

República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público



TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ, D.C.
SALA CIVIL DE DECISIÓN

Bogotá D.C., trece (13) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024)

MAGISTRADA PONENTE: **ANGELA MARÍA PELÁEZ ARENAS**
RADICACIÓN: **11001-31-03-022-2022-00102-01**
PROCESO: **VERBAL**
DEMANDANTE: **AURA MARÍA HURTADO MORA Y OTROS**
DEMANDADO: **CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN
CIUDAD – HOSPITAL UNIVERSITARIO
MAYOR MÉDERI**
ASUNTO: **IMPUGNACIÓN SENTENCIA**

De conformidad con el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, decide el Tribunal el recurso de apelación interpuesto por la parte actora, en contra de la sentencia emitida el 11 de diciembre de 2023 por el Juzgado Veintidós Civil del Circuito de Bogotá, en el asunto del epígrafe.

I. ANTECEDENTES

1. Pretenden los accionantes, que se declare “*responsable de la falla en la prestación en el servicio de salud*” al Hospital Universitario Méderi que pertenece a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad, por el fallecimiento del señor Luis Alberto Moreno Avellaneda.

En consecuencia, solicitaron condenar al demandado a pagar, para su ex cónyuge, Aura María Hurtado Mora 100 SMLMV, por daños morales, y la misma cantidad por daño en la vida de relación. Para Liliana del Pilar y Fabián Alberto Moreno Hurtado (hijos), deprecaron 100 SMLMV para cada uno, por daños morales. Todo lo anterior acompañado de su respectiva indexación de acuerdo con el índice de precios al consumidor.

Como sustento fáctico de sus aspiraciones, el mandatario de los promotores de esta contienda, esgrimió que el señor Luis Alberto Moreno

Avellaneda, ingresó a las instalaciones de la institución accionada, con "*dolor epigástrico, que ascendía de forma externa, tipo cólico, asociado a náuseas, sin disnea, sin alteración de conciencia, sin vómito o diarrea, y sin síntomas urinarios*", aclarando que dentro de su sintomatología no presentaba ninguna especie de infección bacteriana o septicemia.

Adujo que, al empeorar su estado de salud, el paciente requirió una intervención quirúrgica y procesos de reanimación; finalmente falleció el 28 de febrero de 2016, con causa básica de la muerte: "*SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA*", patología que nunca se evidenció, y por lo mismo, prácticamente, no fue tratada.

Agregó que, dadas las condiciones en que se produjo el deceso, solicitó dictamen de un experto, quien concluyó que la causa fue "*isquemia intestinal*", causada por una inadecuada valoración médica consistente en "(...) *una anamnesis deficiente, examen físico deficiente por lo que llevó a una conducta médica que retrasó el adecuado manejo del paciente*", circunstancia que representa un claro error de diagnóstico.

Las situaciones descritas precedentemente generaron un fuerte impacto en el núcleo familiar demandante, causando graves perjuicios en quienes lo componen, visibles sobre todo en la esposa del causante, quien "(...) *ha dejado de disfrutar los placeres de la vida, ya que su esposo era realmente su única compañía, acabando de este modo con todos y cada uno de los planes que estos tenían diseñados para disfrutar de su vejez*".

2. En su oportunidad, el centro hospitalario accionado se opuso a las pretensiones de la demanda, formulando las excepciones de mérito rotuladas "*LA ACTIVIDAD MÉDICA CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO; LAS ATENCIONES SUMINISTRADAS POR EL HOSPITAL AL PACIENTE FUERON ADECUADAS, PERTINENTES Y OPORTUNAS – INEXISTENCIA DE CULPA; NO EXISTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LAS ATENCIONES SUMINISTRADAS POR EL HOSPITAL Y LA MUERTE DEL PACIENTE; INEXISTENCIA O SOBRE ESTIMACIÓN DE PERJUICIOS; INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, DADA LA AUTONOMÍA DEL ACTO MÉDICO Y LA EXCEPCIÓN GENÉRICA*".

3. Por su parte, Allianz Seguros S.A, llamada en garantía por la enjuiciada, coadyuvó las excepciones antes mencionadas, y para referirse al llamamiento que se le realizó, alegó la *"PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO; NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS, TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO; RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES N°: 022133078/0; SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS; CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS; LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE; DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO Y LA EXCEPCIÓN GENÉRICA O INNOMINADA"*.

II. LA SENTENCIA APELADA

1. La funcionaria *a quo* denegó las pretensiones elevadas por el extremo impulsor, al no probarse el hecho culposo, como elemento de la responsabilidad endilgada al centro hospitalario llamado a juicio.

2. Particularmente, destacó lo siguiente.

Luego de analizar los elementos axiológicos de la responsabilidad en general, así como los de la médica, argumentó que si bien el daño estaba plenamente demostrado, consistente en el deterioro en la salud de Luis Alberto Moreno Avellaneda y su posterior fallecimiento, no encontró probada la culpa endilgada a la pasiva o del personal adscrito a la misma, pues, aun cuando el 27 de enero de 2016 el paciente ingresó a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad – Hospital Universitario Mayor Méderi, cuyo motivo de consulta fue un dolor abdominal; el material probatorio militante en el expediente, junto con las declaraciones de los galenos expertos, permiten concluir que fue atendido de manera diligente y de acuerdo a los diagnósticos presentados.

Refirió que, a pesar de las inconsistencias puestas de presente por los demandantes, la debida atención se ve reflejada en el historial clínico del señor Moreno Avellaneda, aspecto confirmado por "[e]l cirujano general Juan Manuel Salazar [quien] explicó que el paciente no presentaba síntomas de abdomen

agudo o lesión intestinal, de manera que era necesario indagar si existían lesiones o algún asunto cardíaco dada la edad de aquel, sin que la exploración abdominal mostrara alteración. El galeno aseveró que la isquemia no se detectó en ecografía, ni en ningún hallazgo clínico o paraclínico, pero que ante nuevos hallazgos el 28 de enero se envió al paciente a cirugía de urgencia vital, antes de la cual tuvo un paro cardíaco, que deterioró aún más la salud del mencionado". Además, "(...) el galeno Darío Isaías Pinilla aseveró que el tiempo de atención fue razonable, tratándose además de una patología de difícil diagnóstico con mucho impacto de comorbilidad, que a la postre afectó al paciente desde el punto de vista neurológico que no le permitió mejoría y lo condujo a cuidados crónicos y paliativos al final de sus días".

A su vez, al observar los dictámenes médicos aportados al plenario, el arrimado por la parte actora "(...) no logró desvirtuar que el manejo y los tratamientos realizados por los galenos tratantes pertenecientes a la institución que hoy es convocada, ni que los síntomas presentados por el occiso fueran ajenos o distantes a los indicados en las denominadas 'Guías para Manejo de Urgencias 3ª Edición Tomo II [Grupo Atención de Emergencias y Desastres]'", mientras que en el laborio presentado por la pasiva "(...) el médico Charles Elleri Bermúdez Patiño, destacó que el cuadro clínico presentado por el paciente no era posible diagnosticar una isquemia intestinal puesto que 'a su ingreso, presentaba signos y síntomas muy inespecíficos, sin antecedentes que le confirieran factores de riesgo para problemas embólicos o trombóticos, sin presentar signos de abdomen agudo'. Concluyó el profesional de la medicina que 'El diagnóstico de la isquemia mesentérica sigue siendo un reto clínico, el examen físico y los hallazgos de laboratorio tienen baja sensibilidad y especificidad, lo que hace que en la mayoría de los casos el diagnóstico es tardío, la combinación de hallazgos clínicos, de laboratorio y radiológicos con la realización de una tomografía de abdomen con valoración vascular ayuda a establecer el diagnóstico y su posible causa (...)'", argumento refrendado por Santiago Moros, director de urgencias del hospital accionado y Omar Espitia, especialista en cirugía general, sumado a que el padecimiento de "isquemia mesentérica aguda" se considera de muy alta mortalidad, de acuerdo con el documento en mención.

Todo lo anterior para concluir que "(...) no hay medio probatorio a través del cual se demuestre un mal diagnóstico o actuar por parte del Hospital censurado, pues se evidencia que los galenos tratantes adscritos a esa IPS siguieron a cabalidad el procedimiento (...) " nombrado en las referenciadas guías médicas;

de las que se extrae que para "(...) la determinación de esta enfermedad, no basta con la realización de una ecografía como lo planteó la parte demandante y que, en concordancia con las actuaciones desplegadas por los galenos tratantes del hospital, le fueron realizados los exámenes que la citada guía para manejo describió, así como los testigos, quienes aunque tachados de sospecha por su vínculo con la parte demandada (art. 211 C. G. del P.) fueron responsivos, espontáneos y suministraron un dicho fundado científicamente (...)".

III. LA IMPUGNACIÓN

1. Inconforme con tal determinación, en la oportunidad de que trata el inciso 2. del numeral 1. del artículo 322 del Código General del Proceso, el apoderado de la parte demandante interpuso recurso de apelación, exteriorizando sus reparos, con sustento en las argumentaciones que se presentan a continuación.

1.1. Censuró que el despacho injustificadamente le restó importancia a la experticia por él presentada y, por el contrario, tuvo en cuenta el dictamen aportado por su contraparte, mismo allegado por fuera del término legalmente establecido para ello.

1.2. Cuestionó a la falladora por acoger las declaraciones de los médicos pertenecientes a la entidad accionada, aun cuando estos fueron tachados, debido a que la credibilidad de los testigos podría ser puesta en duda.

1.3. Argumentó, como error del juzgado, pasar por alto la indicación de la literatura médica sobre la patología que produjo la muerte del causante, la cual fue informada en las alegaciones finales.

1.4. Por último, dijo que no se hizo un examen completo de la historia clínica, con relación a los tiempos de atención al paciente y realización de exámenes y procedimientos, siendo este uno de los elementos determinantes de la responsabilidad en este caso.

2. En la fase sustentatoria adelantada ante esta Colegiatura, la parte demandante desarrolló los reparos inicialmente elevados, esgrimiendo, en síntesis, las siguientes explicaciones:

2.1. Insistió que la única experticia legamente aportada fue la de la parte que representa, tal como se dejó expresado en auto del 23 de febrero de 2023, por lo que hizo mal el despacho en acoger aquella traída por su contraparte, máxime cuando basó su decisión en ese trabajo, dejando de lado las disposiciones del artículo 164 del C.G.P cuyo tenor literal enseña: *"toda decisión judicial debe fundarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso"*, causando extrañeza que ninguno de los argumentos otorgados por el profesional contratado por el extremo actor fueron tenidos en cuenta, mismos con los que *"(...) se explicó y se estableció el nexo de causal correspondiente entre la mora de la prestación del servicio y el evento fatídico que conllevó a la muerte del señor MORENO"* y que, de hecho, nunca fue cuestionado en su credibilidad.

2.2. Argumentó que realizó de forma oportuna la respectiva tacha de sospecha de los testigos, pues cada declaración provenía de profesionales al servicio de la demandada, lo que genera un manto de duda sobre cada uno de ellos; sin embargo, el despacho acogió íntegramente cada pronunciamiento, haciendo una mención casi nula sobre ese relevante aspecto.

Señaló que es evidente, en cada testificación, la búsqueda de la defensa de la teoría del demandado, más aún cuando cada uno fue responsable de los procedimientos practicados, para demostrar a su acomodo que la mora en la prestación del servicio médico no guarda relación con la muerte del esposo y padre de los demandantes. El despacho dejó de lado las declaraciones surtidas por los actores, que muestran cómo existió una total negligencia en lo humano, y como con un actuar prudente se hubiese podido evitar la muerte de una persona, aspecto no valorado por la juzgadora de primera instancia.

2.3. Reiteró que no se tuvo en cuenta la literatura médica sobre la patología del causante, habiéndose mencionado artículos de revistas médicas en los alegatos de conclusión. Además, aclaró que el porcentaje mencionado

en la sentencia "(...) *está basado en solo una fuente bibliográfica, que puede sugerir una práctica profesional en términos que no encajan en el caso en particular, y por lo cual no constituyen una verdad absoluta en el tratamiento de este paciente*".

2.4. Finalmente, replicó lo dicho frente a la poca verificación de la historia clínica del paciente, en relación con los tiempos de atención, realización de exámenes y procedimientos.

3. Al recorrer el traslado de la sustentación de la alzada, la abogada del establecimiento médico manifestó que la sentencia de primer grado debía ser confirmada, para lo cual indicó, en síntesis, que el dictamen pericial aportado en su defensa, se allegó dentro de los plazos legales y distinto a las manifestaciones de los apelantes, sí se surtió la respectiva contradicción, solo que no mereció ningún pronunciamiento de la parte actora en la etapa correspondiente.

Señaló que si bien el trabajo, en principio, se presentó con la ausencia de algunos de los requisitos previstos por el artículo 226 del C.G.P., el despacho concedió el término para su complementación, lapso dentro del cual se subsanaron las omisiones advertidas, pero, tampoco en ese instante hizo algún pronunciamiento el gestor de los demandantes. En todo caso, refirió que, de acuerdo con reiterados pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia, ese tipo de prueba debe ser valorada a pesar de echarse de menos algunas formalidades, siempre y cuando lo omitido no comporte una relevancia tal que impida su apreciación con sujeción a los presupuestos establecidos en el artículo 232 del Código General del Proceso. Además, la experticia allegada por los actores fue desechada en razón a la falta de convencimiento en sus conclusiones y a la impericia e inexperiencia de quien lo rindió.

Reprochó el hecho de que el recurrente alegue la inadvertencia de un pronunciamiento por parte del despacho de primer grado, frente a la tacha de los testigos, pues sí lo hizo. Y es que, a pesar de tratarse de personal adscrito a la institución, eso no implica la contaminación de las declaraciones o que se vea afectada la imparcialidad de los citados.

Con relación a los reparos exteriorizados frente a la literatura inobservada por la juzgadora, dijo que "(...) *no es posible como lo pretende el apoderado de la parte demandante tratar de acomodar información contenida en literatura médica que no fue aportada como prueba en el proceso y no fue debidamente contrastada por profesionales de la salud, ni analizada a la luz del caso bajo estudio*".

4. Argumentos sostenidos por Allianz Seguros S.A., quien se pronunció uno a uno sobre los reparos del promotor de la alzada y explicó las razones por las que considera acertado el fallo de primer orden. Además, reiteró sus argumentaciones relacionadas con la prescripción de la acción derivada del contrato de seguros, presentada como excepción al pronunciarse frente al llamamiento en garantía que se le hizo.

IV. CONSIDERACIONES

1. Al encontrarse reunidos los presupuestos procesales y no advertirse vicio que invalide la actuación, se hace necesario anotar, de manera preliminar, que esta Sala se circunscribirá a examinar, exclusivamente, los motivos de desacuerdo demarcados por la parte apelante, acatando los lineamientos del inciso 1º de los cánones 320 y 328 del Código General del Proceso, embates que, conforme a la tesis impugnativa blandida, se dirigen a cuestionar, en lo medular, **i)** que la falladora solo tuvo en cuenta el dictamen pericial aportado extemporáneamente por la parte pasiva, dejando de lado el de la actora, cuyas conclusiones no fueron criticadas de ninguna manera; **ii)** los testimonios acogidos por el despacho, oportunamente tachados de sospechosos, obviando las exposiciones hechas por cada demandante; **iii)** la inadvertencia de la literatura médica mencionada en la etapa de alegatos de conclusión, y **iv)** la valoración realizada al historial clínico del paciente fallecido, en lo que tiene que ver con los tiempos de atención, realización de exámenes y procedimientos idóneos para lograr el diagnóstico temprano de la patología que llevó al deceso del señor Luis Alberto Moreno Avellaneda.

2. Precisado el escenario impugnativo planteado en el presente asunto, comporta memorar que la hoy Sala de Casación Civil, Agraria y Rural, en sentencia SC3367-2020 recordó que,

[l]a prosperidad de una acción de responsabilidad civil para la indemnización de perjuicios ocasionados en la actividad médica, supone la demostración de la convergencia de todos sus elementos estructurales esto es, el daño, la culpa contractual o extracontractual, según el caso, radicada en los demandados y el nexo de causalidad entre aquellos. En línea de principio, los profesionales de la medicina se comprometen a desarrollar su actividad con la prudencia y diligencia debidas, haciendo el mejor uso de sus conocimientos y habilidades para brindar a sus pacientes una atención encaminada a emitir un correcto y oportuno diagnóstico de las patologías que los afecten, así como a la prescripción del tratamiento adecuado. Sin embargo, según lo tiene decantado la jurisprudencia de esta Corporación, por regla general, de allí no se deriva una obligación de resultado en cuanto a la recuperación de la salud, sino de medios, para procurar la satisfacción de ese objetivo.

Al respecto, en SC15746-2014 se dijo que (...) las fallas ostensibles en la prestación de servicios de esa índole [médica], por acción u omisión, ya sean resultado de un indebido diagnóstico, procedimientos inadecuados o cualquier otra pifia en la atención, son constitutivas de responsabilidad civil, siempre y cuando se reúnan los presupuestos para su estructuración, ya sea en el campo contractual o extracontractual. (...) Esa responsabilidad no solo se predica de los galenos, en sus diferentes especialidades, pues, los centros hospitalarios están obligados directamente a indemnizar por las faltas culposas del personal a su servicio, toda vez que es a través de ellos que se materializan los comportamientos censurables de ese tipo de personas jurídicas (...) Esto aunado a que la relación entre el centro asistencial y el enfermo es compleja, bajo el entendido de que comprende tanto la evaluación, valoración, dictamen e intervenciones necesarias, como todo lo relacionado con su cuidado y soporte en pos de una mejoría en la salud, para lo que aquel debe contar con personal calificado y expertos en diferentes áreas (...).

3. En el contexto descrito, prontamente se anticipa la confirmación del fallo de primera instancia, puesto que los reparos exteriorizados en la apelación no logran derruir la sentencia, cuya tesis decisional se fundó, medularmente, en que el extremo demandante no acreditó la culpa de su contraparte para atribuirle la responsabilidad médica deprecada, como a continuación pasa a explicarse.

4. No habiendo reparo alguno frente a la probanza del desafortunado fallecimiento del señor Luis Alberto Moreno Avellaneda,

después de que fuera atendido en las instalaciones de la clínica querellada, esta Corporación se centrará en examinar si en realidad está demostrada la responsabilidad del hospital enjuiciado por el fallecimiento del señor Moreno Avellaneda, en razón a una falta de diligencia en su diagnóstico y si las medidas adoptadas por la institución se ajustan a la *lex artis*, en el marco de las puntuales inconformidades planteadas por el extremo apelante.

5. Para empezar, conviene aclarar que el descontento del extremo actor se fincó, en lo medular, en la supuesta extemporaneidad del dictamen pericial aportado por la pasiva, tesis condenada al absoluto fracaso, comoquiera que, cuando las decisiones sobre aspectos procesales ya han cobrado firmeza dentro del decurso del litigio y las fases del juicio se encuentran consolidadas, no es posible aprovechar el trámite de la apelación para fustigar lo zanjado, esto en virtud del principio de preclusión, consagrado en el artículo 117 del Código General del Proceso.

Si esto es así, en el caso en concreto basta con reseñar que la parte actora no utilizó los mecanismos impugnativos con los que contaba en su momento, para enfrentar la determinación de la juzgadora, quien decidió ordenar la complementación del laborío confeccionado por su contraparte o la forma en que se practicó la contradicción del mismo, si es que tales determinaciones no eran de su agrado; incuria que ciertamente imposibilita el éxito de la apelación interpuesta, máxime cuando tampoco se otea anormalidad adjetiva en relación con este punto de la controversia.

Nótese que, de cara al auto del 23 de febrero de 2023, la falladora otorgó un término de 10 días para complementar los defectos meramente formales que advirtió, mismos subsanados en la oportunidad concedida y puestos en conocimiento del abogado de los demandantes de la forma prevista en el artículo 9 de la Ley 2213 de 2022, según la instrucción impartida por la directora del proceso en aquella providencia, sin que el impugnante hubiera presentado reparo alguno; luego, de prohibirse tal proceder en esta instancia, se desdeñarían “[c]laros principios del derecho procesal, como los de preclusión y eventualidad, [que] indican que cuando se agota un estadio procesal no es posible reabrirlo, menos aun cuando se acepta pasivamente una determinación al no

promover los mecanismos de control dispuestos en la legislación para obtener su modificación o revocatoria”¹.

5.1. Hechas las anteriores acotaciones, también criticó que para adoptar su sentencia, la *a quo*, entre otras valoraciones demostrativas, le hubiera dado mayor credibilidad a la experticia elaborada por el Dr. Charles Elleri Bermúdez Patiño (quien dijo ser médico cirujano egresado de la Universidad Javeriana, especialista en cirugía general de la misma institución), frente a la exposición de la pericia realizada por el Dr. Aníbal Israel Navarro Escobar (quien aseveró ser médico de la Universidad Cooperativa de Pasto, que cuenta con un posgrado en Medicina Forense de la Universidad Nacional de Colombia), dada la claridad y coherencia que suministró el primero; estimación probatoria que encuentra eco en el artículo 232 del C.G.P., que preceptúa, “[e]l juez apreciará el dictamen de acuerdo con las reglas de la sana crítica, teniendo en cuenta la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos, la idoneidad del perito y su comportamiento en la audiencia, y las demás pruebas que obren en el proceso”.

En este punto, conviene destacar la trascendente importancia, en estos casos, que se le debe asignar a los informes rendidos por los profesionales en la materia, frente a lo que ha dicho la Corte Suprema de Justicia,

[C]uando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia (...) y que a fin de cuentas dan, con carácter general, las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa. En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la

¹ CSJ. Sentencia SC4263-2020 del 9 de noviembre de 2020, rad. 54001-31-10-003-2011-00280-01.

experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan pero no ocasionan².

Así, no se observa el desafuero comprobatorio enrostrado por el extremo impugnante, pues al preguntársele al experto que en su hoja de vida no se demuestra tener experiencia en atención médica o en urgencias, el cual es un tema relevante en el presente caso, se le solicitó explicar sus conocimientos en ese campo, el Dr. Navarro Escobar indicó que su práctica en ese campo fue *"en el año 2007 ya como médico general en el servicio social obligatorio (...). En 2006 es el internado que es el último año de la carrera prestando servicios asistenciales"*. También se le cuestionó al auxiliar de la justicia si, *"¿posteriormente usted ejerció labores como médico asistencial?"*, a lo que contestó: *"no, desarrollando únicamente mi especialidad en medicina forense"*.

Con todo, no puede perderse de vista que en el análisis realizado, el concepto final del perito fue que *"[e]n el presente caso hay una relación de causalidad entre la ausencia de una adecuada valoración médica el día 27 de enero de 2016 a las 15:14 horas, la inadecuada valoración médica consiste en una anamnesis deficiente, examen físico deficiente por lo que llevó a una conducta médica que retrasó el adecuado manejo del paciente"*; sin embargo, en consideración de esta Sala, el Dr. Navarro, además de exponer el contenido del historial clínico del paciente, conceptualizar los hallazgos del cuadro clínico presentado y exponer alguna literatura relacionada con la patología, su disertación careció de precisión, además de que algunas de sus explicaciones fueron divagatorias y contradictorias, toda vez que no suministró respuestas concluyentes frente al caso específico; mírese que sus análisis se cimentaron únicamente en escenarios teóricos no aplicables en su totalidad al evento particular padecido por el señor Moreno Avellaneda.

Al efecto, el segmento conclusivo está fincado, básicamente, en la tardanza en el diagnóstico definitivo de la patología presentada por el paciente de *"isquemia mesentérica"*, lo que generó un tratamiento intempestivo, causándole la muerte. No obstante, sus fundamentos parten de un indebido

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P. Jorge Santos Ballesteros, 26 de septiembre de 2002, Exp. 6878.

análisis inicial por parte de los médicos tratantes, con base en el conocimiento científico afianzado, que enseña que "[s]e ha estimado que la viabilidad intestinal puede preservarse en 100% de los casos siempre y cuando el diagnóstico se realiza durante las primeras 12 horas de inicio de los síntomas. La viabilidad disminuye al 56% cuando el diagnóstico se realiza entre las 12 a 24 horas. La viabilidad disminuye a un 18% cuando se realiza después de las 24 horas".

Puestas de esta manera las cosas, resulta apenas obvio, y no es necesario un dictamen pericial para establecer que un diagnóstico temprano de cualquier patología podrá incrementar las posibilidades de éxito en su recuperación, o por lo menos, disminuirá las probabilidades de un suceso fatal; no obstante, el mismo laborio enseña la forma médica para dictaminar ese cuadro clínico, enfatizando que "[e]l diagnóstico de la isquemia mesentérica aguda exige un alto índice de sospecha y la historia clínica ocupa un papel fundamental. La isquemia mesentérica aguda de tipo oclusivo es más frecuente en pacientes ancianos donde hay coexistencia de comorbilidades de tipo cardiovascular y aterosclerosis o antecedentes de secuelas de enfermedades vasculares. Se suele encontrar angina mesentérica, disminución de peso y desnutrición como antecedente, debido al bajo aporte de flujo sanguíneo. Se debe sospechar en ancianos con dolor abdominal súbito y Severo con mínimos hallazgos al examen físico e historia de enfermedad cardiovascular, en pacientes con dolor abdominal agudo luego de intervenciones arteriales, historia de arritmias cardíacas o infarto agudo de miocardio. El examen físico en la etapa temprana es frecuente encontrar ausencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica y cambios mínimos al examen abdominal. Entonces el dolor abdominal referido por el paciente guarda poca relación con los hallazgos en el examen físico especialmente a nivel abdominal. A medida que la enfermedad evoluciona puede encontrarse signos de respuesta inflamatoria sistémica, inestabilidad hemodinámica, signos de hipoperfusión tisular, hipotermia, distensión e irritación peritoneal. En todos los casos es obligatorio realizar el tacto rectal en busca de sangre en la ampolla rectal".

Es decir, según la literatura empleada por el mismo profesional, para determinar con éxito y de forma temprana la "isquemia mesentérica" es ineludible que se presente desde un primer momento: **i)** un alto índice de sospecha; **ii)** la coexistencia de comorbilidades de tipo cardiovascular y aterosclerosis o antecedentes de secuelas de enfermedades vasculares, y **iii)** dolor abdominal agudo luego de intervenciones arteriales, historia de arritmias

cardíacas o infarto agudo de miocardio. Y, en todo caso, a medida que la enfermedad evoluciona se van presentando otros signos.

Entonces, aplicando estas nociones al caso en concreto, luego de verificar el historial médico del paciente, no se puede deducir, con la solidez debida, un errado o tardío diagnóstico, pese a concluirse lo contrario en el dictamen auscultado, comoquiera que, en este asunto, el escenario es diferente al planteado por el experto, de acuerdo con el registro del señor Luis Alberto Moreno Avellaneda, quien arribó a urgencias del hospital anunciando un *"CUADRO QUE INICIA EL DÍA DE HOY DE DOLOR EPIGÁSTRICO QUE ASCIENDE EXTERNA TIPO CÓLICO ASOCIADO A NÁUSEAS, NIEGA DISNEA, NIEGA ALTERACIÓN DE CONCIENCIA, NIEGA VÓMITO O DIARREA, NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS, REFIERE DOLOR INICIA POSTERIOR A ACTIVIDAD FÍSICA (TROTAR) E INGESTA DE JUGO (CON SÁBILA Y VERDURAS) POR LO CUAL CONSULTA, CON ESTADO DEL DOLOR MODERADO Y PÁLIDO. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN: NORMAL BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN DE EPIGASTRIO"*; sintomatología ampliamente alejada a aquella citada por el perito, sumados los antecedentes del paciente que solo demuestran el consumo de un medicamento para controlar la presión arterial alta, sin que se haya registrado algún evento adverso, situaciones que impiden colegir con certeza una determinación inoportuna. Expresado de otra manera, los síntomas y antecedentes del señor Moreno no permitían establecer o al menos sospechar médicamente el inicio de un cuadro de *"isquemia mesentérica"*, misma que, insístase, para su diagnosis temprano *"exige un alto índice de sospecha"*, tal y como lo expresaron en audiencia los médicos que trataron al paciente.

5.2. Por el contrario, el Dr. Charles Elleri Bermúdez Patiño expuso su laborío científico de manera certera y coherente, del cual viene bien destacar los siguientes extractos:

1. ¿De acuerdo con lo registrado en la historia clínica del señor Luis Alberto Moreno Avellaneda (en adelante el paciente), para el ingreso del paciente al Hospital Universitario Mayor Méderi el 27 de enero de 2016 presentaba un cuadro compatible con septicemia, infección bacteriana o abdomen agudo?

Respuesta: No. (...) En el caso particular el paciente ingresa al servicio de urgencias del Hospital Universitario Mayor Méderi el 27 de enero de 2016 a las 13:40 donde se anotan los siguientes signos vitales: TA 123/82, FR 18, Pulso 61, Temperatura 37°C, Sat O2 96%, no alteración del estado de conciencia, dolor abdominal epigástrico que se irradia a tórax, no se anotan signos de irritación peritoneal. Como se puede leer al ingreso del paciente al servicio de urgencias no presentaba evidencia de proceso séptico, infección bacteriana o abdomen agudo.

2. ¿De acuerdo con su respuesta anterior el paciente debió haber sido valorado a su ingreso por la especialidad de cirugía general? Argumente su respuesta.

Respuesta: No. Al ingreso del paciente no se evidenciaron signos de irritación peritoneal, la impresión diagnóstica inicial dados los signos y síntomas del paciente no sugerían una patología quirúrgica emergente, por lo que se decidió la observación clínica, y la toma de paraclínicos con el fin de descartar posibles causas de la sintomatología referida, conducta adecuada y ceñida a la lex artis, la sospecha clínica y la conducta se realizó con base en lo evidenciado en la valoración inicial de urgencias.

3. De acuerdo con la evolución del cuadro clínico presentado por el paciente entre el 27 y el 28 de enero de 2016, indique si la valoración por la especialidad de cirugía general fue oportuna.

Respuesta: Sí. La valoración por Cirugía General fue solicitada con base en los siguientes hallazgos detectados durante la observación del paciente: Persistencia del dolor abdominal del paciente a pesar del manejo analgésico, cambio de las características del dolor, de una localización epigástrica a una generalización del mismo, se anota en la valoración médica de las 20:13 del 27 de enero, ausencia de signos de irritación peritoneal, con signos vitales normales, en particular, no hipotensión, no taquicardia, frecuencia respiratoria normal, no déficit neurológico, paraclínicos reportados hasta ese momento sin hallazgos relevantes.

Dada la persistencia del dolor y los cambios en el mismo, la solicitud de una interconsulta por cirugía obedece al raciocinio lógico y secuencial, por lo anterior, oportuna de acuerdo a lo referido durante la observación clínica en urgencias del paciente.

4. ¿La conducta asumida por el cirujano general fue la adecuada de acuerdo con la sospecha de isquemia mesentérica intestinal?

Respuesta: Sí. La primera valoración por cirugía se realiza el 27 de enero de 2016 a las 21:53, donde se evidencia: afebril, orientado, con dolor abdominal leve generalizado, sin signos de irritación peritoneal, no masas o adenopatías, tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria normales; en los paraclínicos, leucocitosis (aumento de los glóbulos blancos); en el hemograma, función renal alterada; resto normal, se solicitó ecografía abdominal y observación.

Revaloración por cirugía el 28 de enero de 2016 a las 03:36, donde se hace la impresión diagnóstica de isquemia mesentérica, las razones para esta sospecha diagnóstica fueron: deterioro clínico con hipotensión, aumento de la frecuencia cardíaca, hiperglicemia, acidosis láctica, persistencia del dolor abdominal, con lo anterior se decide manejo quirúrgico como urgencia vital, se inicia manejo antibiótico.

Una vez se establece la impresión diagnóstica de isquemia mesentérica, la conducta quirúrgica es mandatoria y esta incluye la exploración abdominal mediante laparoscopia o laparotomía, en el caso particular como se describió previamente una vez se identificó la posibilidad de una isquemia mesentérica se decidió la conducta quirúrgica como urgencia vital.

6. ¿De acuerdo con el cuadro clínico presentado por el paciente, a su ingreso era posible diagnosticar desde ese momento un cuadro de isquemia intestinal?

Respuesta: No. El paciente a su ingreso, presentaba signos y síntomas muy inespecíficos, sin antecedentes que le confirieran factores de riesgo para problemas embólicos o trombóticos, sin presentar signos de abdomen agudo.

7. ¿De acuerdo con su conocimiento y experiencia, la laparotomía practicada al paciente fue oportuna?

Respuesta: Sí. La laparotomía se realizó una vez se plantea la sospecha clínica de isquemia mesentérica y se logra la estabilización hemodinámica y electrolítica del paciente en la sala de reanimación de urgencias.

Segmentos conclusivos acogidos por el apoderado actor, pues en la oportunidad de que trata el artículo 228 del C.G.P. no formuló la oposición en los términos esgrimidos en su pliego impugnativo, olvidando que, según palabras de la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural, *"ese medio persuasivo sólo puede controvertirse mediante la 'solicitud de comparecencia del perito a audiencia para interrogarlo', la aportación de otro diagnóstico similar o la realización de ambas cosas, a voces del 'artículo' 228 del estatuto adjetivo"*³.

6. Dilucidado lo anterior, debe señalarse que la determinación fustigada no se cimentó únicamente en las experticias previamente analizadas, en tanto, para ello se tuvieron en cuenta los testimonios rendidos por los especialistas que atendieron al paciente, desde el momento de su ingreso al establecimiento médico, hasta su fatídico fallecimiento, aspecto también cuestionado por el litigante opositor; reproche que tampoco está llamado a prosperar.

Ciertamente el apoderado tachó por sospechosos a los comparecientes, lo cual está establecido en el artículo 211 del Código General del Proceso que previene que, *"[c]ualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales u otras causas.*

*La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. **El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo con las circunstancias de cada caso***". (Se resalta).

De ahí que el formular tempestivamente la tacha no implica, *per se*, el desecho automático de esas declaraciones como lo sugiere el mandatario de los demandantes, pues el solo hecho de que los deponentes se encuentren vinculados laboralmente con la pasiva no significa la contaminación de su informe, máxime, al relacionarse el presente asunto con una posible atención médica defectuosa o tardía, las personas idóneas para atestiguar son, precisamente, quienes cuentan con los conocimientos científicos sobre la

³ CSJ. STC13827-2019.

materia, y que atendieron la emergencia presentada por el causante, más aún cuando se trata de temas técnicos que difícilmente puedan ser dilucidados por terceros inexpertos, por lo que no se considera un desatino de la funcionaria *a quo* acoger las testificaciones, valoradas, eso sí, bajo las reglas de la sana crítica y con mayor rigurosidad, criterios no cuestionados en esta oportunidad.

En este punto, también mostró el censor su inconformidad por no otorgársele valor a las declaraciones de cada uno de sus representados, punto en el que tampoco se halló desafuero alguno, si en mente se tiene que las manifestaciones de Aura María Hurtado Mora, Fabián Alberto Hurtado y Liliana del Pilar Moreno Hurtado, no son atendibles para determinar el diagnóstico retardado, menos la negligencia endilgada a la pasiva, porque más allá de tratarse de los familiares cercanos al paciente y los promotores de esta causa, estas personas no cuentan con la aptitud para dar verídica razón de la facticidad aquí averiguada, al no tratarse de testigos técnicos que pudieran dar certeza de sus afirmaciones, ya que, *"en nuestro ordenamiento procesal es aquella persona que, además de haber presenciado los hechos, posee especiales conocimientos técnicos, científicos o artísticos sobre ellos (art. 227 C.P.C., inc. 3º; y art. 220 inc. 3º C.G.P.), cuyos conceptos y juicios de valor limitados al área de su saber aportan al proceso información calificada y valiosa sobre la ocurrencia de los hechos concretos que se debaten"*⁴.

6.1. En contraposición a ello, se recepcionó el testimonio del galeno Santiago Moros Portilla, jefe y director del servicio de urgencias de la corporación Méderi, quien manifestó que el paciente fue valorado en su ingreso por un dolor abdominal *"inespecífico"* y no se podía presentar un diagnóstico preciso, *"porque el abdomen era blando, era depresible, no tenía signos de que hubiera un proceso infeccioso activo severo o que hubiera un proceso inflamatorio severo, esos dolores son difíciles de diagnosticar (...). Desde el momento en que él ingresó hasta que le tomaron los gases arteriales, digamos, el paciente presentó la misma estabilidad, el dolor permaneció en su intensidad"*. Y aclaró, *"si el paciente llega con un dolor abdominal inespecífico, como en este caso, y sobre todo que él decía que había estado trotando, hay muchas sospechas, desde un infarto hasta una úlcera péptica o una enfermedad ácido péptica una pancreatitis, una colecistitis o una apendicitis, porque el dolor del apéndice también empieza en epigastrio y eso fue lo*

⁴ CSJ. SC9193-2017

que se tomó. Cuadro hemático, se pide un perfil pancreático o amilasa, se pide también una troponina, hay que mirar a ver si el corazón está afectado ya por la edad del paciente y el esfuerzo que hizo en el trote y también por un alimento que consumió que es, digamos, una combinación de algunos vegetales o algo así”.

6.2. Por su parte, Juan Manuel Salazar Correa, médico cirujano general, enrostró las atenciones brindadas directamente al señor Moreno Avellaneda, porque en ese momento estaba de turno en la institución y fue llamado para evaluar el caso, e informó que al examinarlo no se encontraban signos específicos que hicieran pensar que tuviera una lesión intestinal; en esos casos se debe tratar de ubicar las causas, *“las más comunes en el dolor en esa zona, pues obviamente lo hacen pensar a uno en que sea enfermedad relacionada con lesiones ácido pépticas en el estómago o en el duodeno, o lesiones en la vesícula como inflamación producida por cálculos como lo que llamamos colecistitis aguda o por lesiones que se puedan encontrar en el páncreas, como una pancreatitis aguda. En algunas ocasiones también debe uno descartar que no se esté tratando de una lesión cardíaca, porque algunas lesiones cardíacas, en vez de dar los dolores típicos que conocemos todos, del dolor torácico que se irradia hacia el cuello hacia los brazos pueden solo expresarse a través de lesiones de dolor o dolor en la zona del epigastro, como había comentado. Entonces, basado uno en eso, pues empieza a ir descartando progresivamente cada una de las principales y las más comunes enfermedades que puedan causar ese tipo de dolor, que fue lo que se hizo (...)”.*

Finalmente, explicó, frente al diagnóstico de una isquemia intestinal que, *“de por sí es bastante difícil, aun utilizando grandes tecnologías porque no es una enfermedad común, es una enfermedad que se presenta en al menos 10 personas por cada 100.000 habitantes, obviamente a medida en que avanza la edad de las personas empieza a ser un poco más frecuente (...). Es mucho más común encontrar pacientes que desarrollan isquemia intestinal cuando tiene antecedentes previos que hace sospechar que se presente; por ejemplo: pacientes que tengan arritmias cardíacas previas, pacientes que hayan tenido infartos al corazón recientemente, pacientes que tengan historia de insuficiencia cardíaca congestiva”* elementos que, junto con los dolores gastrointestinales sí podrían llevar a pensar que el paciente padece de una *“isquemia mesentérica”*; pero, en este caso, el doliente tenía como único antecedente hipertensión arterial, lo cual no cuenta con la entidad de generar sospechas de que el cuadro clínico estaba relacionado con esa enfermedad.

Especificando, en todo caso, *"si el paciente tiene una isquemia mesentérica sus síntomas y sus signos no son específicos, o sea, no hay elementos que directamente lleven a pensar que es el tipo de enfermedad que tiene. Esos pacientes consultan por dolor, distensión abdominal y en algunas ocasiones también consulta por sangrados, ya sea por vómito con sangre o por deposiciones con sangre. Generalmente esos dolores no son ubicados fácilmente por el paciente y tienden a ser generalizados cuando uno examina este grupo de pacientes que tiene esa enfermedad, [encuentra] que los ruidos intestinales se han disminuido; que el paciente presenta una distensión abdominal que no presenta signos de irritación peritoneal y eso acompañado de signos de deshidratación"*; sin embargo, *"todos estos hallazgos clínicos (...) pueden ser compartidos por otra serie de enfermedades que ya sean originadas en el páncreas, en la vesícula, en el estómago, pues comparten casi todos esos mismos síntomas"*.

Argumentos compartidos, en términos generales, por los galenos Hernando Omar Espitia Castro, cirujano general y Darío Isaías Pinilla Rojas, especialista en anestesiología y cuidados intensivos, quienes concuerdan con el estado y sintomatología revelados por el paciente al ingresar a urgencias, junto con los antecedentes médicos del señor Moreno, circunstancias que dificultaron el diagnóstico de la patología padecida.

Al respecto, viene bien destacar que el primero de los facultativos mencionados al testificar resaltó que al tratarse de *"un paciente con antecedentes de hipertensión arterial, esos son pacientes a riesgo que pueden presentar eventos isquémicos o embólicos del intestino, realmente es muy infrecuente, pero lo presentó el paciente (...)"*, aserciones que, por demás, coinciden con las Guías para Manejo de Urgencias, 3ª Edición, Tomo II, Grupo Atención de Emergencias y Desastres, que señala que *"Una IMA [isquemia mesentérica aguda] de tipo oclusivo (trombótica y/o embólica) debe sospecharse en pacientes, especialmente ancianos, con dolor abdominal súbito y severo con mínimos hallazgos al examen físico e historia de enfermedad cardiovascular, en pacientes que desarrollan dolor abdominal agudo luego de intervenciones arteriales en las que los catéteres atraviesan la aorta abdominal o cualquiera de sus ramas proximales o en pacientes con dolor abdominal e historia de arritmias (especialmente fibrilación auricular) o infarto agudo del miocardio reciente (ACC/AHA, 2006)"*; aspectos no presentados por el señor moreno, ya que, se insiste, su sintomatología inicial fue un dolor abdominal moderado, con ruidos cardíacos rítmicos sin soplos,

ruidos respiratorios sin sobreagregados y malestar a la palpación de epigastrio, y no es común que con sus antecedentes clínicos se presentara el cuadro embólico del intestino, pero desafortunadamente lo padeció.

7. En ese contexto, apreciadas las declaraciones de forma individual y conjunta con las demás piezas probatorias, no es dable colegir, como lo propone el apelante, que la *"isquemia mesentérica"* que desembocó en el desafortunado fallecimiento del señor Luis Alberto Moreno Avellaneda, hubiera podido ser detectada en la primera atención recibida por urgencias; pues, de conformidad con el material persuasivo recopilado, en la historia clínica se detallan con claridad los síntomas anunciados, los cuales, según se explicó previamente, no permitían sospechar inmediatamente ese padecimiento, registrándose la presencia de sus señales propias en horas posteriores y con ocasión a los resultados de los exámenes practicados, instante en el que se brindó el cuidado requerido.

Al efecto, mírese que según lo manifestado por los profesionales tratantes, los exámenes practicados en la primera atención fueron los indicados conforme a las sintomatología que presentó el paciente, todos ellos tendientes a descartar patologías de alta gravedad, relacionadas con la señales anunciadas; toda vez que en ese momento inicial no había indicios de la susodicha *"isquemia mesentérica aguda"*.

Tampoco se evidencia un diagnóstico tardío, si en mente se tiene que el tiempo transcurrido desde la atención médica inicial hasta cuando se determinó la *"isquemia mesentérica aguda"*, se encuentra dentro de los rangos deseados para efectos de la probabilidad de recuperación, de acuerdo a la Guía de Manejo de Urgencias en comento, toda vez que según la guía *"se ha estimado que la viabilidad intestinal puede preservarse en 100% de los casos siempre y cuando el diagnóstico se realice durante las primeras 12 horas del inicio de los síntomas. A partir de ese momento, la probabilidad de obtener una viabilidad del segmento comprometido disminuye a 56%, en 12 a 24 horas, y a 18% cuando se superan las 24 horas"* y según da cuenta la bitácora, el ingreso del paciente fue a las 13:40 horas del 27 de enero de 2016 y el dictamen se emitió a las 00:38 horas del día siguiente, es decir, dentro del lapso esperado, impartiendo el plan adecuado que fue la remisión del paciente a cirugía.

Además, no puede perderse de vista que “(...) la decisión de no intervenir de inmediato al paciente, como se reclama por los recurrentes, no significa, inexorablemente, responsabilidad médica, porque la culpa por falta de cuidado y atención solo tiene lugar cuando un profesional se sustrae a hacer cuanto debía observar en la forma y tiempo oportunos (...)”⁵. En este caso en particular, todos los especialistas coinciden en que los síntomas advertidos en el señor Moreno, junto con sus antecedentes, ciertamente, imponían, en primer término, descartar otro tipo de patologías de alta gravedad, tal como se hizo.

8. Por el mismo sendero frustráneo transita la censura relacionada con la incompleta apreciación de la historia clínica del paciente, toda vez que llama la atención de este Corporativo que la parte apelante solamente limitó ese ataque a anunciar genéricamente una desatención del documento, sin que se avisten reparos concretos sobre las circunstancias específicas que rodearon, en este caso en particular, el tiempo de diagnóstico del padre y esposo de los demandantes, como lo exige el inciso 2º numeral 3. del artículo 322 del Código General del Proceso, debiéndose exteriorizar “una afirmación puntual de los aspectos del fallo que suscitan la inconformidad, es un pronunciamiento conciso de aquellos puntos adversos para el recurrente con tal incidencia que, de haberse resuelto de otra manera, daría lugar al quiebre de la decisión y, a obtener un resultado favorable para el apelante. Ese esbozo preliminar, es una disquisición concisa relativa a la controversia que se desarrollará ante el juez de segundo grado en la fase de sustentación”⁶.

De allí que, si el propósito era derruir la decisión emitida por la funcionaria de primer grado sobre ese segmento, correspondía al apelante censurar, en forma particular, las conclusiones puntuales del fallo, “manifesta[ndo] las razones fácticas, probatorias y jurídicas de discrepancia con la decisión impugnada (...) y cuestiona[ndo] las razones de la decisión o de los segmentos específicos que deben enmendarse”⁷.

Pero como ese específico aspecto no fue concretamente rebatido, quedó excluido de la órbita decisoria del *ad quem*, dado que este “no tiene más poderes que los que le ha asignado el recurrente, pues no está autorizado para

⁵ CSJ. SC 3272-2020.

⁶ CSJ. STC996-2021.

⁷ CSJ. STC. 18 jun. 2014, rad. 01190-00.

*modificar las decisiones tomadas en la sentencia que no han sido impugnadas por la alzada, puesto que se trata de puntos que escapan a lo que es materia del ataque*⁸; restricción procesal que, en el caso de marras, releva al Tribunal de pronunciarse sobre el estudio que realizó el despacho *a quo* a la historia clínica; siendo del caso relieves que, de cualquier modo, no se observa desacierto, pues finalmente la falladora sí analizó el contenido de la bitácora clínica del paciente y así quedó sentado en la sentencia, para concluir que "(i) al paciente sí se le prestó el servicio de salud el día en que comenzó a padecer de las dolencias; y (ii) que fueron ordenados los exámenes y brindado el tratamiento acorde a los síntomas que presentó en su momento e iba desarrollando".

9. Para ultimar, en punto al rebatimiento concerniente a la omisión de la *a quo* en valorar la literatura médica por él exteriorizada en la etapa de alegaciones finales, baste, para su desestimación, recordar que esa fase procesal no fue instituida para aportar nuevos elementos suasorios destinados a la comprobación de los hechos alegados. Adviértase que de conformidad con el artículo 164 del C.G.P. "[t]oda decisión judicial debe fundarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso", asimismo, el canon 173 *ibídem* previene: "[p]ara que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código", que para el caso de los asuntos de esta estirpe, el instante adecuado para el demandante sería al momento de presentación de la demanda (Art. 82 *ejusdem*) o durante el traslado de las excepciones de la pasiva (Art. 370 *ib*); tampoco hizo uso de la oportunidad que tenía para ello en esta instancia. Circunstancia que, a estas alturas sorprendería a la parte pasiva, por no haber tenido espacio para pronunciarse al respecto, conducta jurisprudencialmente censurada, porque "(...) evidencia un repentino cambio de postura o actitud frente al litigio, como quiera que tales giros desconocen la buena fe y lealtad que ha de presidir una contienda, a la vez que infringen el derecho de defensa, en la medida en que introducen elementos y argumentos ajenos a los extremos originales del pleito, frente a los cuales, por razones obvias, la contraparte no ha contado con una adecuada oportunidad para contradecirlos o cuestionarlos (...)"⁹.

⁸ CSJ. SC3148-2021, citada en SC1303-2022.

⁹ CSJ. Cas. Civil. Sentencia de 30 de enero de 2007, rad. 1100131030262000-24326-01.

Con todo, no sobra destacar que el aparte exteriorizado por el apoderado al momento de expresar sus alegatos de conclusión, en nada varía la decisión que se adopta, porque el artículo científico traído a colación indica lo mismo que señaló su perito en el laborio presentado, y es poner de presente la importancia de diagnosticar de manera temprana la *"isquemia mesentérica aguda"*, aspecto que no se discute.

Sin embargo, el extracto del estudio investigativo mencionado no cuenta con la contundencia de demostrar la tesis que pretende plantear el gestor de la actora, y es que todas las consecuencias y secuelas en la salud del paciente ocurrieron, en el caso allí referido, por negligencia del comportamiento de los galenos que atendieron la urgencia de cara a una errada e intempestiva atención, en tanto que aquí quedó ampliamente demostrado que en el evento clínico que presentó el señor Moreno Avellaneda, la sintomatología y antecedentes impidieron un diagnóstico inmediato, circunstancia suficiente para colegir que no existe un desatino de la sentenciadora en dar mayor valor al dictamen practicado por el especialista experto en esa materia, al historial clínico del paciente, así como a las ultimaciones de los facultativos comparecientes en este juicio.

No en vano el Alto Tribunal de la Justicia Ordinaria ha recordado que *"[l]a literatura científica, entonces, no es un sucedáneo de los medios de prueba, por lo que un proceso judicial no puede resolverse sólo con su citación, pues ello violaría el principio de necesidad de la prueba, la carga de la prueba y el derecho a la prueba y la defensa de las partes."*

El conocimiento científico admitido por la comunidad de expertos (afianzado) cumple la función de contextualizar la información suministrada por los medios de prueba y permite valorar la veracidad o falsedad del contenido material de los órganos de prueba; pero jamás podría ser considerado como una suplantación de las pruebas (...)"¹⁰.

10. Lo dilucidado hasta este momento, pone en evidencia la falta de comprobación de la culpa de la enjuiciada en torno a los tiempos de la atención brindada por los especialistas al señor Luis Alberto Moreno Avellaneda

¹⁰ CSJ. SC562-2020.

o su diagnóstico tardío, así como el quebrantamiento del vínculo causal entre esta circunstancia y el desafortunado fallecimiento del paciente, al no demostrarse que ese actuar fuera la causa directa y concreta de la muerte por una "septicemia no especificada".

11. En ese orden de ideas, comoquiera que el extremo actor desatendió la carga probatoria impuesta por el artículo 167 del Código General del Proceso, para acreditar el error o demora en el diagnóstico denunciado y su influencia nociva en el resultado final del señor Luis Alberto Moreno Avellaneda o que las atenciones brindadas no se ajustaron a la *lex artis*, no es dable, entonces, atribuirle la responsabilidad aquí deprecada a la llamada a esta disputa judicial, pues recuérdese que, a voces de la Corte Suprema de Justicia, *"cuando se persiga la reparación de los daños derivados de un yerro médico, es connatural que el interesado acredite, además del daño y nexo causal, que el galeno carecería de la capacitación requerida, omitió las verificaciones necesarias según la sintomatología, actuó de forma descuidada o temeraria al realizar el procedimiento o, en general, que desatendió las reglas propias de la lex artis ad hoc. En otras palabras, será insuficiente la demostración del demérito a la salud o vida para pretender su reparación, en tanto se requiere la prueba de la falta de diligencia de los galenos, la cual es una carga probatoria del demandante, sin perjuicio de la aplicación del dinamismo probatorio"*¹¹.

12. Todo lo expresado en precedencia resulta suficiente para colegir que el fallo dictado en primera instancia merece ser confirmado integralmente con la consecuente condena en costas a la parte recurrente, al tenor de lo previsto en la regla 1ª del artículo 365 del Código General del Proceso.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D.C., en Sala Quinta Civil de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

¹¹ CSJ. SC4786-2020.

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 11 de diciembre de 2023, por el Juzgado Veintidós Civil del Circuito de Bogotá, dentro del asunto del epígrafe.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de esta instancia a la parte recurrente. La magistrada sustanciadora fija como agencias en derecho la suma de un millón de pesos (\$1.000.000). Liquídense de conformidad con lo establecido en el artículo 366 del C. G. del P.

TERCERO: En oportunidad, por Secretaría, ofíciase al Despacho de origen informándole sobre la presente decisión y remítasele copia magnética de esta providencia, para que haga parte de la actuación respectiva.

NOTIFÍQUESE

ANGELA MARÍA PELÁEZ ARENAS

Magistrada
(2220220010201)

SANDRA CECILIA RODRÍGUEZ ESLAVA

Magistrada
(2220220010201)

CLARA INÉS MÁRQUEZ BULLA

Magistrada
(2220220010201)

Firmado Por:

Angela Maria Pelaez Arenas
Magistrada
Sala 009 Civil
Tribunal Superior De Bogotá D.C.,

Clara Ines Marquez Bulla
Magistrada
Sala 003 Civil
Tribunal Superior De Bogotá D.C.,

Sandra Cecilia Rodriguez Eslava
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: **373126ad1c592615f8b948043124bf954370252874b59e2cdba986de4d69bca7**

Documento generado en 13/09/2024 12:11:36 PM

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