



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

Magistrada ponente

SC3729-2021

Radicación n.º 11001-31-03-033-2012-00392-01

(Aprobado en sesión virtual de veintisiete de mayo de dos mil veintiuno)

Bogotá, D.C., veintiséis (26) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

ANOTACIÓN PRELIMINAR

De conformidad con el Acuerdo n° 034 de esta Corporación y en aras de cumplir los mandatos que propenden por la protección de la intimidad y bienestar de los niños, niñas y adolescentes, **en esta providencia**, los nombres de las partes involucradas en el presente asunto serán reemplazados por otros ficticios a fin de evitar la divulgación real de sus datos.

Anotado lo anterior, decide la Corte el recurso de casación interpuesto por Jorge Céspedes Cristo y Ginna Victoria Wilson Barranca contra la sentencia de 30 de marzo de 2017, proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior del

Distrito Judicial de Bogotá, dentro del proceso que promovieron contra Administradora Country S.A.

I. ANTECEDENTES

1. Los demandantes, obrando en nombre propio y en el de sus hijas Adriana Salomé Céspedes Wilson y Blanca Valentina Amador Wilson, solicitaron declarar que la convocada es responsable de los perjuicios sufridos por la niña Adriana Salomé, *“debido a la negligencia en el tratamiento de la patología que finalmente le causó daños irreparables”*.¹

Pretendieron, en consecuencia, que se le condene, a título de indemnización, a pagar las siguientes sumas de dinero:

a) A favor de Adriana Salomé Céspedes Wilson:

- \$277.595.647,68 por concepto de lucro cesante futuro, cantidad que deberá actualizarse a la ejecutoria de la sentencia con que finalice el proceso.

- 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes como daño moral.

¹ Folio 15 reverso, cno. 1.

b) A favor de Jorge Céspedes Cristo y Ginna Victoria Wilson Barranca:

- 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes por perjuicios morales.

c) A favor de Blanca Valentina Amador Wilson:

- 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes por perjuicios morales.

2. En sustento de sus pretensiones, adujeron lo siguiente:

2.1. Adriana Salomé Céspedes Wilson, nacida el 11 de noviembre de 2005, gozó hasta los 8 meses de edad, de un perfecto estado de salud.

2.2. El 14 de julio de 2006, la menor arribó al servicio de urgencias de la demandada y se le diagnosticó laringotraqueitis aguda. Ingresó febril, con deficiencia respiratoria y estridor.

2.3. Pocas horas después, su estado de salud empeoró. La aquejaba una disfonía, tos con movilización de secreciones, fiebre, vómito y desaturación de oxígeno.

2.4. A la mañana ulterior, presentó signos de mejoría; no obstante, en la tarde sufrió una septicemia no especificada y shock séptico.

2.5. El 16 de julio, se le realizó un TAC de cráneo, el cual evidenció leves signos de edema cerebral.

2.6. Durante las jornadas posteriores, aparecieron otros síntomas como hipertonia, flexión de antebrazos con pulgar cortical, hiperreflexia generalizada, mirada fija, no seguimiento visual, encefalopatía con trastorno motor y signo de Babinsky espontáneo.

2.8. El 21 de julio siguiente se dejó constancia en la historia clínica sobre evolución desfavorable causada por aparición de sepsis debido a infección intrahospitalaria.

2.9. Al realizársele una resonancia magnética el 30 de julio, se encontró que padecía encefalopatía hipóxico – isquémica, la cual le generó una incapacidad del 68.20%.

2.10. El daño obedeció exclusivamente a la infección contraída en las dependencias de la clínica de propiedad de la convocada al litigio.

3. Admitido el libelo introductor, la demandada se opuso a las pretensiones contenidas en él. Adujo la

pertinente y especializada atención sanitaria como sustento de sus defensas de “*inexistencia de los elementos propios de la {r}esponsabilidad*”, “*{a}preciación del acto {m}édico – {n}aturaleza de las obligaciones médico – asistenciales*”, “*{c}umplimiento de los estándares en la prestación de los servicios de salud*” y “*{c}umplimiento de la lex artis ad-hoc*”.

En esencia, indicó que la actuación de los galenos fue adecuada, oportuna, diligente, perita y consonante con la *lex artis*, razón por la cual no existe la culpa atribuida. El tratamiento instaurado se ajustó a las guías de práctica clínica aplicables a la patología de base que afectaba a la niña, y la “*encefalopatía hipóxica isquémica*” sufrida, tuvo por causa única y exclusivamente el desarrollo tórpido de su enfermedad, lo cual constituyó un evento imprevisible e irresistible para el equipo a cargo de su atención (folios 42 a 44, cno. 1).

La sociedad demandada llamó en garantía a la compañía Allianz Seguros S.A., quien se opuso al *petitum* de la demanda, coadyuvó las defensas de mérito planteadas por la Administradora Country, y como excepciones frente al llamamiento propuso las de “*deducible*”, “*límite asegurado*”, “*límite de cobertura*” y la “*genérica*” (folios 45 a 47 y 102 a 106, cno. 2).

4. Agotado el trámite de la instancia, el 8 de noviembre de 2006, el juez *a quo* profirió sentencia en la que negó las pretensiones de los demandantes.

Con base en los testimonios decretados a solicitud de la parte convocada, concluyó que las consecuencias padecidas en su salud por la menor Adriana Salomé, no obedecieron a la conducta culposa del personal médico, por cuanto la infección de traqueítis bacteriana fue adquirida en comunidad, y dicho cuadro pudo estar relacionado con el shock séptico que presentó posteriormente, el cual derivó en un compromiso neurológico grave (CD folio 185 y acta folio 186, cno. 1).

5. Contra la anterior decisión, los promotores de la litis interpusieron el recurso de apelación (folios 228 a 246, ídem).

II. LA SENTENCIA IMPUGNADA

Al abordar el análisis de los reparos concretos, destacó que, en la providencia citada por el recurrente², contrario a lo expuesto en la censura, la Corte no modificó los elementos de la responsabilidad civil por daños al paciente cuando la parte demandada es una persona jurídica y, particularmente, no prescindió de la apreciación del

² La proferida por esta Sala el 30 de septiembre de 2016.

elemento “culpa” en la responsabilidad derivada de la atención médica.

Enseguida pasó a la crítica propuesta contra la valoración realizada por el juez *a quo* de los testimonios recepcionados y de la historia clínica de la usuaria, y después de memorar la condición en que se encontraba a su ingreso al centro asistencial y las anotaciones consignadas en el mencionado registro, consideró carente de respaldo la tesis planteada por la parte demandante sobre el contagio nosocomial en la Clínica como causa exclusiva de las secuelas experimentadas por la menor.

Explicó que lo anterior supondría una infección encefálica como generadora del daño cerebral; sin embargo, la historia clínica no revela esa patología; por el contrario, se confirmó como una encefalopatía por hipoxia isquémica, cuadro que no guarda relación con un proceso infeccioso, sino con la falta de aporte de oxígeno y sangre al cerebro, vinculada al evento convulsivo ocurrido en los primeros días de hospitalización.

Y al contrastar los hallazgos clínicos con los testimonios rendidos por los galenos, no encontró la contradicción denunciada por los recurrentes, porque, de un lado, del conjunto de atenciones y procedimientos descritos en el mencionado documento, no se avizoran irregularidades en el

diligenciamiento o fallas en la comunicación entre los facultativos como supuesto determinante de culpabilidad de la demandada; y, por otro, los testigos fueron contestes en cuanto a la adecuada prestación de servicios, sin que se adviertan discrepancias o falta de consistencia entre ellos, que conduzca a prescindir de sus versiones.

Por el contrario, las impresiones diagnósticas acompañadas de un signo de interrogación (?) o de las expresiones “*posible*” o “*posiblemente*”, coinciden con lo dicho por la deponente Martha Helena Beltrán González acerca de las sospechas u opciones que consideraron los galenos, como causantes de las complicaciones surgidas, las cuales motivaron diferentes intervenciones y atenciones.

De ello se infiere que con los caracteres mencionados se expresaron las eventuales causantes del padecimiento, susceptibles de esclarecer y proporcionarles tratamiento, de ahí que a ellas seguía la emisión de órdenes para la realización de paraclínicos con el fin de descartar o ratificar tales hipótesis.

En relación con la anotación sobre una “*sepsis nosocomial de foco a establecer*” insertada después, debe repararse en que la literatura científica ha descrito dos tipos de infecciones de la mencionada clase: La adquirida durante una internación en establecimiento hospitalario, que surge

con posterioridad a las 48 horas de ingreso, y aquella preexistente al arribo del paciente, desarrollada posteriormente durante la estadía, como pudo ocurrir en este caso, en el cual el shock séptico tuvo lugar el 15 de julio de 2006 hacia las 14:05 “con tan solo 22:25 horas de hospitalización”, valga decir, no transcurrió el tiempo “de 48 a 72 horas”, estimado en las obras especializadas para considerarla contraída al interior de la institución (folio 38, cno. 13).

De acuerdo con las acotaciones de los tratantes, el 9 de septiembre de 2006, se identificó la bacteria “*klebsiella pneumoniae*” con ayuda del reporte de hemocultivo final, tratada con el antibiótico correspondiente. No obstante, de la circunstancia de su adquisición encontrándose bajo atención médica, no se infiere que las secuelas en la salud de Adriana Salomé fueran consecuencia del señalado microorganismo, porque a su detección le antecedió el cuadro de encefalopatía sin una neuro-infección previa, de allí que, como causa probable de la septicemia severa, se estableció la “hipoxia-isquémica”, según constancias vertidas en el registro por uno de los médicos involucrados.

En suma, las pruebas no revelan que, en las actuaciones desplegadas, la demandada haya procedido con culpa, ni tampoco acreditan la existencia de abstenciones de grado tal que, en términos de probabilidad, lleven a acreditar

el aludido factor de atribución.

Contrario a lo aducido por el apelante, la historia clínica no corrobora que los daños cerebrales padecidos por la paciente, hayan sido resultado de la mala atención galénica, o de los procedimientos quirúrgicos realizados, de la transgresión a los deberes de seguridad y diligencia que le asisten al centro de salud, o por no adoptar las medidas fitosanitarias requeridas para aminorar el riesgo de infecciones nosocomiales.

En ese orden, aun si, en gracia de discusión, se aceptara la existencia del presupuesto de la culpa, no es evidente un nexo de causalidad entre ésta y el daño, porque para la época en que la usuaria adquirió la bacteria, ella ya padecía las consecuencias atribuidas, *a posteriori*, a dicho agente infeccioso.

La convocante no cumplió con la carga probatoria que pesaba sobre sí respecto de los supuestos habilitantes de la declaración de responsabilidad, teniendo en mente la naturaleza de las obligaciones de su contraparte, es decir, como aquellas son “*de medios*”, sus esfuerzos se enfilan a hacer todo lo posible para la recuperación del paciente y no a garantizar un resultado específico.

Por lo discurrido, le impartió integral confirmación a la decisión del *a quo* (folios 11 a 48, ídem).

Inconformes, los reclamantes interpusieron la impugnación extraordinaria, concedida en proveído de 19 de diciembre de 2017 (folios 10 y 69, ídem).

LA DEMANDA DE CASACIÓN

La acusación se erigió sobre dos cargos. El inicial por la vía del primer motivo consagrado en el artículo 336 del Código General del Proceso; y el otro, enarbolado por la senda del segundo motivo casacional (núm. 2º, ídem), los cuales se resolverán en el orden de su formulación, porque éste resulta ser el lógico de acuerdo con las causales propuestas.

CARGO PRIMERO

Denunció la violación directa, por interpretación errónea, del inciso tercero del artículo 1604 del Código Civil.

Lo anterior al desconocer que, en casos como el *sub lite*, se presume la culpa de la entidad demandada, tomando en consideración su naturaleza de “*sociedad anónima comercial de carácter privado, con ánimo de lucro*”, circunstancia que plantea una nueva perspectiva de análisis de la responsabilidad civil derivada de la actividad médica, cuando

es ejercida por esta clase de personas jurídicas, en el evento de desatención del contrato de prestación de servicios.

De ahí que erró el Tribunal al reclamar la demostración del anotado factor de imputación con fundamento en que las obligaciones de la llamada a juicio son de “medios” y no de “resultado”, sin reparar en que, en unas y otras, el régimen probatorio es el mismo: al acreedor le incumbe acreditar el incumplimiento del deudor, sin necesidad de probar que éste es imputable a su contraparte, porque la ley lo presume.

Resaltó que, en las obligaciones de medios, es presumida la culpa si ha quedado establecida la inobservancia del convenio. Ese es el alcance de la norma invocada, conforme a la cual *“{l}a prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo”*, lo que es indicador de que, la preanotada, es la única manera de destruir la aludida presunción.

Al acreditarse en el proceso el daño sufrido por la menor demandante, la ley supone que obedeció al comportamiento culposo de la convocada, quien debía demostrar su diligencia y cuidado a fin de exonerarse de los efectos del reclamo contenido en el libelo con el cual se dio inicio a la contienda.

La condición de sociedad comercial con ánimo de lucro, le exige a la institución hospitalaria una obligación genérica

de comportamiento, consistente en extremar las medidas de seguridad para evitar la ocurrencia de hechos como el acaecido. Además, su responsabilidad debe analizarse desde la teoría de la “creación” o “*exposición al peligro*”, bajo las cuales se impone la adopción de herramientas “*idóneas de prevención o evitación del daño*”³, pues la regla predominante es que, quien crea y mantiene fuentes que expongan a perjuicio a la colectividad, está obligado al resarcimiento, “*al margen de su culpa o de la de sus subordinados*”.⁴

A partir de un análisis histórico del instituto jurídico relevó que, en las sociedades no industrializadas, el criterio de atribución basado en la culpa era el adecuado para regular los problemas jurídicos derivados de aquella, pero con posterioridad ha mostrado su ineficacia, al punto que sectores doctrinales como el del análisis económico del derecho, la considera desencadenante de una irracionalidad del sistema; empero, la responsabilidad objetiva es más eficiente porque propicia “*un correcto análisis costo-beneficio por parte del agente de los daños y una consiguiente reducción de las actividades a su nivel óptimo*”.⁵

³ Folio 24 cno. Corte.

⁴ Folio 27, *idem*.

⁵ Folio 19, *idem*.

Teniendo en cuenta lo precedente, el sentenciador debió valorar el caso bajo la óptica de la última y no sobre la base de la culpa probada.

Señaló las diferencias y relaciones entre la teoría del riesgo y la de exposición al peligro, para concluir que quien realiza actos que conllevan una alta probabilidad de damnificar a terceros, debe responder por todos los detrimentos surgidos de éstos e, incluso, en la segunda se comprenden agravios no relacionados necesariamente con actividades lucrativas; en todo caso, como no corresponde a un título autónomo de responsabilidad, no puede censurarse su novedosa exposición en sede extraordinaria.

Para finalizar, indicó que, si no era necesario demostrar la culpa de la parte demandada porque ésta se presume, de ello deviene que a su contraparte le incumbía acreditar su diligencia a fin de eximirse de la declaración pretendida; no obstante, en el plenario no obra tal constatación.

CONSIDERACIONES

1. De manera reiterada la Sala ha insistido en que el reproche encaminado por las sendas de la transgresión directa e indirecta de disposiciones sustantivas o materiales, precisa la invocación de las normas de la señalada estirpe que el censor estime vulneradas, como consecuencia, bien

sea de indebida aplicación al litigio, de su falta de acatamiento, o de la interpretación errónea de tales disposiciones.

De ellas, además, se reclama, una innegable conexión con el debate sustancial y jurídico materia del proceso y con la sentencia impugnada, a tal punto que correspondan a los preceptos que constituyeron base esencial de la decisión o han debido integrar el sustrato de la misma, siendo suficiente la aducción de, al menos, cualquiera de ellas.

Pertenece a la categoría de precepto sustancial, según la decantada doctrina de la Corte, aquel que *«declara, crea, modifica o extingue relaciones jurídicas concretas, es decir, el que se ocupa de regular una situación de hecho, respecto de la cual deba seguirse una consecuencia jurídica»* (CSJ SC3530-2017, 14 mar., rad. 2006-00131-01; CSJ AC661-2021, 1 mar., rad. 2015-00231-01, entre otras).

2. La imposición descrita halla justificación en que las causales primera y segunda del recurso extraordinario se dirigen a que la Corporación case la sentencia recurrida cuando infrinja una norma de derecho sustancial, como así lo establece el artículo 336 del estatuto procesal, y sin este elemento esencial no podrá el Tribunal de Casación emprender el estudio de fondo de la problemática expuesta, labor que le atañe realizar dentro del marco trazado por el

impugnante, a quien no puede sustituir en la tarea de integrar la censura y, por esa vía, y acometer el análisis oficioso de una crítica no planteada, como tampoco es su misión confrontar el veredicto objeto del recurso extraordinario con todas las disposiciones que componen el ordenamiento jurídico, a fin de verificar con cuál de ellas se encuentra en franca contradicción.

3. El casacionista erigió su embate en la violación recta del inciso tercero del canon 1604 de la codificación civil, a cuyo tenor: *“La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito al que lo alega”*, previsión legal que no ostenta el carácter de sustancial reclamado para la sustentación idónea del ataque.

La razón de lo anterior estriba en que se trata de una regla de índole netamente probatoria, en tanto reglamenta a quien le corresponde la demostración de la diligencia y el cuidado y a quien le incumbe probar el fenómeno irresistible e impredecible del caso fortuito, y por esta naturaleza específica no puede servir de báculo para la correcta estructuración del cargo.

4. La anotada, ha sido la posición acogida por la Sala en diversos pronunciamientos, entre ellos la providencia CSJ AC 30 may. 2011, rad. 1999-03339-01, donde se precisó:

(...) más concretamente en lo relativo a normas referentes a pruebas, ha expresado esta Corporación que no son sustanciales ‘las disposiciones reguladoras de esta actividad y, en general, las que disciplinan la actividad in procedendo’ (...), puntualizando por demás que normas de tal estirpe ‘tampoco por sí solas pueden dar base para casar una sentencia, sino que es preciso que de la infracción de una de esas disposiciones resulte infringida otra norma sustantiva (...)’.

Directriz que reiteraron decisiones posteriores como los proveídos CSJ AC 6415-2015, 3 nov., rad. 2008-00760-01, CSJ AC 7520-2017, 10 nov., rad. 2007-00065-01 y CSJ AC3912-2019, 17 sep., rad. 2013-00107-01, que remarcaron la característica de la disposición invocada de ser una pauta de «*estirpe probatoria*».

5. La omisión que se deja en evidencia, priva a la Corte de uno de los elementos insustituibles para cumplir a cabalidad su función, la cual, en el ámbito del primer motivo casacional, consiste en elucidar si ocurrió o no el quebranto de preceptos materiales.

No puede la Sala, se reitera, completar la acusación, determinando las pautas legales o constitucionales que resultaron soslayadas, como tampoco definir los contornos de la crítica, pues no se olvide que sus atribuciones, de acuerdo con la ley, han sido delimitadas con base en la indicación que efectúe el censor, de modo que el cotejo se

efectúe entre las normas cuya infracción denuncie aquél y la determinación recriminada ante la sede extraordinaria, con referente en el señalamiento contenido en la censura sobre la forma en que se produjo el menoscabo.

6. De lo expuesto deviene la improsperidad del embate.

CARGO SEGUNDO

La infracción por la vía indirecta de los preceptos 1613, 1614, 1615 y 1626 del ordenamiento civil; 177, 187, 217, 241, 248, 250 y 264 del estatuto procesal anterior⁶, devino del error de hecho en que incurrió el *ad quem* al no valorar conforme a la ley “*las pruebas documentales y testimonios que existen en los autos*”.⁷

El juzgador de segundo grado desconoció la regla contenida en el canon 187 del compendio adjetivo, en cuanto a la exposición razonada del mérito que se asigna a cada una de las pruebas, por cuanto seleccionó aquellas favorables a la parte convocada, esto es, los testimonios rendidos por los médicos que atendieron a la niña Adriana Salomé, sin realizar un análisis comparativo con la historia clínica. En particular, omitió estudiar las inconsistencias y

⁶ Vigentes, indicó el casacionista, durante el trámite del proceso.

⁷ Folio 25, cno. Corte.

contradicciones entre tales probanzas, puestas de presente en el escrito de sustentación de la alzada, las cuales demuestran la culpa de la clínica.

En resumen, el fallo despreció el contenido del mencionado registro en beneficio de la credibilidad de unas declaraciones parcializadas, rendidas mucho tiempo después de que los galenos dejaron las constancias respectivas en ese documento, y aunque se citaron extensos apartes de su texto, la valoración de ese medio de convicción fue apenas aparente, pues el juzgador no efectuó un análisis crítico que exhibiera las razones por las cuales merecían desecharse las anotaciones y, en su lugar, atender lo dicho por los deponentes.

Adicionalmente, fue transgredida la disposición 248 del Código de Procedimiento Civil, al desconocerse el concepto de indicio, dado que, de la falta de acreditación de la culpa no se deriva la inexistencia de indicio de la responsabilidad, afirmación incluida en el fallo proferido por el juez *a quo* y avalada por el superior funcional.

De otra parte, sin explicitar su criterio, el Tribunal acotó que la ausencia de referencias a la historia clínica, no suponía preterición del medio suasorio por parte de su inferior, cuando es notorio que dicho funcionario “*jamás miró*

siquiera su contenido”⁸, de ahí que nada explica que la sentencia de segunda instancia haya llegado a esa conclusión, más cuando iteró el indicado yerro, porque pese a manifestar que tendría en cuenta el mencionado registro, no acometió la labor de realizar un estudio serio y completo de *“la integridad del acervo probatorio”*, obrante en el expediente.⁹

Con base en la apreciación *“amañada”* de los elementos de juicio, el fallador concluyó que el daño cerebral no tuvo por causa una infección adquirida en el centro hospitalario, aunque estimó que padeció la anotada patología de manera posterior a la lesión cerebral, desconociendo la prueba indiciaria, con lo cual quebrantó el citado artículo 187 de la codificación procesal civil, por desconocer la mayor parte del material persuasivo, y es que, aún si la prestadora de servicios fuese ajena a la causación del perjuicio, omitió actuar a pesar de su obligación contractual de hacerlo.

Refutó también las inferencias deducidas de la consulta a páginas web con contenidos médicos, para señalar que la alusión en una de ellas a la génesis extrahospitalaria de algunas infecciones nosocomiales y su posterior desarrollo al interior de la clínica, no es suficiente para colegir que tal hipótesis se corresponde con lo sucedido en este caso.

⁸ Folio 26, cno. Corte.

⁹ Ídem.

Adicional a lo anterior, el Tribunal pretirió la valoración del registro de atenciones, procedimientos y valoraciones, desatendiendo lo estatuido por la Resolución 1995 de 1999, emanada del Ministerio de Salud, *“por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica”*, pues inadvirtió que los testigos fueron inexactos en sus declaraciones y que el precitado documento evidencia la responsabilidad de la interpelada, como se deduce de los apartes que dan cuenta del ingreso y estadía de la menor en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En efecto, de las anotaciones realizadas los dos primeros días de hospitalización se extrae que la niña sufrió una convulsión febril, la cual cedió después de recibir el medicamento diazepam, y de acuerdo con la literatura disponible, la mayoría de las veces estos eventos no ocasionan daños; no obstante, la sentencia le otorga total credibilidad a la hipótesis planteada por la facultativa Hebe Montealegre Estailles, conforme a la cual la parálisis cerebral sufrida posteriormente obedeció a la convulsión, supuesto no demostrado en el proceso, derivándose por el Tribunal una conclusión contraevidente.

Por otra parte, con tres días de evolución de la patología, le fue prescrita “Ceftriaxona”, medicina indicada para la neumonía nosocomial, de donde se colige que, a ese

momento, ya no se sospechaba, sino que era evidente el padecimiento de la indicada enfermedad.

Aunque el 15 de julio de 2006, se reportó una mejoría del estado de salud, en la data siguiente se anotó: “*Descartar sistema nervioso central... evento hipóxico-isquémico? Facilitado por fiebre?*”¹⁰, indicación que se revela sólo como una posibilidad, la cual fue descartada, según se insertó en nota del 18 de julio; no obstante, de manera contradictoria, la galena, en su testimonio, aseguró que el suceso tuvo origen en el aludido sistema.

El 21 de julio, esto es, una semana después del ingreso, aparece una anotación de la médica Montealegre, que indica: “*Sepsis por infección adquirida institucionalmente?*” y, de acuerdo con la aclaración suministrada por la facultativa Martha Helena Beltrán, el signo de interrogación consignado a continuación del nombre de la patología, indica que se trata de una sospecha, pero cuando se elimina dicho carácter, es porque se ha confirmado ese diagnóstico.

Y eso fue lo que ocurrió, porque el 23 de julio aparece una nota donde se indica: “*Sepsis nosocomial de foco a establecer -bacteremia*”, lo que significa que la niña tenía una infección adquirida en el hospital, así la representante legal

¹⁰ Folio 30, ídem.

de la demandada y los galenos lo hayan negado en sus declaraciones. La supresión de los signos de interrogación, colocados en anterior oportunidad, supone que se corroboró la sospecha.

Además, a ese momento, la menor llevaba una semana en la unidad de cuidados intensivos, lapso requerido para la aparición de contaminaciones intrahospitalarias, aunque desde el inicio se aplicaron antibióticos para esa clase de enfermedad.

El 30 de julio se registró una “*probable encefalopatía hipóxico – isquémica secuelar... Sospecha de hipertemia central*”, glosa que persistió hasta el 2 de agosto de 2006, de la cual posteriormente desapareció la sospecha de hipertemia central, lo que es indicador de que la encefalopatía ya no se consideraba consecuencia de aquella. Sin embargo, el Tribunal le dio total credibilidad al testimonio de la facultativa Montealegre, cuando en la historia existe evidencia de que la patología fue descartada.

Por último, en observación del 9 de septiembre de 2006 se dejó reportado el hallazgo de “*bacteremia por Klebsiella pneumoniae EN TRATAMIENTO... reporte de hemocultivo final documenta Klebsiella pneumoniae sensible a cefepime, resistente a ampicilina*”, evidenciándose contradicción con la declaración rendida por la referida especialista, quien afirmó

que los cultivos salieron bien y, por ende, la fiebre de la niña era inexplicable.

En la literatura médica, dicha bacteria se describe como uno de los principales agentes generadores de infecciones intrahospitalarias y, adicionalmente, de la encefalopatía hipóxica – isquémica grave.

En conclusión, acorde con la historia clínica, la infante ingresó a cuidados intensivos con una traqueítis aguda, patología que fue mejorando con el tratamiento recibido, y posteriormente se infectó con una bacteria adquirida en el centro asistencial, la cual le produjo la encefalopatía, determinante de una incapacidad definitiva, pero el sentenciador omitió valorar el contenido del registro y, en su lugar, atendió la prueba testimonial, la cual posó de ser técnica, cuando en realidad correspondía a argumentos de defensa de los médicos tratantes para justificar a la institución para la cual prestaban sus servicios profesionales.

Por los argumentos expuestos, solicitó casar la sentencia impugnada.

CONSIDERACIONES

1. En la tarea de valorar las pruebas recaudadas dentro del juicio y formar su convencimiento en relación con los

hechos debatidos en la litis, al juzgador de instancia le es reconocida una prudente autonomía que, en principio, impide a la Corte adentrarse en ese análisis y, por lo tanto, las conclusiones a que se llegue en ese campo se tornan intangibles, salvo plena acreditación de la existencia de yerros en la percepción de los instrumentos suasorios, con entidad para derribar la doble presunción de legalidad y acierto que recubre a la sentencia confutada.

De suerte que, al encaminar el reproche por la vía indirecta, al censor no le es suficiente con exponer un razonamiento contrapuesto al del fallador en cuanto al mérito de los medios probatorios o al contenido objetivo de estos, ambos insuficientes para ocasionar el quiebre de la decisión recurrida, pues el rol de la Corte no es juzgar la controversia nuevamente, como lo hicieron los decisores en los grados de conocimiento, sino constatar si fueron infringidas o no las normas materiales invocadas por el impugnante.

Por tal razón devienen impertinentes alegatos que, lejos de enrostrar defectos concretos en la apreciación de elementos de convicción determinados, se esfuerzan en mostrar un panorama distinto al producto de la estimación ejecutada por el enjuiciador, a partir de opiniones propias sobre la forma en que debió ejecutarse esa labor.

Desde luego que, si no se comprueba la comisión de desaciertos fácticos o de *iure*, el veredicto al cual no pueda calificársele de palmariamente irrazonable, arbitrario o contradictorio con el acervo demostrativo, permanecerá enhiesto ante el ataque.

2. Con la anterior precisión ha de emprenderse ahora el estudio de la acusación, en la cual, como se indicó al inicio, se anunció como basamento la existencia de un yerro de naturaleza fáctica, al dejar de lado la apreciación “*conforme a la ley*” de “*las pruebas documentales y testimonios que existen en los autos*”¹¹, alusión que el casacionista, posteriormente, relacionó con la historia clínica de la menor Adriana Salomé Céspedes Wilson y las declaraciones rendidas en el proceso por los galenos que estuvieron a cargo de la atención y tratamiento prodigados durante su estadía en la Clínica Country.

Lo dicho, por cuanto, en su criterio, el *ad quem* privilegió los segundos, evidentemente parcializados, pese a su discrepancia con el referido documento, cuyas anotaciones fueron elaboradas por los deponentes en el momento de la prestación de servicios a la paciente.

¹¹ Folio 25, cno. Corte.

2.1. Aunque el embate se conformó con diversas críticas, debe advertir la Sala que no todas son del mismo temperamento, pues amén del cercenamiento del aludido registro en pro de una excesiva credibilidad a las testificales practicadas, el opugnante enfrentó la decisión por desconocer el segundo inciso del artículo 187 del Código de Procedimiento Civil, el cual demanda exponer razonadamente el mérito probatorio asignado a cada prueba, y también el precepto 248 del mismo compendio, en torno al concepto de indicio. Asimismo, refutó la ausencia de un “análisis serio y completo de la integridad del acervo probatorio que obra en el expediente”¹², cuestionamientos que, además de tomar como referentes cánones legales no aplicables a la fecha en que se profirió la sentencia acusada¹³, pertenecen al ámbito del error de derecho.

2.1.1. Se memora que la equivocación de orden fáctico sucede cuando «el juzgador supone, omite o altera el contenido de las pruebas, siempre y cuando dicha anomalía influya en la forma en que se desató el debate, de tal manera que de no haber ocurrido[,] otro fuera el resultado, lo que debe aparecer palmario o demostrado con contundencia» (CSJ SC1853-2018, 29 may., rad. 2008-00148-01).

¹² Folio 26, ídem.

¹³ A partir del 1º de enero de 2016 se impuso la aplicación del Código General del Proceso en todo el territorio nacional y el fallo de segunda instancia se profirió el 30 de marzo de 2017.

El pronunciamiento citado, reiterativo de las providencias CSJ SC 21 feb. 12, rad. 004-00649-01 y CSJ SC 24 jul. 2012, rad. 2005-00595-01, explicó:

[E]l error de hecho, que como motivo de casación prevé el inciso segundo, numeral primero, del artículo 368 del Código de Procedimiento Civil¹⁴, ocurre cuando se supone o pretermite la prueba, entendiéndose que incurrirá en la primera hipótesis el juzgador que halla un medio en verdad inexistente o distorsiona el que sí obra para darle un significado que no contiene, y en la segunda situación cuando ignora del todo su presencia o lo cercena en parte, para, en esta última eventualidad, asignarle una significación contraria o diversa. El error ‘atañe a la prueba como elemento material del proceso, por creer el sentenciador que existe cuando falta, o que falta cuando existe, y debido a ella da por probado o no probado el hecho’ (G. J., T. LXXVIII, página 313) (...) Denunciada una de las anteriores posibilidades, el impugnador debe acreditar que la falencia endilgada es manifiesta y, además, que es trascendente por haber determinado la resolución reprochada, de tal suerte que, de no haberse incurrido en esa sinrazón, otra hubiera sido la resolución adoptada (...) Acorde con la añeja, reiterada y uniforme jurisprudencia de la Corporación, el yerro fáctico será evidente o notorio, ‘cuando su sólo planteamiento haga brotar que el criterio’ del juez ‘está por completo divorciado de la más elemental sindéresis; si se quiere, que repugna al buen juicio’, lo que ocurre en aquellos casos en que él ‘está convicto de contraevidencia’ (sentencias de 11 de julio de 1990 y de 24 de enero de 1992), o cuando es ‘de tal entidad que a primer golpe de vista ponga de manifiesto la contraevidencia de la determinación adoptada en el fallo combatido con la realidad que fluya del proceso’ (sentencia 146 de 17 de octubre de 2006, exp. 06798-01); dicho en términos diferentes, significa que la providencia debe aniquilarse cuando aparezca claro que ‘se estrelló violentamente contra la lógica o el buen sentido común, evento en el cual no es nada razonable ni conveniente persistir tozudamente en el mantenimiento de la decisión so pretexto de aquella autonomía’¹⁵.

¹⁴ Correspondiente al numeral 2º del artículo 336 del Código General del Proceso.

¹⁵ La del juez para valorar los medios de convicción incorporados al proceso o recaudados dentro de éste.

2.1.2. En cambio, el error de *iure* tiene un origen y connotación disímil, pues no se produce en el campo de la investigación de la composición fáctica del litigio, donde la anomalía recae sobre la existencia o el contenido material de las pruebas, sino que acaece en la contemplación jurídica de los medios de persuasión, por desatención o inobservancia de las normas disciplinantes de su aducción, decreto, práctica, incorporación y evaluación.

En esta clase de defecto incurre el juzgador después de dar por existente el medio probatorio en el proceso, pero al evaluarlo comete desatino respecto de las previsiones legales que rigen su admisibilidad, pertinencia y eficacia, y ello conduce a que le atribuya un mérito que la ley no le confiere o le niegue el que le asigna.

Luego, el funcionario judicial tropieza con el dislate del linaje indicado cuando, por ejemplo: i) valora probanzas aducidas al plenario sin el cumplimiento de los requisitos exigidos para su producción; ii) no las aprecia por estimar que no se practicaron o recibieron conforme a la ritualidad prevista para ellas; iii) les otorga valor persuasivo pese a que el legislador las rechaza para la constatación de un determinado hecho; iv) no les reconoce mérito de convicción, no obstante que son las contempladas en el ordenamiento para demostrar un supuesto fáctico o un acto jurídico, v) tiene por acreditado el hecho o el acto con otra prueba y, vi)

reclama un específico medio de persuasión aunque la normatividad no lo exige.

2.1.3. En cuanto a la labor del recurrente, cuando se alega yerro fáctico, ésta consiste en poner de presente *«por un lado, lo que dice, o dejó de decir, la sentencia respecto del medio probatorio, y, por el otro, el texto concreto del medio, y, establecido el paralelo, denotar que existe disparidad o divergencia entre ambos y que esa disparidad es evidente»*, y si invoca el de derecho, precisa la doctrina jurisprudencial de esta Sala que *«también es del caso llevar a cabo una comparación entre la sentencia y el medio, según se ha anticipado, más en este supuesto lo será para patentizar que conforme a las reglas propias de la petición, decreto, práctica o apreciación de las pruebas, el juicio del sentenciador no podía ser el que...consignó. En consecuencia, si dijo que la prueba era apta para demostrar el hecho o acto, debe hacerse notar que no lo era en realidad; o si la desestimó como idónea, debe puntualizarse que sí era adecuada. Todo, con sujeción a las susodichas normas reguladoras de la actividad probatoria...»* (Sentencia de 13 de octubre de 1995, expediente 3986; reiterada en la de 6 de abril de 2011, expediente 54001-3103-004-2004-00206-01) (CSJ SC5686-2018, 19 dic., rad. 2004-00042-01).

2.2. Ciertamente, las censuras relativas a la falta de exposición razonada del mérito probatorio atribuido a cada uno de los elementos de juicio y a la valoración en conjunto de los medios probatorios, deberes que dimanán del artículo 187 del Código de Procedimiento Civil, hoy 176 del Código General del Proceso, no demarcan la comisión de un error de hecho, pues el juzgador no se equivoca en el examen material

u objetivo de las pruebas.

Por el contrario, precisamente, consciente de su existencia en el proceso y viéndolas en su exacta dimensión ontológica, pasa a otra etapa en su actividad intelectual, relacionada ésta con la diagnosis jurídica de los medios persuasivos, y allí es donde comete el desacierto de no darles valor de convicción, resultado bien sea de no efectuar un análisis reflexivo sobre el mérito de cada una, o de no apreciarlas conectándolas entre sí para establecer sus puntos de concordancia y también sus disimilitudes o contradicciones, a fin de extraer las conclusiones que correspondan.

La Corte, al pronunciarse sobre las disposiciones comentadas, ha señalado que de la misma manera que las restantes pautas de disciplina probatoria, su transgresión debe *«cuestionarse en el ámbito del yerro de derecho; el cual no puede confundirse ni mixturarse con análisis soportados en desatinos de hecho»* (CSJ SC2909-2017, 24 abr., rad. 2008-00830-01; en el mismo sentido CSJ SC5342-2018, 7 dic., rad. 2010-00114-01; CSJ AC5076-2019, 29 nov., rad. 2015-005577-01; CSJ SC3929-2020, 19 oct., rad. 2019-00192-01, entre otros).

2.3. En lo que respecta al artículo 248 del estatuto procesal anterior (hoy 240 del C.G.P.), por su naturaleza de norma disciplinante de los requisitos para que un hecho

pueda considerarse indicio, su quebranto, según se ha decantado, es solo censurable por vía del desacierto de *iure* (CSJ AC3642-2016, 14 jun., rad. 2010-00740-01; CSJ AC2446-2018, 19 jun., rad. 2011-00185-01).

A lo dicho se aúna el defecto del ataque consistente en la invocación de reglas del anterior estatuto adjetivo, cuando a la data en que fue dictada la sentencia por el *ad quem*, ya se hallaban vigentes las pautas de la codificación general del proceso.

Sobre este particular, precisa la Sala que es censurable el quebranto de preceptos antecesores de los que actualmente gobiernan un determinado asunto, siempre que las relaciones jurídicas involucradas o, en este caso, las deficiencias probatorias que se denuncien como violación mediata de normas sustanciales, sean reguladas efectivamente por ellas; empero, si las nuevas directrices ya eran aplicables para cuando fue proferido el pronunciamiento combatido en casación, tal como ocurría en este caso, y las relaciones jurídicas o actos procesales se encontraban sujetas a ellas, la denuncia de infracción debe recaer sobre las últimas y no respecto de los preceptos sustituidos, regla que inobservó el casacionista. La razón es sencilla: La norma susceptible de transgredirse por el sentenciador es aquella que ha debido hacerse actuar en el caso o se estimó aplicable sin serlo.

2.4. La indebida amalgama de los dos tipos de error probatorio, sin embargo, no ensombrece, en este caso, la acusación, ni conduce a su desestimación por causa de la deficiencia de técnica en la formulación del reproche, porque los cuestionamientos anotados no pasan de ser, en el contexto de la censura, simples enunciaciones referidas, en los tres eventos mencionados, a la comisión de *error facti in iudicando* en la evaluación de la historia clínica de la paciente, pues lo que, en esencia, se reprocha no es otra cosa que la tergiversación y cercenamiento de esa prueba documental, la cual de haberse apreciado en su real extensión objetiva, habría puesto en evidencia la parcialidad de los galenos tratantes y la discrepancia de sus versiones con el contenido de dicho documento, estructurándose una alteración del contenido material de ese medio suasorio, pifia que, según el casacionista, determinó el resultado del litigio, porque llevó al Tribunal a tener por no demostrada la culpa de la parte demandada.

De allí que, en lugar de enfocarse en acreditar la apreciación aislada e inconexa de los medios de convicción, o que el Tribunal soslayó los requisitos del indicio, o no expuso el mérito que le merecía el registro de atenciones en el establecimiento hospitalario, el censor se encaminó a realizar un examen individualizado de éste, y a enfrentar la valoración realizada por ser acrítica y generadora de inferencias

contraevidentes, como así le correspondía para fundamentar el presunto yerro fáctico.

3. Superadas las aparentes deficiencias técnicas, le corresponde a la Sala acometer el estudio de fondo de la crítica casacional, vinculada, como se dijo, a la valoración que realizó el *ad quem* de la historia clínica de la menor Adriana Salomé Céspedes Wilson y de las pruebas testificales recaudadas en el juicio, a fin de determinar si el juzgador incurrió en los desatinos que le endilga el recurrente, radicados, en esencia, en la desestimación de la primera y la sobrevaloración de los segundos.

3.1. De acuerdo con la Ley 23 de 1981, la historia clínica es un documento privado que contiene “*el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente*”, sometido a reserva y, por ello, “*únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley*” (artículo 34). Se impone a los prestadores de salud diligenciarla de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, espacios en blanco y sin emplear siglas; cada anotación tiene que datarse y colocar la hora de realización con el nombre completo y firma de su autor (artículo 5 Resolución 1995 de 1999).

En ella deben consignarse de manera cronológica, amén del estado del paciente, “*los actos médicos y los demás*

procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención” (artículo 1º, Resolución 1995 de 1998).

Además, debe cumplir las siguientes características: i) **integralidad:** Es necesario que reúna la información correspondiente a los *“aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria”*; ii) **secuencialidad:** Los registros de prestación del servicio *“deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención”*; iii) **racionalidad científica:** Se impone la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas al usuario, *“de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo”*; iv) **disponibilidad:** Debe poderse utilizar cuando sea requerida *“con las limitaciones que impone la Ley”* y v) **oportunidad:** El diligenciamiento ha de realizarse de manera *“simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio”* (artículo 3º, ídem).

Para su conservación, las entidades que deben custodiarlas pueden recurrir a medios físicos o técnicos, pero si se usan programas automatizados para su manejo, se

exige que tanto estos como sus equipos y soportes, cuenten con mecanismos de seguridad que imposibiliten la modificación una vez que se registren y guarden los datos (artículo 18, ídem).

3.2. Respecto del señalado documento, esta Corporación la definió como la *«compilación informativa en la que se individualiza a la persona que requiere de atención médica y se relata de forma discriminada la forma como se le presta, lo que comprende una descripción del estado de salud de arriba, los hallazgos de su revisión por el personal encargado, los resultados de las pruebas y exámenes que se practiquen, los medicamentos ordenados y su dosificación, así como todo lo relacionado con las intervenciones y procedimientos a que se somete, es una herramienta útil para verificar la ocurrencia de los hechos en que se sustentan los reclamos del afectado con un procedimiento de esa naturaleza»*.

Y añadió:

Su conformación debe ser cronológica, clara, ordenada y completa, pues, cualquier omisión, imprecisión, alteración o enmendadura, cuando es sometida al tamiz del juzgador, puede constituir indicio en contra del encargado de diligenciarla.

De todas maneras, su mérito probatorio debe establecerse «de acuerdo con las reglas de la sana crítica», debiendo ser apreciada en conjunto con las pruebas restantes, máxime cuando su contenido se refiere a conceptos que en muchos casos son ajenos al conocimiento del funcionario (CSJ SC5746-2014, 14 nov.

2014, rad. 2008-00469-01; SC2506-2016, 2 mar., rad. 2000-01116-01).

En pronunciamiento reciente, al aludir a la relevancia del comentado registro, precisó:

Ante todo, sirve de herramienta para informar al personal médico sobre todas las condiciones de salud, el tratamiento y la evolución del paciente. También como medio de prueba para reconstruir los hechos frente a la necesidad de establecer una eventual responsabilidad galénica.

Lo indicado no quiere decir que se esté ante una prueba tasada; tampoco que a través de otros medios probatorios sea imposible desvirtuar su contenido o que no se pueda probar contra su literalidad. Se trata, pues, de un medio de convicción relevante, por tanto, discutible, en casos de tachaduras, omisiones, inexactitudes o falsedades (CSJ SC3847-2020, 13 oct. 2020, rad. 2013-00092-01).

De lo expuesto se extrae que, en la valoración del comentado medio de demostración, es imperativo, como en las otras probanzas, atender las reglas de la sana crítica, sin soslayar, de un lado, que su elaboración está deferida a quienes eventualmente estarán involucrados en la relación jurídica discutida en el proceso y, de otro, que la ausencia del registro o su diligenciamiento con omisiones, errores o inexactitudes, puede generar un indicio grave en contra del profesional de la medicina o de la institución de salud.

3.3. El casacionista le endilgó al Tribunal el desprecio del mencionado medio probatorio, pues, aunque transcribió apartes extensos del mismo, no efectuó un análisis crítico de las razones por las cuales consideró que debían desestimarse las anotaciones allí consignadas, y si bien manifestó que tendría en cuenta dicho documento, lo cierto es que finalmente no lo hizo.

En compendio, respecto de la apreciación de esta prueba, se cuestionó lo siguiente:

3.3.1. No obstante que la providencia reconoció la infección con una bacteria adquirida “*estando internada en la Clínica Country*” -*Klebsiella pneumoniae*”, concluyó la imposibilidad de atribuir a la acción de ese microorganismo, la lesión cerebral sufrida, siendo su causa más probable la traqueítis bacteriana con que ingresó la menor. En otras palabras, “*el daño no obedeció a culpa del demandado*”.¹⁶

3.3.2. Si el 15 de julio de 2006, la crisis convulsiva cedió con la administración del medicamento diazepam, y la mayoría de eventos de ese tipo en niños no ocasionan daños permanentes, la conclusión del Tribunal sobre que aquella produjo la parálisis cerebral es contraevidente, máxime si se

¹⁶ Folio 30, cno. Corte.

reportó una mejoría en la dificultad para respirar y en la disfonía.

Y si en la misma fecha, se empezó a suministrar el antibiótico “Ceftriaxona”, conocido por emplearse en infecciones nosocomiales, era claro que desde ese momento ya no existía sospecha sobre esta patología, sino evidencia de su padecimiento.

3.3.3. El 16 de julio se anotó: “*Descartar sistema nervioso central ... evento hipóxico – isquémico? Facilitado por fiebre?*”, pero al plantearse como interrogante, significa que se trataba sólo de una posibilidad.

3.3.4. Dos días después, la facultativa Hebe Montealegre Estailles reportó haberse descartado el “*sistema nervioso central*”¹⁷; no obstante, en su declaración aseveró que la hipoxia isquémica tuvo origen en un incidente ocurrido en ese complejo orgánico, cambio de versión en el cual no reparó el fallador.

3.3.5. La glosa de 21 de julio relativa a la “*s}epsis por infección adquirida institucionalmente*”¹⁸, como enfermedad confirmada, pues no se acompañó de los signos de

¹⁷ Folio 30 reverso, cno. Corte.

¹⁸ Reiterada en nota de 23 de julio: “*Sepsis nosocomial de foco a establecer – bacteremia*”, folio 31 reverso, ídem.

interrogación que se insertan cuando apenas se sospecha el diagnóstico, desvirtúa la inferencia del *ad quem*, al poner en evidencia que la niña había comenzado a mejorar; se descartó un suceso hipóxico – isquémico a consecuencia de fiebre; y, tuvo una recaída una semana posterior a su ingreso a la institución, lapso requerido “*para la aparición de infecciones nosocomiales, como lo refirieron algunos médicos en sus declaraciones*”; sin embargo, desde la internación en UCI, se administraron antibióticos para combatir ese tipo de contaminaciones.

3.3.6. El 30 de julio de 2006 se indicó en la historia que la niña tenía una “*probable encefalopatía hipóxico isquémica secuelar... Sospecha de hipertemia central*”, nota permanente hasta el 2 de agosto siguiente, en que se confirmó la patología. La hipótesis del origen de la fiebre posteriormente dejó de consignarse, de ahí que la encefalopatía ya no se consideraba derivada de la hipertemia central; empero, el enjuiciador no acogió esta inferencia deducida del registro, sino la versión, en contrario, de la doctora Montealegre.

3.3.7. También se aceptó por el sentenciador, con base en lo atestiguado por la precitada galena, el resultado negativo de los cultivos y, por ende, la ausencia de causa de la fiebre, no obstante que, en anotación de 9 de septiembre de 2006, se refirió: “*Bacteremia por Klebsiella pneumoniae EN TRATAMIENTO... reporte de hemocultivo final documenta*

Klebsiella pneumoniae sensible a cefepime, resistente a ampicilina”¹⁹, lo que ratifica la infección intrahospitalaria.

3.4. En relación con las atestaciones precedentes, procede la Corte a examinar si se incurrió en los yerros de facto denunciados en la censura.

3.4.1. La historia clínica registra el ingreso de la menor el 14 de julio de 2006, unos minutos después de las dos de la tarde²⁰, “febril, con dificultad respiratoria importante y estridor”, con diagnóstico inicial de “laringotraqueitis aguda”²¹. En la evolución de pediatría de las 19:33, se indicó: “{L}actante con cuadro viral respiratorio alto desde hace una semana, que se agravó en las últimas 36 horas con disfonía, tos con movilización de secreciones, fiebre alta, vómito incohercible y dificultad para respirar con desaturación de 87%”.

Se decidió su manejo intrahospitalario en habitación de planta, suministro de medicamentos, realización de exámenes diagnósticos, oxígeno adicional a través de cámara de Hood con termostato, instrumento consistente en una cabina instalada sobre la cabeza del paciente para concentrar el oxígeno, con la cual, según lo declaró el galeno

¹⁹ Folio 32, ídem.

²⁰ Folio 2, Tomo 1.

²¹ Folio 12, ídem.

William Ricardo Cabra Cruz, se buscaba disminuir el desgaste de la niña en su intento por respirar.²²

3.4.2. En valoración del 15 de julio a las 7:34 a.m., si bien se anotó que presentaba mejoría en su alteración inicial de la voz y en los signos de dificultad respiratoria en relación con la jornada anterior, tal como lo reseñó el casacionista, ésta no suponía una superación del cuadro clínico, ni el restablecimiento de su estado de salud, porque persistían los picos de fiebre, y aunque cedían ante las medidas adoptadas, se advertían retracciones inter y sub costales. Además, tan solo unos minutos después (7:57), se refirió que la niña presentó súbitamente otra crisis de disfonía con desaturación, sin evidencia de cuerpo extraño que la originara y a pesar del plan de manejo instaurado.²³

Como el detrimento continuó su avance en la mañana, en la nota de las 12:31 se hizo constar su traslado a la unidad de cuidado intensivo por “*riesgo de falla ventilatoria*”²⁴, relatándose como antecedente: “*cuadro de dos semanas de rinorrea blanquedina, tos, emesis y deposiciones diarreicas*”, y en los tres días precedentes al ingreso “*tos con movilización de secreciones, estornudos, rinorrea blanquecina*” y “*fiebre de 38.5 oC*”.²⁵

²² Minuto 15:43, CD folio 169, cno. 1.

²³ Folio 14, ídem.

²⁴ Folio 8 ídem.

²⁵ Ídem.

A la UCI, la menor arribó en malas condiciones generales, pálida, con crisis convulsiva generalizada, febril y patrón respiratorio irregular. Aunque asiste razón al censor en su afirmación de que la convulsión fue controlada con la administración de tres dosis del medicamento diazepam, el estado de la paciente era precario, toda vez que la convulsión tuvo una duración de treinta minutos²⁶; padecía fiebre de 40.8°C, taquicardia severa y falla ventilatoria, de ahí que los galenos optaran por la intubación oro-traqueal y, en la laringoscopia previa a dicho procedimiento, encontraron “*membranas purulentas en cuerdas vocales que obliteran completamente la luz de la vía aérea*”²⁷, lo que adicional a la presencia de infección de origen bacteriano, evidencia que el material contaminado impedía el paso de aire a los pulmones. Así lo relató el médico William Ricardo Cabra, quien refirió: “*la laringe y la tráquea se cerraron y fue necesario intubarla*”.²⁸

Determinar a ese momento, un daño cerebral con exámenes especializados y valoraciones de detalle no era posible, debido a la misma sedación y relajación en que fue sumida la paciente para ventilarla mecánicamente y estabilizarla, pero de ninguna manera el hecho de haberse controlado la crisis convulsiva con un fármaco

²⁶ Folio 17, ídem.

²⁷ Ídem.

²⁸ Minuto 16:38 CD folio 169, cno. 1.

anticonvulsionante, se puede interpretar como ausencia de daños a nivel cerebral, pues varios síntomas ya denotaban, a ese momento, la presencia de una lesión de ese talante, como que la niña estuviera “estuporosa”²⁹, sin respuesta al dolor³⁰ y con “anisocoria por pupila derecha 4 mm, izquierda 3 mm, débilmente reactivas”³¹, la cual también se registró en las notas de las 21:57³², 22:28³³ y 01:52 del día 16 de julio, reportándose en esta última que “llama la atención anisocoria permanente desde el postictal³⁴ de la mañana, con pupila izquierda en 3mm y derecha en 1mm, pendiente cuando se estabilice traslado a TAC cerebral y posterior valoración por neuro, se dejó fenobarbital³⁵ de mantenimiento”³⁶. Según lo declaró la médica Martha Beltrán González, la niña no despertó de la crisis convulsiva y no respondía a los estímulos, es decir, quedó en un “estado epiléptico en el que el cerebro está sin respuesta en ese momento”.³⁷

Después de la auscultación, se concluyó que la paciente tenía un cuadro de tres días de evolución de “obstrucción

²⁹ Alteración del estado de conciencia caracterizado por la escasa reacción del paciente ante el entorno. El paciente puede despertar si se le aplican estímulos externos fuertes. KELLEY, William. Medicina Interna. Tomo II. Trad. Editorial Médica Panamericana S.A., Buenos Aires, 1991, p. 2707.

³⁰ Folio 8, ídem.

³¹ Es la disimilitud del tamaño de una pupila en relación con la otra.

³² Folio 18, ídem.

³³ Folio 19, ídem.

³⁴ Periodo de confusión o fatiga a continuación de una crisis convulsiva. Davenport M.C. et al, Convulsiones y estado epiléptico. Revista de Pediatría Práctica. Diciembre 2019, Vol. 10.

³⁵ Anticonvulsivo.

³⁶ Folio 20, ídem.

³⁷ Minuto 12:38 CD folio 169, cno. 1.

respiratoria alta progresiva, asociada a hipertermia severa, que evoluciona a deterioro progresivo severo con falla ventilatoria complicada con convulsión febril. Ingresa además con clínica de shock séptico³⁸, agregándose que se encontraba “muy crítica, en shock séptico secundario a traqueítis bacteriana, que lleva a insuficiencia respiratoria actual. Presenta además convulsión febril”.³⁹

Es decir, para ese día, esto es, el 15 de julio de 2006, la niña ya había presentado septicemia severa de muy rápido deterioro, secundaria a una traqueítis adquirida en comunidad, y esta inflamación generalizada como respuesta inmunitaria del organismo, detonó una falla orgánica múltiple⁴⁰, que condujo a una condición muy crítica de pronóstico reservado.⁴¹

Los resultados de los paraclínicos realizados a esa data, daban cuenta de una infección bacteriana, como así se anotó en la evolución de las 14:05, especialmente por la prueba de tinción Gram sobre secreción orotraqueal⁴², los valores de glóbulos blancos, la obtención de proteína C reactiva y la presencia de cayados⁴³, que la doctora Martha Helena

³⁸ Respuesta inflamatoria sistémica secundaria a una enfermedad infecciosa, la cual origina disfunción cardiovascular aguda, no necesariamente hipotensión arterial y eventualmente falla celular y orgánica. Donoso F., Alejandro et al. Shock séptico en pediatría I. Enfoque actual en el diagnóstico y tratamiento. Revista Chilena de Pediatría, Vol. 84, No. 5, Santiago, octubre 2013.

³⁹ Folio 9, ídem y 1326 Tomo 8.

⁴⁰ Folio 17, ídem.

⁴¹ Folio 16, ídem.

⁴² Folio 1496, Tomo 9.

⁴³ Folio 15, Tomo 1.

Beltrán destacó en su declaración como indicativa de infección causada por una bacteria.⁴⁴

Además, memórese que la niña sufrió una crisis convulsiva prolongada (duración de 30 minutos), después de la cual, de acuerdo con la testigo Martha Helena Beltrán González, quedó *“en un estado que nosotros llamamos postictal, un estado de compromiso neurológico severo”*.⁴⁵

De acuerdo con la declaración del médico Alfonso Mejía Jaramillo, quien, para la época, se desempeñaba como Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos donde fue atendida la menor, la convulsión que ella tuvo se podía atribuir a múltiples factores, en lo cual coincidió con la galena Martha Beltrán González⁴⁶, pues pudo originarse en la fiebre, pero también en su estado hipóxico por obstrucción de la vía aérea, o como resultado de la acción de alguna bacteria (encefalitis tóxica), pero a medida que Adriana Salomé mejoró sus condiciones hemodinámica y respiratoria y, por consiguiente, fue posible disminuir la sedación, se hizo evidente su compromiso neurológico, el cual no era fácil de apreciar mientras estuvo sedada y relajada por la ventilación mecánica implementada.⁴⁷

⁴⁴ Minuto 9:24 CD folio 169, cno. 1.

⁴⁵ Minuto 12:18 CD folio 169, cno. 1.

⁴⁶ Minuto 13:07 CD folio 169 cno. 1.

⁴⁷ Minuto 8:28 a 9:53, CD folio 169, cno. 1.

3.4.3. La prescripción del medicamento “Ceftriaxona”⁴⁸, señalada por el impugnante como indicativa de la presencia de una infección asociada a la atención sanitaria desde esa fecha, no necesariamente tiene la significación que aquél le atribuyó, por cuanto en el campo de la farmacología, dicho antibiótico, que pertenece a la clase de las cefalosporinas de tercera generación, tiene un amplio espectro de acción. Así lo señaló el declarante Rodolfo de La Hoz Celis, especializado en microbiología, quien fue llamado a revisar el esquema antimicrobiano recibido por la paciente y refirió que dicho antibiótico fue adicionado en la Unidad de Cuidados Intensivos debido a que la paciente *“tuvo un cuadro neurológico del que no se sabía la causa y se pensó en un patógeno de tipo meníngeo”*⁴⁹ y porque dicho fármaco *“tenía cobertura en el sistema nervioso central”*.⁵⁰

En adición a lo anterior, el compuesto mencionado no fue el único antibiótico que se ordenó proporcionar a la infante; también le fue prescrito el denominado “oxacilina”⁵¹, y desde el día 14 ya venía con la combinación de antimicrobianos *“ampicilina – sulbactam”*⁵², acción con la cual los facultativos pretendían otorgar una mayor protección frente al ataque bacteriano, como lo explicó el

⁴⁸ Folio 9, ídem.

⁴⁹ Minuto 6:57, ídem.

⁵⁰ Minuto 9:10, CD folio 169, cno. 1.

⁵¹ Folio 9, Tomo 1, Historia Clínica.

⁵² Folio 13, ídem.

doctor William Ricardo Cabra Cruz al sostener que se “ *cubrió con un antibiótico de amplio espectro*”⁵³.

3.4.4. Ante la persistencia de la fiebre (desde 38.5 °C hasta 42°C)⁵⁴ que, en ese momento, se consideró resultado de la traqueítis bacteriana⁵⁵, el 16 de julio, en la lista de “problemas”, la pediatra María Piedad Sarmiento Guzmán anotó: “*Descartar sistema nervioso central ... evento hipóxico – isquémico? Facilitado por fiebre?*”⁵⁶, planteándose en la acotación de las 10:39 que la niña se encontraba “*en condiciones críticas en el contexto de una falla multiorgánica por choque séptico por traqueítis bacteriana. Al ingreso a la UVCÍ (sic) en estatus convulsivo, posiblemente hipóxico - isquémico y favorecido por fiebre. No se descarta Meningoencefalitis, aunque considero poco probable*”. Se sospechó un posible “*edema cerebral*”⁵⁷, y aunque no se detectó anisocoria porque las pupilas eran simétricas, fue descrito como hallazgo el de discoria en la izquierda⁵⁸. Además, se ajustó la dosis del anticonvulsivo⁵⁹, lo que indica que no hubo mejoría de ese estatus, sino apenas el control de una de sus crisis.

⁵³ Minuto 20:09 CD folio 169, cno. 1.

⁵⁴ Folios 18 y 23, ídem.

⁵⁵ Folio 22, ídem.

⁵⁶ Folio 23, ídem.

⁵⁷ Folio 24, ídem.

⁵⁸ Irregularidad en la forma.

⁵⁹ Folio 26, ídem.

En el TAC de cráneo realizado en esa data, aunque fue informado como normal⁶⁰, según notas de las 13:12 y 18:32, el neuropediatra encontró *“leves signos de edema cerebral⁶¹ (borramiento de la diferencia corticomedular, leve disminución de espacio subaracnoideo)”⁶²*. A esa fecha, permanecía febril (38.2°C) y comprometida, por lo que se le calificó de *“estacionaria dentro de sus condiciones críticas”* y persistente en sus *“datos clínicos de sepsis y de compromiso general”⁶³*.

Luego, para ese momento la posibilidad de un evento hipóxico – isquémico, no era únicamente una conjetura, sino una hipótesis diagnóstica que adquiría fuerza, como lo sostuvo el profesional de la salud Alfonso Mejía Jaramillo al atestiguar que la causa del compromiso neurológico fue *“daño cerebral causado por una encefalopatía hipóxica”* y la especialista en cuidado crítico, al día siguiente de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, refirió haber apreciado la condición de anisocoria, la cual *“indica lesión cerebral”⁶⁴*, pero con la sedación y relajación *“ya no se podía examinar neurológicamente”*, pues el sistema nervioso queda *“bloqueado”* por el medicamento.⁶⁵

⁶⁰ Folio 27, ídem.

⁶¹ Acumulación de líquidos en las células cerebrales que provoca una inflamación.

⁶² Folio 27, Tomo 1 Historia Clínica.

⁶³ Folio 28, ídem.

⁶⁴ En igual dirección, el testimonio de la doctora Martha Beltrán González, minuto 4:28, CD folio 169, cno. 1.

⁶⁵ Minuto 10:42 a 10:46, ídem.

3.4.5. En la muestra de líquido cefalorraquídeo, tomada de la punción lumbar realizada el 16 de julio, no se hallaron gérmenes, de modo que tal resultado no era “*compatible con neuroinfección*”.⁶⁶

3.4.6. La anotación del 18 de julio a las 10:17, evidencia que la galena Hebe Montealegre Estailes reportó: “*se descartó sistema nervioso central*”⁶⁷, glosa que, contrario a lo expuesto en la censura, no comporta la eliminación de la posibilidad de una encefalopatía causada por disminución del aporte de oxígeno y sangre al encéfalo, porque, el mismo registro evidencia que se acotó como otro de los problemas en la evolución clínica, la sospecha de un “*evento hipóxico – isquémico*” facilitado por la fiebre⁶⁸; y al declarar que esta última era de origen central o neurológico, la testigo no incurrió en contradicción, porque a la fecha anotada no se había establecido con certeza la causa de la alta temperatura corporal que continuaba afectando a la paciente y no cedía a pesar del tratamiento antimicrobiano instaurado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Precisamente, la falta de respuesta del organismo a los antibióticos, motivó la adición de los bactericidas “*vancomicina – cefepime*”⁶⁹ a los que ya se estaban

⁶⁶ Folio 29, Tomo 1 H.C.

⁶⁷ Folio 36, idem.

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ Folios 37 y 39, idem.

proporcionando⁷⁰, de donde se colige que aún no era claro para los facultativos la génesis neurogénica de la fiebre, y si ésta había facilitado la hipoxia isquémica; por tal razón se ordenó la toma de cultivos en secreción del tubo orotraqueal y de sangre⁷¹, cuyo objetivo era, precisamente, establecer si un agente infeccioso podía ser el causante de la hipertemia.

3.4.7. En la evaluación de 19 de julio a las 17:07, se registró el retiro de la relajación y el inicio de la disminución lenta de la sedación⁷², con lo cual fue posible evidenciar en los dos días siguientes una leve hipertonia de los miembros inferiores⁷³ y “*flexión de antebrazos con pulgar cortical*”⁷⁴, signos que, como indicaron los testigos, sugerían una lesión cerebral, pero hasta entonces los cultivos de gérmenes habían salido negativos, como se indicó en las notas de las 00:32 y 9:50, de ahí que cuando a las 20:50 de la misma data se indicó “*{s}ep^sis por infección adquirida institucionalmente?*”, correspondía a una sospecha diagnóstica que se incluyó en el plan de tratamiento⁷⁵ para ajustar el manejo clínico a esa posibilidad, como así lo declararon los testigos Alfonso Mejía Jaramillo y la médica intensivista Hebe Montealegre Estailles, lo cual implicaba el

⁷⁰ Folios 37 y 38, ídem.

⁷¹ Folio 38, ídem.

⁷² Nota de evolución de las 00:32 del 21 de julio (folio 43, ídem).

⁷³ Folio 45, ídem.

⁷⁴ Folio 48, ídem.

⁷⁵ Folio 54, ídem.

cambio del esquema antibiótico, indicación que se implementó enseguida.⁷⁶

Si bien el mismo 21 de julio, en la glosa de las 23:53 se indicó que la paciente tenía una evolución desfavorable por “reaparición de sepsis, posiblemente ahora por infección adquirida intrahospitalariamente”⁷⁷, y dicha “septicemia nosocomial de foco a establecer – bacteremia” se consignó en las notas de las 10:02 de 22 de julio⁷⁸, 10:19 de 23 de julio⁷⁹, 09:59⁸⁰ y 23:12⁸¹ de 24 de julio, tales registros no evidencian la confirmación de esa patología, pues en ambas acotaciones fue incluida como una de las problemáticas a resolver; ni tampoco desvirtúan la inferencia del *ad quem* sobre que el daño cerebral devino de un suceso hipóxico – isquémico, porque en las comentadas anotaciones se reportó este último dentro de la larga lista de dificultades a enfrentar para restablecer la salud de la menor.

Y no obstante que, en los días previos, presentó una mejoría hemodinámica y de su estado pulmonar, esta recuperación parcial nada indica sobre la situación

⁷⁶ Ídem y Minutos 4:43 a 6:34 y 9:27 a 9:42 declaraciones respectivas, CD folio 169, cno. 1.

⁷⁷ Folio 55, ídem.

⁷⁸ Folio 57, ídem.

⁷⁹ Folio 65, ídem.

⁸⁰ Folio 69, ídem.

⁸¹ Folio 72, ídem.

neurológica por tratarse de componentes orgánicos distintos, de ahí que no pueda aseverarse, como lo hace el recurrente, que la pequeña estaba restableciéndose y una infección intrahospitalaria, contraída una semana después de la internación, causó el deterioro cerebral, conclusión que se descarta con lo manifestado por el neuropediatra en la evaluación del 17 de julio, desde la cual dicho especialista sospechó lesión cerebral, pues el profesional de la salud indicó que el TAC realizado el día anterior mostraba *“disminución del espacio subaracnoidea y menor diferenciación de sust gris – blanca, ligera hipodensidad supratentorial”*.⁸²

3.4.8. Extubada la menor el 24 de julio a las 18:15⁸³, el mismo día a las 23:12 se detectó hipertensión en las extremidades y “dedo cortical”, a las cuales se adicionó mirada fija, pupilas de diferente tamaño, *“hipertensión generalizada con hiperreflexia”* y *“Babinsky positivo”* espontáneo, condiciones indicativas de daño neurológico, y en evaluación realizada por neuropediatría el 25 de julio, se anotó: *“probable encefalopatía hipóxico – isquémica (sec a hipoxia por obstrucción de vía aérea, sepsis)”*⁸⁴.

⁸² Folio 237, Tomo 2.

⁸³ Folio 71, ídem.

⁸⁴ Folio 238, Tomo 2.

De los signos evidenciados se dejó registro en la evaluación de 27 de julio a las 00:24, donde el galeno refirió: *“mirada fija. No hay una adecuada respuesta al medio (...) llama la atención la hipertonia de MSSS, existe escaso movimiento pie derecho y mano derecha”*.⁸⁵

En anotación de 28 de julio de las 9:36, la evaluación neurológica definió que la menor padecía *“encefalopatía de etiología a establecer que cursa con hipertonia e hiperreflexia. Mirada fija, Babinsky espontáneo (...) {t}endencia a dedo cortical bilateral”*⁸⁶, y el examen de evocados potenciales somatosensoriales en nervio mediano determinó un *“severo trastorno funcional de la vía somatosensorial de los miembros superiores”*, al paso que el de evocados potenciales visuales mostró *“trastorno funcional parcial de la vía retinocortical bilateral lo cual constituye un trastorno funcional cortico subcortical bilateral”*.⁸⁷

Y el 29 de julio, en interconsulta con la especialidad de neuropediatría, éste apreció *“persistencia de la alteración de conciencia y del tono muscular”*, amén de fiebre continuada *“a pesar de cubrimiento⁸⁸ y cultivos negativos”*.⁸⁹

⁸⁵ Folio 81, Tomo 1. Ver también evoluciones de 27, 28, 29 y 30 de julio; 1 y 3 de agosto de 2006 (folios 83, 85 a 87, 89, 92, 94, 95, 97, 104 y 109, ídem).

⁸⁶ Folio 87, ídem.

⁸⁷ Folio 92, ídem y folios 1579 a 1580, Tomo 9.

⁸⁸ Tratamiento con antibióticos prescritos.

⁸⁹ Folio 240, Tomo 2 H.C.

A pesar del resultado aparentemente normal de la resonancia magnética realizada ese día, porque no detectó *“lesiones isquémicas o hemorrágicas agudas en evolución”*, el neurólogo conceptuó en contrario, señalando que se observaban *“alteraciones difusas en sustancia blanca⁹⁰ y cápsula interna”* y lo consideró compatible con una encefalopatía hipóxico - isquémica⁹¹, resaltando en la nota de 30 de julio la persistencia de crisis focales, alteración de conciencia y de tono muscular, fiebre y *“alteraciones neurofisiológicas evidentes en PESS- PEV y clínicos en lo motor, lo cual sugiere compromiso difuso y global encefálico a nivel cortical, secundario, a su evento hipóxico, que imagenológicamente no es tan evidente”*.⁹²

En consonancia con ese examen diagnóstico, la encefalografía practicada en esa misma data, fue estimada como sugestiva de un *“severo proceso limitativo cortical con potencial epileptogénico en regiones temporales bilaterales, de mayor predominio en hemisferio izquierdo”*.⁹³

Adicionalmente, se detalló que los picos febriles y la tendencia a alzas térmicas persistentes, sumadas a los valores *“discretamente altos”* en el paraclínico de enzimas

⁹⁰ *“Por alteración mielinización”* (folio 241, ídem).

⁹¹ Ratificado en notas de evolución de 3 y 11 de agosto de 2006 (folios 109 y 134, Tomo 1).

⁹² Folio 241, Tomo 2.

⁹³ Folio 1582, Tomo 9.

CPK y “ausencia de deterioro infeccioso”, indicaban “hipertemia de origen central”⁹⁴, tesis que, recuérdese, fue planteada no solo por la médica Hebe Montealegre Estailles⁹⁵ al referir que era producto de un daño neurológico y facilitadora del proceso convulsivo, sino también por otros declarantes como el galeno Alfonso Mejía Jaramillo, quien afirmó que dicha fiebre de fuente neurogénica, pudo ser ocasionada por el mismo daño cerebral⁹⁶. En ese sentido, el citado facultativo manifestó que con neurología se determinó que la fiebre era “de origen central” por la misma patología que la aquejaba.⁹⁷

Cuestionó el censor que la nota sobre sospecha de hipertemia central se consignó sólo hasta el 2 de agosto de 2006, de allí que su desaparición denotara que se trató de una impresión diagnóstica no confirmada, pero el registro clínico evidencia lo contrario, porque en acotación del 3 de agosto a las 10:18, se reportó como uno de los problemas de salud que debían abordarse los de “*fiebre de origen oculto actual*” y “*sospecha de Hipertemia central*”⁹⁸, también presente en las notas del 4 de agosto en adelante.⁹⁹

⁹⁴ Folio 96, Tomo 1.

⁹⁵ Minuto 10:12, CD folio 169, cno. 1.

⁹⁶ Minuto 12:23, ídem.

⁹⁷ Minuto 4:42, ídem.

⁹⁸ Folio 110, ídem.

⁹⁹ Folios 115, 121, 123, 126 y 152 Tomo 1 y 1277, 1283 y 1286 Tomo 8, por citar algunos.

La ausencia de bacterias generadoras de infecciones asociadas al cuidado de la salud, se ratificó con la negatividad de los cultivos realizados hasta el mes de agosto de 2006, tanto en sangre como en secreción orotraqueal, líquido cefalorraquídeo, catéteres femoral, venoso y arterial¹⁰⁰, sólo con detección de grampositivos escasos en tráquea el 18 de julio, causantes estos de la traqueítis bacteriana¹⁰¹, de ahí que, no obstante la sospecha de una infección nosocomial de foco a establecer¹⁰², ésta no fue corroborada por los paraclínicos y sólo se tenía la constatación clínica de un evento hipóxico – isquémico “*facilitado por fiebre*”¹⁰³.

En suma, los laboratorios no sugerían “*un proceso infeccioso activo*”¹⁰⁴, y por ello carece de razón el casacionista al acusar al Tribunal de tener por demostrada, pese a no estarlo, la existencia de resultados negativos de los cultivos para gérmenes realizados y, por ende, la falta de causa para la fiebre persistente, porque con la cita de todos los exámenes bacteriológicos, cuyo resultado fue el mencionado, se corrobora el acierto del *ad quem*; panorama que sólo vino a cambiar con la detección de la bacteria *Klebsiella*

¹⁰⁰ Folios 1497 y 1503 Tomo 9 (15 de julio); 1515 ídem (16 de julio); 1525 y 1526 ídem (18 de julio); 1552, 1554 y 1555 ídem (22 de julio); 1561 ídem (23 de julio); 1573 ídem (26 de julio); 1576 ídem (27 de julio); 95 y 97 Tomo 1 (30 de julio); 99 ídem; 1596 y 1599 Tomo 9 (31 de julio); 104 Tomo 1 (1º de agosto).

¹⁰¹ Folio 1528, Tomo 9.

¹⁰² Folio 1258, ídem.

¹⁰³ Folios 1258, 1295 y 1298, ídem.

¹⁰⁴ Folio 97, Tomo 1.

pneumoniae en hemocultivo venoso, hecho que ocurrió hasta el 6 de septiembre de 2006, fecha para la cual el daño cerebral se había consumado con mucha antelación, como se colige de la extensa explicación precedente en relación con los hallazgos tempranos de signos indicativos de un daño a nivel cerebral¹⁰⁵. Esto explica que la encefalopatía hipóxico – isquémica se calificara como secuelar de “*choque séptico y falla ventilatoria por traqueítis bacteriana*” en las auscultaciones de 4, 11, 20 y 22 de agosto.¹⁰⁶

3.4.9. El 5 de septiembre de 2006 retornó la fiebre sin un foco aparente, razón por la cual los galenos sospecharon una “*infección nosocomial viral*”¹⁰⁷, la cual se confirmó al hallarse la bacteria gramnegativa¹⁰⁸ “*Klebsiella pneumoniae*” documentada el 9 de septiembre en hemocultivo final¹⁰⁹, cuyo tratamiento con el antibiótico prescrito en esa oportunidad, se extendió hasta el 15 de septiembre¹¹⁰, emitiéndose el alta médica que permitió el egreso del centro hospitalario el día 27 de septiembre siguiente.¹¹¹

¹⁰⁵ La historia clínica evidencia que se sospechó dicha lesión desde el 17 de julio de 2006.

¹⁰⁶ Folios 134, 155 y 162 Tomo 1 y 1277 Tomo 8.

¹⁰⁷ Folio 195,1 ídem.

¹⁰⁸ Folio 200, ídem.

¹⁰⁹ Folio 202, ídem.

¹¹⁰ Folio 214, ídem.

¹¹¹ Folios 1, Tomo 1 y 235, Tomo 2.

3.5. En ese orden, aunque no existe duda sobre el daño padecido por la menor, que le acarreó una pérdida de capacidad superior al 68%, contrario a lo aducido por el casacionista, la historia clínica no revela que aquél obedeciera a una infección asociada al cuidado de la salud; por el contrario, de dicho registro y de los testimonios recaudados se infiere que la traqueítis bacteriana causada por un germen sumamente agresivo, gestó una obstrucción de la vía aérea que llevó a falla ventilatoria y multiorgánica, generadora de un estado de hipoxia – isquémica con lamentable repercusión a nivel neurológico (encefalopatía).

4. Del análisis de la prueba que acaba de realizarse, surge que las inferencias extraídas por el juzgador de la segunda instancia de la prueba documental supuestamente despreciada y de los testimonios recepcionados, no pugnan con su contenido objetivo; por el contrario, los referidos elementos de persuasión sirven de fundamento a la tesis expuesta en la sentencia impugnada.

Bajo ese contexto, no observa la Sala que el Tribunal incurriera en los yerros de orden fáctico endilgados por el inconforme y, en esa medida, no resultan contraevidentes sus conclusiones de no tener por demostrada la culpa de la persona jurídica convocada al juicio, ni la relación causal entre el daño cerebral con la subsecuente incapacidad de la

menor Adriana Salomé Céspedes Wilson y la actuación de la Clínica.

Es cierto que el sentenciador recurrió a “*literatura*” proveniente de páginas web con contenidos médicos, y el recurrente cuestionó, en particular, una fuente a la que calificó de peligrosa, toda vez que permite a “*cualquier persona*” realizar publicaciones sin rigor alguno¹¹², pero contrario a la atestación del impugnante, el *ad quem* no derivó de ella “*conclusiones aparentemente científicas*”, sino que empleó algunos datos alojados en esa plataforma para definir conceptos que, por ser propios de la medicina, no son del conocimiento de los profanos a la materia, y en ello no se advierte irregularidad. De ningún modo derivó de tales alusiones, inferencias o juicios de valor en torno a la responsabilidad atribuida a la demandada, su falta de demostración o la inexistencia de dicha fuente obligacional, de ahí que su utilización no comporta una equivocación reprochable ante esta sede que, de configurarse, se debió refutar por la vía del error de derecho.

Por consiguiente, la labor desplegada por el sentenciador al valorar los medios probatorios permanece inalterada frente a los planteamientos valorativos del impugnante que, adicionalmente, deja sin ataque

¹¹² Folio 117, cno. 1. Se refirió concretamente a Wikipedia, enciclopedia en línea, abierta y colaborativamente editada por sus mismos usuarios.

fundamentos basilares de la decisión, los cuales también dieron lugar a la desestimación del recurso de alzada y, por ende, a la negativa de las pretensiones de la demanda, como que la infección intrahospitalaria por la bacteria *Klebsiella pneumoniae* fue adquirida en el mes de septiembre de 2006, época para la cual ya se había producido y consolidado el daño neurológico.

Y aunque el censor refutó la estimación de las declaraciones rendidas en el proceso por los galenos encargados de la atención de la niña Adriana Salomé Céspedes Wilson durante su hospitalización en la Clínica Country al no reparar en sus inexactitudes, ningún error de hecho concreto, notorio y trascendente, enunció y menos demostró respecto de la apreciación de los indicados medios de prueba, circunstancia que torna también frustránea dicha acusación.

Si el yerro *facti*, se ítera, es aquel que, por su gravedad y notoriedad, se impone a la mente a simple vista, esto es, uno para cuya acreditación no es necesario acudir a esforzados razonamientos o disertaciones valorativas, lo cierto es que ninguna anomalía con esas características fue evidenciada por el censor, quien en sede del recurso de casación expuso su propia apreciación de la historia clínica, como si ello bastara para derruir los cimientos del fallo.

No se ocupó de probar, en las instancias, que la infección nosocomial causó la lesión cerebral de la menor, carga probatoria desatendida que, como se lo hizo ver el Tribunal, condujo a no dar por probada la culpa de la demandada, ni el nexo causal entre el daño padecido y la conducta de la institución hospitalaria, conclusión cuya firmeza no logró socavar el casacionista porque no demostró los supuestos errores de hecho evidentes y trascendentes que enunció en el cargo.

5. La secuela de lo discurrido es el decaimiento de la censura.

Se condenará en costas a los recurrentes y para la tasación de las agencias en derecho se tendrá en cuenta que la demanda de casación fue replicada.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **NO CASA** la sentencia proferida el 30 de marzo de 2017, por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, dentro del proceso promovido por Ginna Victoria Wilson Barranca y Jorge Céspedes Cristo contra Administradora Country S.A.

Costas en casación a cargo de la parte recurrente. La Secretaría incluya en la liquidación la suma de \$6.000.000 por concepto de agencias en derecho.

Oportunamente devuélvase el expediente a la corporación de origen.

Notifíquese,

FRANCISCO TERNERA BARRIOS

Presidente de Sala

ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

LUIS ALONSO RICO PUERTA

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA