatorio que se le practicó a la experta, sin que existan otros medios de convicción que permitan aseverar que las obligaciones –de medio y no de resultado- esperables de los galenos tratantes se incumplieron. En su lugar, encontró que la atención resultaba *“diligente y acorde con las circunstancias que presentaba y requería el paciente, sin prueba de demoras en la práctica de los procedimientos”* para tratar las dolencias recurrentes y derivadas que conllevaron la pérdida de la visión.

---

<sup>9</sup> Archivo “006ConstanciaRecepciónContestaciónDemanda20220908.pdf” del cuaderno “02LlamamientoGarantíaSanitassaEquidadSeguros” en la carpeta “01PrimeraInstancia”.

<sup>10</sup> Archivo “044Sentencia.pdf” del “01CuadernoPrincipal”.

## 6. El recurso de apelación.

El extremo actor se mostró inconforme con la decisión anterior y planteó el remedio vertical. Para ello, formuló sus reparos<sup>11</sup>, sustentando en oportunidad el recurso<sup>12</sup>.

Manifestó que la juez desconoció el precedente jurisprudencial de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado, en cuanto pasó por alto que las encartadas no usaron los medios tecnológicos y científicos a su alcance para establecer su diagnóstico antes de ofrecerle el tratamiento médico respectivo.

En ese sentido, cuestionó que, violando indirectamente los cánones 1613 a 1615, 1626, 2341, 2343, 2356 y 2357 del C.C., se omitiera el análisis del “*testimonio*” del paciente, la historia clínica y el dictamen pericial que se aportó con el libelo, los cuales no fueron contrastados con el dicho de Daniel Moreno, especialista tratante que mintió cuando afirmó no haber participado en el cambio de la calificación del padecimiento de “*hipertensión endocraneana idiopática*” a “*cefalea debida a tensión*”, pues en la epicrisis consta que sí integró la junta en la cual se hizo esa variación.

Tampoco tuvo en cuenta que el usuario fue remitido de la IPS Ilans para procedimiento de urgencia, recomendación que fue desatendida por la Clínica Santa María del Lago, a donde fue redireccionado por la EPS Sanitas y solo practicó la cirugía 5 meses después. Luego, no es cierto que le ordenaron oportunamente los exámenes de rigor para determinar su patología; sin embargo, no era la parte más débil de la relación la que estaba en mejor posición de demostrar esa tardanza. Por ello, la falladora debió dinamizar la carga de la prueba, en virtud del principio de igualdad de armas y no privilegiar, como lo hizo, los elementos cognitivos arrimados por las demandadas.

---

<sup>11</sup> Archivo “045ConstanciaRecepciónApelación20240619.pdf” en “01CuadernoPrincipal”.

<sup>12</sup> Archivo “006SustentaciónRecurso.pdf” del cuaderno “02SegundaInstancia”.

Adicionalmente, se dejó de lado que el afiliado sí asistió a la interconsulta por oftalmología, donde no se le detectó el papiledema incipiente que sí advirtió una médico general de la Clínica Colombia, al conceptuar que había “*borramiento del borde superior de la papila del ojo derecho*”, circunstancia que de haberse corregido tempestivamente, habría evitado la ceguera finalmente sufrida por el actor, de ahí que la perito fue enfática en aseverar que hubo retrasos en el tratamiento, así como fallas en el diagnóstico, por no haber sido remitido a la especialidad de neurocirugía oftálmica.

También se pretirió el reporte clínico en cuanto demuestra que luego de la primera intervención quirúrgica, el paciente presentó una infección nosocomial que lo tuvo al borde de la muerte, todo lo cual deja entrever la falta de valoración probatoria de la que adolece el fallo, al punto que ninguna mención se hizo de las constancias dejadas en la epicrisis sobre la sospecha que tenían los galenos acerca de que la víctima buscaba una “*ganancia secundaria*” por el hecho de acudir constantemente al servicio de urgencias. Finalmente, rebatió la falta de pronunciamiento en torno a los perjuicios invocados.

## **7. Pronunciamiento de los no apelantes.**

La E.P.S. Sanitas S.A.S. solicitó que se ratificara la sentencia de primera instancia, debido a que no se probó que hubiese incumplido sus obligaciones, ninguna injerencia tuvo en el acto médico y, en todo caso, de la historia clínica se extrae que el paciente recibió atención oportuna, diligente y multidisciplinaria para establecer su patología y corregirla, al tiempo que, en la audiencia de juzgamiento se logró evidenciar la falta de imparcialidad, idoneidad y suficiencia del dictamen rendido por la perito de la contraparte<sup>13</sup>.

Clinica Colsanitas S.A. afirmó que sus contendores no demostraron el supuesto fáctico de sus pretensiones. En el proceso no obra evidencia de su responsabilidad, la juzgadora valoró adecuadamente las pruebas, con

---

<sup>13</sup> Archivo “007DescorreTraslado.pdf”, *idem*.

base en las cuales extrajo los diversos servicios asistenciales que se le prestaron al enfermo en forma oportuna y de calidad, por lo que debe mantenerse su veredicto<sup>14</sup>.

La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo también pidió que se confirmara la decisión, porque, contrario a lo alegado, se basó en el precedente jurisprudencial del órgano de cierre de la justicia ordinaria en lo civil, la *iudex* apreció el acervo de forma adecuada e integral, aunado a que no había lugar al reconocimiento de perjuicios, cuyos montos no fueron acreditados en la foliatura<sup>15</sup>.

### III. CONSIDERACIONES

Concurren los presupuestos procesales y no se advierte vicio que invalide la actuación, siendo del caso precisar que la competencia del *ad quem* está delimitada por los reproches sustentados por la parte apelante; por consiguiente, se deja al margen del escrutinio cualquier cuestión que no hubiere suscitado inconformidad, ni esté íntimamente relacionada con las eventuales modificaciones frente a lo resuelto en el fallo cuestionado (artículo 328 del C.G.P.).

Las reglas generales de la responsabilidad civil, cuando ella se deriva del acto médico, precisan la concurrencia de tres elementos: i) una culpa, probada, definida por los hermanos Mazeaud como: “(...) *error de conducta que no lo habría cometido una persona cuidadosa situada en las mismas condiciones externas del autor de daño*”; ii) un nexo causal que debe existir entre el hecho y el daño ocasionado; y iii) un perjuicio, como elemento esencial, pues sin él no puede hablarse de obligación de indemnizar.

El detrimento ha sido definido como el perjuicio concreto experimentado por la persona, dentro de cuyo concepto debemos entender los originados directamente por el sujeto activo; todo menoscabo que sufre física, moral o patrimonialmente una persona.

---

<sup>14</sup> Archivo “008DescorreTraslado.pdf”, *ib.*

<sup>15</sup> Archivo “009DescorreTraslado.pdf”, *ib.*

Como elemento estructural de la responsabilidad civil, contractual y extracontractual, es *“todo detrimento menoscabo o deterioro, que afecta bienes o intereses lícitos de la víctima, vinculados con su patrimonio, con su esfera espiritual o afectiva, o con los bienes de su personalidad”*. Además, es el requisito *“más importante (...), al punto que sin su ocurrencia y demostración, no hay lugar a reparación alguna”*<sup>16</sup>.

Para que sea *“susceptible de reparación debe ser directo y cierto y no meramente eventual o hipotético, esto es, que se presente como consecuencia de la culpa, y que aparezca real y efectivamente causado”*<sup>17</sup>.

El requisito de que sea cierto supone que se compruebe su existencia, pues de lo contrario deberá exonerarse de responsabilidad al demandado, salvo las excepciones establecidas en la ley.

Con relación a la culpa es asunto averiguado que la responsabilidad médica, cualquiera que sea su origen –contractual o extracontractual–, sólo puede deducirse a partir de la culpa probada, toda vez que, en línea de principio, el galeno no asume el compromiso de sanar o curar a su paciente, sino el de hacer todos los esfuerzos posibles, desde la perspectiva de la ciencia médica, para remediar sus dolencias, todo ello sin perjuicio, claro está, de los eventos en que el facultativo contrae una obligación de resultado, como acontece en el caso de ciertas intervenciones con fines de estética.

En este sentido, la Honorable Corte Suprema de Justicia ha puntualizado que, *“si, entonces, el médico asume... el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe... demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento...”*<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Corte Suprema de Justicia, SC 1 noviembre de 2013, Rad. 1994-26630-01.

<sup>17</sup> Corte Suprema de Justicia, SC 27 marzo de 2003, Rad. 6879.

<sup>18</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia de 13 de septiembre de 2002, exp.: 6199.

Es igualmente pacífico que en este tipo de juicios en los que se discute la responsabilidad médica, el demandante por regla, también tiene la carga de probar la relación de causalidad entre el daño ocasionado y la conducta culposa del facultativo o del centro hospitalario, sin que sea suficiente para ese propósito demostrar la simple relación médico-paciente, sino que es indispensable acreditar que el comportamiento negligente, imprudente o falta de pericia del médico, generó una consecuencia dañosa que compromete su responsabilidad.

Sobre el particular, ha puntualizado la evocada Alta Corporación que, *“(...) si bien, en principio, la responsabilidad médica parte de la culpa probada, lo cierto es que, frente a la lex artis, ‘el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente’<sup>19</sup><sup>20</sup>.*

En consecuencia, al demandante le incumbe acreditar los tres elementos que configuran la responsabilidad civil: el daño, la culpa y el nexo causal, en defecto de los cuales su pretensión indemnizatoria no podría ser acogida.

Cómo hipótesis de la responsabilidad endilgada a las enjuiciadas, la parte actora alegó que la E.P.S. Sanitas y la Clínica Colsanitas S.A. sedes Clínica Infantil Santa María del Lago y Clínica Universitaria Colombia le ocasionaron *“ceguera irreversible”,* debido al *“diagnóstico tardío e inadecuada atención médico quirúrgica”* de la patología *“hipertensión intracraneal idiopática”* que padece. La pérdida de su visión le generó un porcentaje de invalidez del 79%, lo cual produjo en él y en su familia daños de índole económico y moral que deben ser resarcidos.

De acuerdo con la historia clínica, el 26 de julio de 2019, Gabriel Muñoz Molina acudió a consulta con neurocirugía en el Instituto Latinoamericano de Neurología y Sistema Nervioso Ilans, con *“cuadro clínico que inició en el mes de marzo (...) con cefalalgia primaria,*

---

<sup>19</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia 001 de 30 de enero de 2001, expediente 5507.

<sup>20</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia de 19 de diciembre de 2005, exp.: 381997-00491-01.

*inicialmente lo diagnosticaron con meningitis viral y después le realizaron estudios de punción lumbar en donde le realizan punción lumbar con presión de apertura en 29 CMS/H<sub>2</sub>O, ya estudiado con angiografía cerebral (...) ha presentado crisis convulsivas en tto con Levetiracetam”, siendo remitido a neurología clínica y control con neurocirugía de la misma entidad<sup>21</sup>.*

El 23 de agosto, refirió *“persistir con episodios convulsivos (...) tener el 12 de septiembre toma de campimetría, última punción lumbar con reporte verbal de paciente en 24 CMS/H<sub>2</sub>O (...) última resonancia magnética cerebral con angioresonancia de julio de 2019: normal”, por lo que se programa junta de neurocirugía prioritaria “para evaluar posibilidad de manejo quirúrgico”<sup>22</sup>.*

En control del 8 de octubre de 2019, manifestó padecer de dolores de cabeza

*“desde los 10 años de edad y en los últimos 2 años se incrementa la frecuencia (...). El dolor se inicia en región occipital con irradiación global de tipo pulsante precedido de alteraciones visuales, fotofobia y náuseas constantes. Le dijeron que era migraña y en ocasiones ha tenido déficit neurológico focal reversible sobre el hemicuerpo izquierdo. La frecuencia del dolor es diaria con una intensidad de 10 por lo cual fue visto en urgencias y se diagnosticó como stress. En el mes de marzo fue visto en la Clínica San Rafael donde lo internaron y le realizaron una PL que evidencia incremento en las proteínas y le dijeron que tenía una meningitis viral estando hospitalizado por 15 días. Allí le realizaron otra PL (...) Neurología da de alta con diagnóstico de posible meningitis viral. Paciente mejoró (...) y fue medicado (...) se le realizó una RMN y una angioresonancia cerebral [30 de junio] en clínica Palermo la cual es informada como normal. El 28 de mayo es nuevamente visto en urgencias de san Rafael por fiebre y cefalea asociada, visto en Colsubsidio y luego a Eusalud que no mejora con analgésicos, manejado en Eusalud donde le realizan PL con presión de apertura de 29 cms y cierre de 18 el LCR fue reportado como normal. Se anota que en el año 2003 tuvo dos crisis convulsivas por lo cual tomó FAE en algún momento (ácido valproico inicialmente y luego levetiracetam) el cual suspendió de manera voluntaria. Al parecer hay crisis convulsivas nocturnas y tiene brincos durante el sueño (...) por lo cual reinició levetiracetam 500 una cada doce horas y acetazolamida 3 al día. El paciente informa que tiene dolor y dificultad para orinar y se le adormece la espalda (en su última hospitalización 2 PL realizadas) el dolor de cabeza le disminuye, pero no ha desaparecido totalmente. Continúa con visión borrosa y compromiso visual. Tiene pendiente una campimetría (...) continúa con cefalea en EVA 6/10 hay náuseas asociadas y compromiso visual de tipo escotomas. Tiene pendiente evaluación por oftalmología con campo visual solicitado”<sup>23</sup>.*

<sup>21</sup> Folios 88 y 89, Archivo “002Anexos.pdf” del “01CuadernoPrincipal”.

<sup>22</sup> Folios 90 y 91, *idem*.

<sup>23</sup> Folio 94, *idem*.

En esa valoración, el especialista anotó como impresión diagnóstica “1. *Síndrome de hipertensión endocraneana benigna por HC de etiología no clara*, 2. *Epilepsia en estudio y 2. Migraña episódica*”<sup>24</sup>. El 17 de octubre posterior, se realiza junta médica por neurocirugía donde se conceptúa “*PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA IDIOPÁTICA, CON PERSISTENCIA DE EPISODIOS DE CEFALEA, LE HAN REALIZADO EN TOTAL 6 PUNCIÓNES LUMBARES Y EN TODAS LA[S] OPORTUNIDADES CON PRESIONES MAYORES A 20 CM, SIN RESPUESTA AL MANEJO CON ACETAZOLAMIDA, CON DOLOR INCAPACITANTE, SE INDICA ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS PARA TRATAMIENTO DEFINITIVO*”<sup>25</sup>.

El día 23 del mismo mes y año, ingresa a urgencias de la Clínica Infantil Santa María del Lago, remitido de la Clínica Universitaria Colombia, con “*cuadro clínico de 5 días de evolución de cefalea occipital moderada intensidad, que ha sido progresiva, asociado a visión borrosa bilateral, mareos, emesis en proyectil, en manejo con acetazolamida 250 MG (...) Realizaron junta quirúrgica Dor Patiño en Institución Latinoamericana de neurología y sistema nervioso quienes indican asistir a urgencias para manejo definitivo*”. Luego de la evaluación del paciente, se consignan los siguientes hallazgos:

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> GABRIEL MUNOZ MOLINA		<b>IDENTIFICACIÓN:</b> CC-80126156	
<b>GÉNERO:</b> MASCULINO	<b>EDAD:</b> 37 AÑOS 4 MESES 26 DÍAS	<b>RELIGIÓN:</b>	<b>GRUPO SANGUÍNEO:</b>
<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>			
<b>ADMISIÓN:</b> H 2019 4519		<b>FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:</b> 23/10/2019 16:23	
<b>ENTIDAD:</b> EPS SANTAS S.A.S		<b>UBICACIÓN:</b> SEXTO PISO - EXT3 UCI UNIDAD CUIDADO INTENS	

AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ALERTA, ATENTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, LENGUAJE FLUENTE, NOMINA, REPITE Y OBEDECE ÓRDENES SENCILLAS Y COMPLEJAS, HABLA SINDISARTRIA, JUICIO CONSERVADO. ISOCORIA NORMORREACTIVA, MIRADA FIJA CENTRAL, MOVIMIENTOS OCULARES SIN OFTALMOPARESIAS, CAMPIMETRÍA POR CONFRONTACIÓN SIN RECORTES. FUNDOSCOPIA SIN EVIDENCIA DE PULSO VENOSO, BORDES DE NERVIÓ OPTICO OCNSERVADOS. SIMETRÍA FACIAL, LENGUA Y ÚVULA CENTRALES, ELEVACIÓN SIMÉTRICA DEL VELO DEL PALADAR, RESTO DE PARES CRANEANOS NORMALES. FUERZA 5/5 5, RMT ++/++++, RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL,NO HOFFMAN, NO BARRE, NO REFLEJOS PATOLÓGICOS, NO SIGNOS MENÍNGEOS,NO SIGNOS CEREBELOSO

Igualmente, se dejó constancia de la tomografía de cráneo simple practicada con resultados dentro de límites normales y punción lumbar<sup>26</sup>

<sup>24</sup> Folio 95, *idem*.

<sup>25</sup> Folio 98, *idem*.

<sup>26</sup> Folio 120, *idem*.

para evaluar presión de apertura a fin de definir tratamiento, anotando que *“llama la atención en el momento de la valoración parálisis de hemicara derecha, sin embargo, con maniobras de distracción esta última desaparece, sin encontrarse correlación anatómica de síntomas con hallazgos enocentrados al examen físico”*<sup>27</sup>. Se le realiza punción lumbar que arroja *“presión de apertura elevada”*<sup>28</sup> y se determina que puede ser candidato para *“derivación ventrículo peritoneal con el fin de disminuir síntomas y como tratamiento definitivo”*<sup>29</sup>. Luego de valoración por psicología y ante mejoría del dolor y demás síntomas, el 25 de octubre fue dado de alta, con orden de cirugía para programación ambulatoria y medicación<sup>30</sup>.

El 19 de noviembre de 2019, reingresó por urgencias con dolor de cabeza y mareo, oportunidad en la cual se le hizo un nuevo tac de cráneo simple sin alteraciones, por lo que se le da salida con las siguientes recomendaciones<sup>31</sup>:

#### **ANÁLISIS**

PACIENTE ESTABLE, SIN DETERIORO NEUROLOGICO, SIN FOCALIZACION, QUIEN CURSA CON HIPERTENSION ENDOCRANEAL BENIGNA CON INDICACION DE REALIZACION DE DERIVACION VENTRICULOPERITONEAL, SE CONSIDERA DAR ORDEN PARA CONSULTA EXTRA EN CONSULTA NEUROCIRUGIA EL DIA 20/11/19 Y REALIZACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE MANERA AMBULATORIA  
SE LE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y COMPRENDER  
SALIDA CON ANALGESIA, PROTECCION GASTRICA

El 5 de diciembre ingresa para derivación ventrículo peritoneal<sup>32</sup>; empero, por urgencia vital y ocupación de sala, el procedimiento es reprogramado<sup>33</sup>, practicado el 10 posterior<sup>34</sup>, *“sin complicaciones con hallazgos: presión de apertura elevada, en el momento paciente hemodinámicamente estable, aldrete 10/10, alerta, orientado, no dolor. Se indica dieta líquida, continúa vigilancia en recuperación, si adecuada evolución traslado a piso para continuar manejo por neurocirugía”*<sup>35</sup>. Al día siguiente, por no presentar signos de respuesta inflamatoria, dificultad

---

<sup>27</sup> Folio 110, *idem*.

<sup>28</sup> Folio 113, *idem*.

<sup>29</sup> Folio 116, *idem*.

<sup>30</sup> Folio 117, *idem*.

<sup>31</sup> Folio 132, *idem*.

<sup>32</sup> Folio 137, *idem*.

<sup>33</sup> Folio 139, *idem*.

<sup>34</sup> Folio 145, *idem*.

<sup>35</sup> Folio 146, *idem*.

respiratoria, compromiso o deterioro neurológico, aunque sí *“episodios de cefalea de leve intensidad que han mejorado”*, se dispuso salida con recomendaciones, medicación y órdenes de retiro de puntos, control con neurocirugía el 8 de enero de 2020 y por oftalmología para seguimiento de papiledema<sup>36</sup>; sin embargo, el paciente presentó *“cefalea súbita tipo pulsátil, de localización parietal bilateral, mareo, náuseas, en el momento de la valoración palidez cutánea generalizada, diaforetiro”* por lo que se pospone su egreso<sup>37</sup>.

El 12 de diciembre, ante manifestación de dolor abdominal se practica al paciente RX de abdomen de pie, hemograma, sodio, potasio, uroanálisis, GRAM de orina y valoración por cirugía general y, ante su mejoría se le da de alta, con las mismas indicaciones del día anterior<sup>38</sup>.

Bajo ese contexto se concluye que entre la primera vez que el actor principal consultó por urgencias a la Clínica Universitaria Colombia, propiedad de la demandada Colsanitas S.A., adscrita a la EPS Sanitas S.A.S. -22 de octubre de 2019- y la fecha en que le fue efectivamente practicada la cirugía de derivación ventrículo-peritoneal -10 de diciembre de 2019-, transcurrió un lapso de un mes y dieciocho días, el cual se muestra completamente razonable para verificar el diagnóstico que de forma preliminar había hecho el Instituto Latinoamericano de Neurología y Sistema Nervioso, el 17 de octubre de 2019.

Máxime, cuando a lo largo de ese período, la Clínica Santa María del Lago realizó diversos tipos de exámenes tendientes a confirmar la patología, tratarla con medicamentos y punciones lumbares y, ante la ausencia de mejoría, procedió, en forma diligente a ordenar, autorizar, programar y practicar la operación recomendada.

Ahora bien, en cuanto a la evolución del enfermo después de esa intervención, la historia clínica revela lo siguiente:

---

<sup>36</sup> Folio 150, *idem*.

<sup>37</sup> Folio 151, *idem*.

<sup>38</sup> Folio 157, *idem*.

El 15 de diciembre de 2019 Gabriel Muñoz regresó a urgencias por dolor de cabeza, abdomen y fiebre<sup>39</sup>, por lo que fue dejado en observación con tratamiento farmacológico, ordenando valoración por neurocirugía y estudios de “CH, ELECTROLITOS, FUNCIÓN RENAL, TAC DE CRÁNEO, RX DE CRÁNEO, PO, GRAM DE ORINA, RX DE ABDOMEN Y ECOABDOMINAL”<sup>40</sup>, los cuales arrojaron como resultado:

---

**INTERPRETACIÓN PARACLÍNICOS**

COLORO 103.7 (NORMAL), CREATININA 0.96 (NORMAL), BUN 18.7 (NORMAL), POTASIO 3.15 (HIPOKALMIA LEVE), SODIO 137 (NORMAL)

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 13060, NEUTROFILOS 91.5%, LINFOCITOS 1.3%, ROJOS 5.66, HEMOGLOBINA 15, HEMATOCRIT 4.35, PLAQUETAS 281.000 (LEUCOCITOSIS LEVE, NO ANEMIA, PLAQUETAS NORMALES)

RX DE ABDOMEN CON PRESENCIA DE NIVELES HIDROAEREOS DILATACIÓN DE ASAS DELGADAS

RADIOGRAFIA DE CRÁNEO, CON SONDA EN POSICIÓN PRESENCIA DE NEUMOENCEFALO LEVE

TAC DE CRÁNEO SIMPLE: NO SANGRADO NO MASAS, NO HEMATOMAS, PRESENCIA DE SONDA EN POSICIÓN, PENDIENTE DE LECTURA OFICIAL

**ANÁLISIS**

PACIENTE CON CUADRO DE CEFALEA Y DOLOR ABDOMINAL INTENSO, CON DEFENSA ABDOMINAL VOLUNTARIA, ACTUALMENTE CON MEJORA DE DOLOR, CON HALLAZGO DE NIVELES HIDROAEREOS Y RADIOGRAFIA DE ABDOMEN E IMAGENES DE CRÁNEO QUE NO EVIDENCIAN ALTERACIONES, SE CONSIDERA MANEJO CON SONDA NASOGÁSTRICA, INICIO DE REPOSICIÓN DE POTASIO Y DADO PRESENCIA DE LEUCOCITOSIS DEFINIR EN CONJUNTO CON NEUROCIRUGIA, EL INICIO DE CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO ANTE POSIBILIDAD DE NEUROINFECCIÓN, SE EXPLICA A PACIENTE

En la misma fecha se descartó “COMPLICACIÓN POP, VÁLVULA FUNCIONANTE, NO INFECCIÓN” conceptuando que no requería manejo adicional por neurocirugía y debía continuar en observación por cirugía general<sup>41</sup>. Aunado a ello, se dejó documentado que, por la sonda nasogástrica drenaba “contenido bilioso escaso”<sup>42</sup>. Por su parte, al examen físico el afiliado se encontró “alerta, hidratado, afebril, conjuntivas normocromicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, no placas en orofaringe (...) cuello móvil no masas ni adenomegalias, tórax simétrico normoexpansible, sin retracciones, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios presentes no sobre agregados, abdomen impresionado distensión leve, ruidos intestinales disminuidos, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda generalizada, no signos de irritación peritoneal, extremidades móviles simétricas, sin edemas, llenado capilar 2 segundos, alerta, orientado, Glasgow 15/15, no déficit motor ni sensitivo

---

<sup>39</sup> Folio 166, *idem*.

<sup>40</sup> Folio 169, *idem*.

<sup>41</sup> Folio 176, *idem*.

<sup>42</sup> Folio 178, *idem*.

*aparente*<sup>43</sup>.

Sin embargo, ante las manifestaciones del paciente se le practicaron nuevas evaluaciones, a través de las cuales se concluyó:

---

#### INTERPRETACIÓN PARACLÍNICOS

##### PARACLINICOS:

-CLORO 103.7 (NORMAL), CREATININA 0.96 (NORMAL), BUN 18.7 (NORMAL), POTASIO 3.15 (HIPOKALMEIA LEVE), SODIO 137 (NORMAL)  
 -HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 13060, NEUTROFILOS 91.5%, LINFICITOS 1.3%, ROJO 5 5.66, HEMOGLOBINA 15, HEMATOCRIT 4.35, PLAQUETAS 281.000 (LEUCOCITOSIS LEVE, NO ANEMIA, PLAQUETAS NORMALES)  
 -RX DE ABDOMEN PROYECCIONES EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR CON PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN Y DECÚBITO.  
 SE APRECIA DILATACIÓN DE ASAS DELGADAS Y NIVELES HIDROAÉREOS ESCALONADOS COMPATIBLES CON PATRÓN OBSTRUCTIVO. ESCASO GAS EN EL MARCO CÓLICO Y EN LA AMPOLLA RECTAL.  
 SITUS SOLITUS VISCERAL.  
 NO HAY EVIDENCIA DE CALCIFICACIONES PATOLÓGICAS INTRAABDOMINALES.  
 EXTREMO DE CATETER DE DERIVACIÓN EN EL FLANCO DERECHO.  
 NO HAY PRESENCIA DE GAS EXTRALUMINAL.  
 ESTRUCTURAS ÓSEAS SIN PARTICULARIDAD.  
 TEJIDOS BLANDOS SIN ALTERACIONES  
 -TC CRANEO CATETER VENTRICULAR EN VENTRICULO LATERAL NO HIDROCEFALIA  
 -RX CRANEO CATETER DVP BUENA POSICION  
 -TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE: EL HÍGADO ES DE TAMAÑO, CONTORNOS Y DENSIDAD NORMAL, SIN DETECTARSE LESIONES FOCALES O DIFUSAS DE SU PARÉNQUIMA. LA VÍA BILIAR INTRA Y EXTRAHEPÁTICA ES DE CALIBRE NORMAL. LA VESÍCULA ES DE ASPECTO ESCANOGRÁFICO HABITUAL. EL PÁNCREAS, LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES Y EL BAZO SON DE ASPECTO ESCANOGRÁFICO NORMAL. LOS RIÑONES SE IDENTIFICAN DE TAMAÑO Y CONTORNOS NORMALES, CONCENTRAN Y ELIMINAN EL MEDIO DE CONTRASTE DE FORMA SIMÉTRICA CON ADECUADA OPACIFICACIÓN DE LOS URETERES LOS CUALES TIENEN CURSO Y CALIBRE NORMAL HASTA SU DESEMBOCADURA EN LA VEJIGA, SIN EVIDENCIARSE DILATACIONES DE SUS SISTEMAS COLECTORES, OBSERVÁNDOSE URÉTERES DISTALES DE CALIBRE NORMAL. HAY POBRE TRANSITO DEL MEDIO DE CONTRASTE, CON DILATACION DEL INTESTINO DELGADO DE PREDOMINIO YEYUNO E ILEON PROXIMAL, SIN TRANSITO DEL MEDIO DE CONTRASTE. VALVULA DE DERIVACIÓN POR SU TRAYECTO APARENTEMENTE VENTRICULO-PEIRTONEAL CON LIQUIDO EN FOSA HEPATORRENAL, FLANCO DERECHO Y PELVIS, SIN COLECCIONES DRENABLES. EL RETROPERITONEO NO PRESENTA ALTERACIONES, VISUALIZÁNDOSE AORTA Y VENA CAVA INFERIOR DE CURSO Y CALIBRE NORMAL, NO HAY EVIDENCIA DE GANGLIOS LINFÁTICOS AUMENTADOS EN NÚMERO O EN TAMAÑO. LA VEJIGA DISTIENDE ADECUADAMENTE DE PAREDES DELGADAS DE ASPECTO USUAL.

El 16 de diciembre, el examinado presentó *“dolor abdominal, ausencia de deposiciones, intolerancia a la vía oral y cefalea, se realizan imágenes en las que se sospecha íleo vs obstrucción intestinal. Se realiza TAC de abdomen contrastado con hallazgo de íleo adinámico vs obstructivo. Paciente actualmente en manejo médico con SNG con drenaje de contenido gástrico, al momento de la valoración con signos de deshidratación”*<sup>44</sup>, por lo que continuó manejo intrahospitalario con gastroenterología, nuevos electrolitos y hemograma. Al día siguiente, fue hallado *“CURSANDO CON ILEO ADINAMICO EN MANEJO MÉDICO QUIEN DESDE EL DÍA DE AYER PRESENTA HEMATOQUEZIA, HOY CON DEPOSICIONES LIQUIDAS #2*

---

<sup>43</sup> *Idem.*

<sup>44</sup> Folio 183, *idem.*

ASOCIADAS A SANGRADO RUTILANTE LEVE REFERIDO POR EL PACIENTE, CON REPORTE DE HEMOGRAMA QUE EVIDENCIA ANEMIZACIÓN AGUDA DE 3,5GR EN 48H, VALORADO AYER POR GASTROENTEROLOGIA SIN INDICACIÓN URGENTE DE COLONOSCOPIA SIN EMBARGO SE COMENTA NUEVAMENTE CON DR CASTILLO YA QUE NO PRESENTA NINGUN OTRO SANGRADO ACTIVO, ACTUALMENTE CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN SIRS, POR AHORA NO TIENE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN, POR PARTE DE CIRUGÍA GENERAL SE DECIDE SOLICITAR TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE ORAL, CONTINUA SEGUIMIENTO Y MANEJO MÉDICO, SE DEJA RECOMENDADO PARA REVALORAR EN LA TARDE”.

En horas de la tarde, ante el deterioro del estado de salud del paciente, quien presenta *“pico febril, hipotensión sintomática, (...) hipoglicemia por ayuno”*, se ordena *“nuevo bolo de cristaloides, bolo de dad ahora, se informa a cirujano de turno para revaloración y definir manejo quirúrgico si así lo requiere. Se solicita toma de gases arteriales para descartar alteración ácido-base y de lactato”*<sup>45</sup>. Durante la noche es revalorado por *“compromiso sistémico (...) con probable obstrucción intestinal asociado al riesgo de ruptura de viscera y actual catéter de drenaje de ventriculoperitoneal, paciente con alto riesgo de infección razón por la cual inicio piperacilina/tazobactam (...)”*<sup>46</sup>.

A la mañana siguiente (08:38 am), se dictaminó *“ILEO ADINAMICO - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL PARCIAL POR BRIDAS”* que mejoró *“CON MANEJO MÉDICO CON PASO DE SONDA NASOGASTRICA; AHORA CON EVOLUCIÓN CLÍNICA A LA MEJORÍA, MEJORÍA DE EPISODIO DE CEFALEA, SE REvisa CÁMARA ANTERIOR DE LA VALVULA CON ADECUADO LLENADO Y FUNCIONAMIENTO, IMAGENES DE TAC DE CRANEO Y TAC DE ABDOMEN DONDE SE OBSERVAN CATETER EN ADECUADA POSICIÓN, POR EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA SE DESCARTA COMPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO, VALVULA FUNCIONANTE, NO CURSA CON PROCESO INFECCIOSO DEL SNC, NO*

---

<sup>45</sup> Folio 196, *idem*.

<sup>46</sup> Folio 198, *idem*.

*REQUIERE MANEJO ADICIONAL POR NEUROCIRUGÍA*<sup>47</sup>.

Empero, a las 13:22 de la misma data<sup>48</sup>, se dejó anotación según la cual, el paciente volvió a presentar *“cefalea intensa que ha requerido dosis de hidromorfona con mejoría parcial del dolor, asociado a la cefalea presenta 38.4 de temperatura a las 10:30 am, en el momento con tendencia a la hipotensión”* tratada con medicación y nueva valoración por neurocirugía. Dicha especialista no evidencia *“hallazgos de compromiso o focalización neurológica, no rigidez nuchal o signos meníngeos u otro compromiso neurológico a nivel sensitivo o de fuerza”*, por lo que se indica continuar vigilancia de curva térmica y neurológica durante 24 horas, para determinar punción lumbar<sup>49</sup>, practicada el 19 de diciembre<sup>50</sup>.

En esta última fecha se inicia tratamiento con vancomicina cefepime, ante sospecha de neuroinfección, dada la *“evolución clínica tórpida desde hace 2 días con picos febriles intermitentes y cefalea sin signos de alarma (...) con reporte de paraclínicos que evidencian leucocitosis, neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados”*. Además, se ordenan cultivos para definir manejo antibiótico y pertinencia de retirar la derivación instalada<sup>51</sup>.

Entre el 21 y el 30 de diciembre, se hizo seguimiento detallado al interno, quien mostró evolución favorable de sus síntomas infecciosos de acuerdo a la gran cantidad de exámenes de laboratorio y evaluaciones físicas que le fueron practicadas<sup>52</sup>; particularmente, el 26 se solicitaron *“estudios complementarios como ELISA para VIH, herpes en LCR, VDRL en sangre y líquido cefalorraquídeo, panel viral o flimarray para líquido cefalorraquídeo”*<sup>53</sup> y se realizó nueva punción lumbar<sup>54</sup>, todo lo cual permitió a los galenos autorizar la hospitalización en casa<sup>55</sup>.

---

<sup>47</sup> Folio 203, *idem*.

<sup>48</sup> Folio 207, *idem*.

<sup>49</sup> Folio 208, *idem*.

<sup>50</sup> Folio 218, *idem*.

<sup>51</sup> *Ídem*.

<sup>52</sup> Folios 219 a 304, *idem*.

<sup>53</sup> Folio 243, *idem*.

<sup>54</sup> Folio 248, *idem*.

<sup>55</sup> Folio 256, *idem*.

Sin embargo, el 3 de enero de 2020, el paciente retornó informando que hubo *“DIFICULTAD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POR DAÑO DE ACCESO VENOSO RECURRENTE, ADICIONALMENTE HOY NOTA ERITEMA EN TRAYECTO DE LA DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL POR LO QUE DEL PROGRAM[A] DE PHD REMITEN PARA MANEJO DE ACCESO VENOSO Y REVISION”*; en la misma calenda, se solicitaron estudios de *“extensión”* y se dejó en observación con terapia antibiótica y valoración por neurocirugía. Con los respectivos resultados, se dispuso *“retiro de catéter de derivación; se solicitan paraclínicos prequirúrgicos y valoración por anestesia”*<sup>56</sup>, procedimiento que se realizó el 4 de enero a las 10:23 a.m.<sup>57</sup>, sin complicaciones evidentes, ordenando cultivos de líquido peritoneal y ceforraquídeo, cuyos resultados mostraron *“mejoría de reacción leucocitaria, evidencia hipoproteinorraquia y baja celularidad en Wright, Se considera evolución favorable del paciente, se continua con cubrimiento antibiótico dual hasta tener aislamiento microbiológico en cultivos intraoperatorios”*<sup>58</sup>.

Gabriel Muñoz Molina permaneció en observación hasta el 10 de enero de 2020, cuando se decidió su salida, tras hallarlo *“hemodinámicamente estable, sin signos de respuesta inflamatoria, sin signos de dificultad respiratoria, sin déficit o focalización neurológica – no deterioro; se confirma cultivo de LCR (04/01/2020) con aislamiento de serratia marcescens sensible a cepefime; se habla con infectología Dr. Bravo quien considera retiro de vancomicina y continuar manejo con cefepime hasta completar 21 días a partir del retiro del catéter/dispositivo (04/01/2020), se sugiere control semanal de azoados, hemograma y PCR; se solicita valoración por PHD para continuar manejo hospitalario en domicilio con terapia antimicrobiana instaurada (...) se solicita PAD para continuar rehabilitación con terapia física y terapia ocupacional 3 veces por semana”*, con manejo farmacológico y se extiende incapacidad por 30 días<sup>59</sup>.

Lo reseñado, acredita que el afectado directo, además de ser intervenido

---

<sup>56</sup> Folio 311, *idem*.

<sup>57</sup> Folio 314, *idem*.

<sup>58</sup> Folio 320, *idem*.

<sup>59</sup> Folio 343, *idem*.

en un tiempo prudencial con el procedimiento quirúrgico indicado para su patología “hipertensión endocraneana idiopática”, fue atendido de forma constante y diligente una vez presentadas las complicaciones posoperatorias que, inicialmente, sugerían una obstrucción gastrointestinal que los médicos tratantes procuraron decantar mediante múltiples exámenes que no arrojaron la claridad necesaria desde el comienzo, máxime, cuando la evolución del enfermo era confusa. Durante los diferentes períodos que permaneció hospitalizado, habían días de mejoría continua que aconsejaban su salida del plantel, pero de pronto, sin explicación alguna, sus síntomas empeoraban, obligando su retorno a la clínica o bien, la reprogramación del egreso, si este no se había producido.

En todo caso, la Sala encuentra que hubo un seguimiento prolijo al estado de salud del atendido, lo que finalmente permitió que la neuro infección detectada fuera controlada, sin que exista constancia ni se alegue en la demanda, secuela alguna por ese percance. En efecto, Gabriel fue dado de alta el 10 de enero de 2020 y solo reingresó a urgencias el 29 de febrero postrero. En esa oportunidad, manifestó tener dolor de cabeza intenso y picos febriles que llevaron a los galenos a descartar una nueva contaminación<sup>60</sup>:

#### PLAN DE MANEJO

SALA DE TRANSICION  
 LACTATO RINGER PASAR A 60 CC/H  
 RANITIDINA 50 MG CADA 8 HORAS  
 DICLOFENAC BUFFER 75 MG CADA 12 GHORAS  
 ACETAZOLAMIDA CADA 8 HORAS ( CONCILIAICON DE MEDICAMETOS )  
 LEVETIRAZETAM 500 MG CADA 12 HORAS ( CONCILIACION DE MEDICAMENTOS )  
 SS HEMOGRAMA, FUNCION RENAL, PCR,  
 SS TAC DE CRANEO SIMPLE  
 SS VAL POR NEUROCIRUGIA

Al obtener los resultados de tales exámenes dentro de límites normales<sup>61</sup>, se decidió “hospitalizar para seguimiento neurológico y punción lumbar el día de mañana, se ajusta analgesia, razón por la cual se RDE (sic) aislamiento de contacto”<sup>62</sup>. Una vez en habitación, el paciente refiere “parcial control de cefalea, (...) cefalea global de moderada intensidad

<sup>60</sup> Folio 378, *idem*.

<sup>61</sup> Ver resultado de TAC cerebral simple y paraclínicos. Folio 383, *idem*.

<sup>62</sup> Folio 381, *ib*.

*ocasional, asocia sensación nauseosa y episodios eméticos de contenido gástrico de escasa cantidad, niega picos febriles, niega pérdida de la fuerza o sensibilidad en las extremidades, niega otra sintomatología*<sup>63</sup>. El 3 de marzo se obtuvo como resultado del estudio del líquido céfalo raquídeo extraído en la punción lumbar: *“Citoquímico LCR Glucosa 51, color transparente, aspecto límpido, leucos 2, hematíes 50 100% frescos, xantocromía (sic) negativo, proteínas 54.3*<sup>64</sup>. En valoración por oftalmología, donde *“no reportan papiledema”*; toman una última punción lumbar que muestra una *“presión de apertura dentro de límites normales (12CMH2O) y citoquímico que descarta proceso infeccioso”*<sup>65</sup>.

Fue con base en estos hallazgos que, en junta médica, se definió *“que el paciente en este momento no cursa con hipertensión endocraneana benigna y no requiere manejo quirúrgico”*. Si bien, es cierto como lo recalca el extremo actor que en la historia clínica se dejó constancia de la *“sospecha”* de una *“ganancia secundaria”* por la insistencia del paciente en que le fuera expedida una *“certificación laboral con diagnóstico de discapacidad”*<sup>66</sup>, también lo es que no se evidencia que la unidad hospitalaria haya escatimado esfuerzos para descifrar su situación clínica.

Por el contrario, cada vez que acudió a urgencias o consulta externa fue atendido, la mayoría de las veces internado, dejado en observación con medicación, exámenes de todo tipo y terapia ocupacional, respiratoria y nutricional, así como consulta con neurocirugía, neurología, psicología, oftalmología, infectología, cirugía general, gastroenterología, entre otras especialidades, quienes de manera mancomunada aunaron conocimientos para entender sus súbitos cambios de sintomatología y procurarle los procedimientos necesarios para curarlo.

En ese sentido, solo cuando advertían mejoría prolongada, esto es, por varios días seguidos, autorizaban su alta médica, como ocurrió el 4 de

---

<sup>63</sup> Folio 382, *ib.*

<sup>64</sup> Folio 386, *ib.*

<sup>65</sup> Folio 387, *ib.*

<sup>66</sup> Folio 387, *ib.*

marzo de 2020, donde al hallarlo nuevamente en buenas condiciones hemodinámicas, se le dio orden de salida con incapacidad de 5 días, recomendaciones vitales y controles con neurología adultos, oftalmología general, terapia física integral, terapia ocupacional y psicología<sup>67</sup>.

Cerca de dos meses después, el 23 de abril, el afiliado acudió al servicio de urgencias de la Clínica Universitaria Colombia, manifestando tener *“hipertensión endocraneana idiopática”* y presentar *“hace 3 días cefalea aumentada asociada a dolor reticular con cambios en la agudeza visual, fosfenos y tinnitus, refiere náuseas, sensación de vértigo”*, por lo que se dispone *“RNM cerebral y valoración por neurología para definir requerimiento de punción lumbar”* y se ingresa a observación *“con toma de paraclínicos”*<sup>68</sup>.

Al analizar los resultados, los galenos de la nueva institución conceptúan que *“el paciente no tiene el cuadro típico de la enfermedad y no ha respondido a múltiples intervenciones”*, por lo que disponen ampliar *“estudios etnológicos, toma de venografía cerebral contrastada con gadolinio”* y en caso de trombosis, hacer nueva punción lumbar<sup>69</sup>. Los exámenes fueron practicados el mismo día y mostraron resultados dentro de límites normales<sup>70</sup>.

Ante la mejoría constante del paciente<sup>71</sup>, el 26 de abril de 2020 se dispuso su salida, con *“cita por consulta externa con neurología y oftalmología”*<sup>72</sup>. Solamente el 19 de septiembre de 2020, vuelve a urgencias por *“dolor de cabeza y no ve bien”*<sup>73</sup>; al ser valorado por medicina general se anota que cursa con *“cefalea, visión y fuerza de las extremidades progresivamente peor desde hace 20 días”*<sup>74</sup>, al paso que medicina interna encuentra como signos neurológicos *“alerta, orientado en 3 esferas, lenguaje claro y coherente, pausado, isocoria, alteración en campimetría visual ojo derecho, reflejo fotomotor y consensual conservado, no déficit de pares craneales,*

---

<sup>67</sup> Folio 395, *idem*.

<sup>68</sup> Folio 454, *idem*.

<sup>69</sup> Folio 456, *idem*.

<sup>70</sup> Folios 457 a 464, *idem*.

<sup>71</sup> Folio 467, *idem*.

<sup>72</sup> Folio 467, *idem*.

<sup>73</sup> Folio 478, *idem*.

<sup>74</sup> Folio 482, *idem*.

*fuerza 4/5 en miembro superior derecho, 5/5 superior izquierdo, fuerza 5/5 en miembros inferiores, no se valora marcha, no focalizaciones, no signos de irritación meníngea”<sup>75</sup>.*

Durante esa internación también presentó *“ausencia de deposición desde hace 4 días, asociado a dolor abdominal generalizado, emésis último día de ayer de contenido bilioso, realizan radiografía de abdomen y solicitan valoración por [gastroenterología] por sospecha de obstrucción intestinal”,* que luego es considerada como *“constipación-íleo, se indica enema jabonoso, toma de electrolitos y revaloración posterior”<sup>76</sup>,* cuadro que mejoró para el 22 de septiembre<sup>77</sup>, mientras el actor permanecía hospitalizado.

Controlado el evento gastrointestinal, el 23 de septiembre, es decir, cuatro días después de su ingreso a urgencias, es valorado por neurocirugía, especialidad que ordena reinstalar la válvula de Hakim<sup>78</sup> antes retirada por la infección que presentó y que no se había vuelto a colocar debido a los resultados, dentro de los límites normales de la presión del líquido cefaloraquídeo que hasta ese momento había reflejado el usuario. El implante se llevó a cabo al día siguiente -24 de septiembre de 2020-, sin complicaciones<sup>79</sup>, para ese momento Gabriel Muñoz Molina no refirió molestias en su órgano visual, pues únicamente manifestó sentir *“cefalea intensa que no cede con analgesia”<sup>80</sup>.* Un día después, fue conceptuada su *“adecuada evolución postoperatoria, modulando dolor, sin nuevos episodios eméticos, en el momento sin signos de focalización neurológica, herida quirúrgica cubierta sin signos de sangrado, por lo que se decide dar egreso con manejo analgésico y cita de control”<sup>81</sup>.*

Como se ve, en la historia clínica aportada a la foliatura, consta una prestación y autorización de servicios médico asistenciales diligente, continua e interdisciplinaria que impide predicar la negligencia o

---

<sup>75</sup> Folio 489, *idem*.

<sup>76</sup> Folio 498, *idem*.

<sup>77</sup> Folio 504, *idem*.

<sup>78</sup> Folio 507, *idem*.

<sup>79</sup> Folio 511, *idem*.

<sup>80</sup> Folio 512, *idem*.

<sup>81</sup> Folio 514, *idem*.

impericia de los facultativos tratantes. Sus intervenciones y prescripciones respondieron a las manifestaciones físicas y los resultados clínicos del usuario, quien desafortunadamente, padece una enfermedad atípica de etiología desconocida que debe ser manejada, en cada caso concreto, de acuerdo con los síntomas evidenciados, tal como lo relató el testigo Daniel Fernando Moreno Mora<sup>82</sup> y lo corroboró la perito traída al juicio por los actores. Ella, además, informó que respecto de esta patología no existen guías médicas emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>83</sup>, por lo que se debe acudir a la literatura sobre la materia.

Aunque esta profesional, especialista en medicina forense, conceptuó en su experticia que las accionadas incurrieron en tardanzas injustificadas en el diagnóstico y tratamiento idóneo del paciente, lo cierto es que en manera alguna hizo un estudio pormenorizado de la epicrisis. Únicamente refirió unas cuantas consultas del señor Muñoz Molina, sin tomar en consideración la multiplicidad de valoraciones por distintas especialidades, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y procedimientos que le fueron practicados ni sus resultados.

Adicionalmente, dejó de lado que el examinado obvió los controles por oftalmología y optometría oportunamente formulados por los diferentes centros de salud que lo atendieron, tal como él mismo lo admitió en su interrogatorio de parte<sup>84</sup>. Así, lo demuestran las respuestas entregadas por la experta, al cuestionario que le hiciera la apoderada judicial de EPS Sanitas, del siguiente tenor<sup>85</sup>:

*“(...) indíqueme al despacho si conoce, si o no, la historia clínica del 23 de abril del 2020, Clínica Universitaria Colombia donde se genera orden médica para control ambulatorio por oftalmología y se solicita campo visual computarizado’. Contestó: ‘No lo tengo acá dentro de los folios consultados, doctora’. ‘(...) indíqueme al despacho si conoce, si o no, la historia clínica del 21 de mayo de 2020 del centro médico Zona Inn donde se genera orden médica para control ambulatorio por oftalmología’. Contestó: ‘No doctora, usted escogió todos los folios que no me enviaron, entonces, desde ya le digo que no, no lo vi. Respecto de la valoración del 19 de junio de 2020, indíqueme al despacho si usted conoció esta historia clínica de Clínica Universitaria Colombia en consulta externa por neurocirugía donde se solicita campo visual computarizado’. Contestó: ‘No doctora, de todas maneras, como les expliqué*

<sup>82</sup> Minuto 00:37:10, Archivo “033GrabaciónAudiencia16Febrero2024.mp4” del “01CuadernoPrincipal”.

<sup>83</sup> Minuto 01:49:09, Archivo “040GrabaciónAudiencia22Abril2024.mp4” del “01CuadernoPrincipal”.

<sup>84</sup> Minuto 01:06:34, Archivo “040GrabaciónAudiencia22Abril2024.mp4” del “01CuadernoPrincipal”.

<sup>85</sup> Minuto 02:40:16, Archivo “040GrabaciónAudiencia22Abril2024.mp4” del “01CuadernoPrincipal”.

*el campo visual no descartaba papiledema, porque es otro tipo de examen (...) no doctora, ese folio no me lo mandaron'. (...) indíqueme al despacho si usted conoció la historia clínica del 21 de junio de 2020, realizado por centro médico Nariño, donde se solicita interconsulta por optometría'. Contestó: 'No, doctora, ese folio no lo revisé y para nada servía la consulta con optometría, porque él lo que tenía era un problema que debía ser evaluado por neurólogo oftálmico y el neurólogo oftálmico solamente lo vio, hasta el año 2021 cuando ya había perdido el ojo derecho (...)'.* *'(...) Cómo funciona la remisión para un supra especialista como el que usted nos está indicando, quién puede hacer la remisión (...)'. Contestó: 'lo puede hacer el oftalmólogo, lo puede hacer el neurólogo, lo pudo hacer el neurocirujano, pero un optómetra no tenía cabida (...)'. '(...) nos puede indicar si el optómetra puede realizar la remisión a esta supra especialidad'. Contestó: 'El conocimiento de un optómetra que no es médico, no le permite hacer esa remisión porque no dimensiona ni tiene conocimiento del problema'. 'Un optómetra no tiene conocimiento para verificar la capacidad visual de los ojos?(...)'. Contestó: 'Por supuesto, doctora, un optómetra no sabe qué es un síndrome de hipertensión endocraneana benigna (...)'. 'Pero puede o no verificar la capacidad visual del ojo?'. Contestó: 'Doctora, él solamente determina si hay miopía, si hay hipermetropía, su visión es limitada'. (...). 'Indíqueme al despacho como es cierto si o no que un especialista o un profesional en oftalmología, puede solicitar la remisión a un oftalmólogo neurólogo'. Contestó: 'Claro que sí, doctora, el oftalmólogo sí puede remitir a un neurólogo oftálmico, por supuesto que sí (...) el optómetra también puede remitir al oftalmólogo, claro que sí, pero al oftalmólogo, no al neurólogo oftálmico'. (...). 'Indíqueme al despacho si usted conoció la valoración realizada el 3 de septiembre de 2020 por oftalmosanitas al paciente'. Contestó: '(...) es uno de los folios seleccionados por la doctora de los cuales absolutamente yo no revisé'".*

Lo propio respondió la experta, con relación a las consultas del 2, 4 de septiembre, 7 de noviembre de 2020<sup>86</sup> y 22 de octubre<sup>87</sup>, refutando que se le preguntara, precisamente, por los folios que no revisó.

Tampoco abordó en su trabajo la variabilidad de la sintomatología, los repentinos cambios en la evolución del enfermo ni expuso qué otras ayudas científicas o técnicas tenían los médicos de las Clínicas Colsanitas para identificar de manera más certera y temprana el diagnóstico adecuado. Todo lo contrario, la deponente confirmó que el manejo que se le debía dar a la patología del demandante era *“inicialmente lo que hicieron, un manejo conservador”* con fármacos, descompresión, mediante las pulsiones lumbares. De ahí que el 26 de julio de 2019, como lo reconoció la perito, el Instituto Ilans envió al paciente a valoración por junta de neurocirugía prioritaria, sin indicar la realización de una cirugía.

Fue así que en el mes de octubre el examinado arribó a urgencias de la Clínica Santa María del Lago, se le practicaron los exámenes ya descritos

<sup>86</sup> Minuto 02:50:54 en adelante, *idem*.

<sup>87</sup> Minuto 02:56:40 en adelante, *idem*.

con antelación y, menos de dos meses después, esto es, el 10 de diciembre, se le implantó la válvula de Hakim.

Recuérdese que como también lo aceptó la profesional de la salud, cuando en consulta del 8 de octubre de 2020 se hizo alusión a la pérdida “*súbita*” de la visión del ojo izquierdo, se estaba hablando de un “*evento inesperado*” que, analizado en su integridad, con la situación fáctica extractada de la historia clínica del afiliado, permite inferir que pese a los ingentes esfuerzos profesionales que hicieron los especialistas tratantes, no fue posible prever ni prevenir el desafortunado desenlace en la salud visual del paciente, dada la evolución inestable de su sintomatología y la lamentable complicación que se produjo después de la primera derivación de ventrículo peritoneal que se le practicó, debidamente tratada y superada.

Ahora, aunque en la demanda se afirma que los facultativos de la Clínica Universitaria Colombia que hicieron el segundo procedimiento, informaron al aquejado que hubo demoras en su atención inicial y que para esa época –septiembre de 2020- ya su nervio óptico estaba dañado y “*no había nada que hacer*”, ninguno de esos expertos fue llamado al juicio para corroborar esas afirmaciones, sin que obren pruebas adicionales que permitan desvirtuar las anotaciones efectuadas en la historia clínica.

Se confirmará, entonces, la decisión cuestionada y se condenará en costas a la parte apelante, ante el fracaso de su recurso.

#### **IV. DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, la **SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ**, administrando justicia en el nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

**RESUELVE**

**Primero. CONFIRMAR** la sentencia proferida 17 de junio de 2024, por el Juzgado Cuarenta y Siete Civil del Circuito de Bogotá.

**Segundo. CONDENAR** en costas de la segunda instancia a la parte apelante. Para efectos de la liquidación, la Magistrada Sustanciadora fija como agencias en derecho la suma equivalente a dos (2) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes. Líquidense conforme a lo previsto en el artículo 366 del C.G.P..

**Tercero.** Por la secretaría de la Sala devuélvase el expediente a la oficina de origen. Oficiese y déjense las constancias a que haya lugar.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**AÍDA VICTORIA LOZANO RICO**

Magistrada

**FLOR MARGOTH GONZÁLEZ FLÓREZ**

Magistrada

**JOSÉ ALFONSO ISAZA DÁVILA**

Magistrado

(en uso de permiso)

Firmado Por:

**Aida Victoria Lozano Rico**

Magistrada

Sala 016 Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

**Flor Margoth Gonzalez Florez**  
**Magistrada**  
**Sala Civil**  
**Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,**

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: **78190eeb05862560a97f7abd4066e375e1acb4a004ebb3235572197a9eb2f6b9**

Documento generado en 06/05/2025 05:13:03 PM

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