

República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Magistrado Ponente

SC3367-2020

Radicación nº 11001 31 03 038 2006 00795 02

(Aprobada en sala de doce de febrero de dos mil veinte)

Bogotá, D.C., veintiuno (21) de septiembre de dos mil veinte (2020).

Decide la Corte el recurso de casación interpuesto por Martha Inés Montañez Pérez frente a la sentencia de 8 de febrero de 2012, proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, dentro del proceso ordinario promovido por la impugnante, Blanca Cecilia, Ana Isabel, Luz Mery, Magda Patricia, María Carolina del Sol, Gustavo Adolfo, Carlos Hernán, Gabriel Eurípides, Nelson Antonio y Natalia Andrea Montañez Pérez, contra FAMISANAR Ltda. EPS, Caja de Compensación Familiar CAFAM y Clínica del Occidente S.A., y concurrió como llamada en garantía Aseguradora Colseguros S.A.

I. EL LITIGIO

1. Solicitaron los demandantes declarar que las convocadas son solidariamente responsables del fallecimiento de su hermano y tío Pedro Alonso Montañez Pérez y, en consecuencia, se les condene a pagarle a sus hermanos, de manera proporcional, el daño moral que su causante sufrió en su última enfermedad; así como aquellos de la misma modalidad sufridos a nombre propio por éstos y por sus sobrinas, en el *quantum* fijado por el juzgador.

También se pidió indemnización de perjuicios materiales por daño emergente a favor de Ana Isabel Montañez Pérez y Gustavo Adolfo Montañez Pérez, y por lucro cesante para Martha Inés, María Carolina del Sol y Natalia Andrea Montañez Pérez, conforme a lo que se establezca en dictamen pericial.

2.- Como sustrato fáctico refirieron que Pedro Alonso Montañez Pérez, afiliado a la EPS FAMISANAR LTDA., tras presentar dolor abdominal localizado en epigastrio desde el 11 de noviembre de 2004, previa valoración médica y diagnóstico de «*colecistitis aguda*», el 16 de noviembre del mismo año se le practicó «*Colecistectomía por Laparoscopia*», en las instalaciones de la Clínica CAFAM.

Al día siguiente, fue sometido a una «*Laparotomía Exploratoria de Revisión*»; luego se remitió a la Unidad de Cuidados Intermedios de la Clínica del Occidente S.A., por «*sospecha de trombo embolismo pulmonar*», allí permaneció entre el 17 y el 20 de noviembre, cuando fue trasladado a una habitación.

Las consultas y atenciones en salud ofrecidas al paciente con posterioridad, en el año 2004, fueron:

El 24 de noviembre acudió a cita de revisión post quirúrgica en la Clínica CAFAM con el médico que lo operó, doctor Álvaro Eduardo Granados, informándole sobre el dolor abdominal, vómito y las náuseas que seguía presentando, frente a lo cual le recetó ibuprofeno y le suspendió la buscapina.

El 26 de noviembre, ante la persistencia de los dolores abdominales, fue valorado por José Nelson Rivera, médico de Colsanitas, quien *«descartó sospecha de trombo embolismo y sugirió seguir investigando un cuadro de bacteremia que estaba apareciendo»* y de ello fue informado inmediatamente el doctor Granados.

El 28 de noviembre, acudió al servicio de Urgencias de la Clínica del Occidente por presentar síntomas como escalofrío, pico febril de 38.7°C, taquicardia, deshidratación, etc., allí le practicaron radiografía de abdomen que mostró *«íleo paralítico muy complicado»*, para cuyo manejo le prescribieron medicamentos sin valoración por cirugía y lo enviaron para su casa. Ante la falta de mejoría, nuevamente fue hospitalizado en la Clínica CAFAM entre el 29 de noviembre y el 2 de diciembre.

El 9 de diciembre en consulta externa con el doctor Granados, le comentó que seguía sin tolerar alimentos, solo le estaban suministrando líquidos endovenosos y había

perdido 20 kilos de peso, aspectos que el médico calificó como normales y le dio cita para un mes después, sin disponer la práctica de ningún examen.

Continuó presentando dolor abdominal, intolerancia a la dieta, náuseas y vómito; el 16 de diciembre, al empeorar su estado de salud, acudió al Hospital La Victoria E.S.E., donde le tomaron una «*placa abdominal*» y se le informó a sus parientes su gravedad por presentar un shock séptico, así como la necesidad de recibir atención en una institución de tercer nivel.

El 17 de diciembre, lo recibieron en la Clínica San Rafael; después de la valoración y toma de exámenes, se le practicó Tomografía Axial Computarizada TAC abdominal, y obtenido el resultado, pasó para cirugía, cuyo hallazgo fue una «*sepsis de origen abdominal, causada por una perforación en el intestino delgado ileal y yeyunal*», producida un mes antes en la «*Colecistectomía Laparoscópica*».

Pese a que había transcurrido un mes desde la primera operación, que el afectado siguió presentando molestias en el estómago y con insistencia acudió ante los médicos de la IPS CAFAM y de la Clínica del Occidente S.A., para ese momento presentaba shock séptico, peritonitis abdominal, abdomen abierto y las mínimas probabilidades de vida.

El 27 de diciembre, Pedro Alonso Montañez Pérez, a

sus 40 años de edad, murió como consecuencia de un shock séptico de origen abdominal.

El fallecido era un deportista, experto en confección de joyas y propietario de dos establecimientos de comercio, que devengaba ingresos mensuales superiores a \$3.000.000 y de él dependían económicamente sus sobrinas Andrea y María Carolina del Sol Montañez Pérez, además, entre él y los aquí demandantes existía un fuerte vínculo familiar, con relaciones de afecto y colaboración mutuos.

3.- Se imputa responsabilidad civil a las convocadas a título de culpa, por incumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias derivadas de su calidad de participantes del Sistema de Seguridad Social en Salud.

La EPS FAMISANAR LTDA., porque no le garantizó a su afiliado la prestación de los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios en condiciones de cantidad, continuidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

La Caja de Compensación Familiar CAFAM IPS como propietaria de la Clínica CAFAM, es culpable de la muerte del causante por la *«perforación inferior intestinal ileal y yeyunal»*, y por no haberle realizado los exámenes y estudios necesarios como un TAC abdominal, que habría permitido diagnosticar a tiempo la lesión y el tratamiento a seguir para evitar el riesgo de peritonitis que finalmente fue la causa del deceso, de manera que no cumplió la obligación de garantizar la continuidad y eficiencia en el

tratamiento iniciado hasta lograr la recuperación total del paciente.

La Clínica del Occidente S.A., fue negligente al suministrarle al intervenido quirúrgicamente una dieta inadecuada, y no le practicó los exámenes necesarios como un TAC abdominal para detectar las causas de sus quebrantos de salud.

4.- Réplica de las convocadas

4.1.- EPS Famisanar Ltda. (fls. 219 – 256, c. 1), se opuso al éxito de las pretensiones, y excepcionó: *«inexistencia de responsabilidad contractual», «la conducta de la EPS fue diligente», «inexistencia de nexo causal», «inexistencia de responsabilidad solidaria», «prescripción y/o caducidad» y «falta de legitimación por activa».*

4.2.- Caja de Compensación Familiar CAFAM (fls. 308 – 323, *ib.*), se opuso a las pretensiones. A manera de excepciones de mérito, alegó: *«inexistencia de la relación causa – efecto ó inexistencia de causa para pedir».*

4.3.- Clínica del Occidente S.A. (fls. 462 – 491, *ib.*). En oposición alegó falta de responsabilidad tanto de la IPS como del personal adscrito a ella y como defensas alegó: *«ausencia de responsabilidad por inexistencia de culpa», «ausencia total de relación de causalidad entre la atención brindada por la Clínica del Occidente y el daño presuntamente causado», «ausencia de daño imputable a la*

Clínica del Occidente», «riesgo intrínseco del procedimiento quirúrgico – causa exonerativa de responsabilidad», «inexistencia de obligación de indemnizar por cuanto la Clínica del Occidente S.A. no fue la causante del presunto hecho dañoso», «ausencia de perjuicios materiales y morales exceso en la tasación de los mismos» y «atipicidad de los elementos de la responsabilidad civil extracontractual».

5.- Llamamiento en garantía

Por separado, Clínica del Occidente S.A. y Caja de Compensación Familiar CAFAM, llamaron en garantía a la Aseguradora Colseguros S.A.

En sus respectivos escritos de réplica (fls. 69 -81, c. 2, y 99 -111, c. 4), la llamada formuló las siguientes excepciones de mérito con relación a la demanda principal: *«el acto médico no es una actividad peligrosa», «las obligaciones médicas son de medio y no de resultado», «falta de responsabilidad por el imprevisto médico», «inexistencia de relación de causalidad», «inexistencia de responsabilidad», «inadecuada tasación de perjuicios» y «excepción común».*

Frente a los llamamientos, formuló las defensas que denominó: *«límites derivados de las condiciones generales y particulares de la póliza y la ley», «límite de la responsabilidad del asegurador» y «ausencia de responsabilidad del asegurador».*

6.- El *a quo* en sentencia de 22 de agosto de 2011

declaró prósperas las excepciones de ausencia de responsabilidad y no probados los presupuestos sustanciales de la responsabilidad civil contractual y extracontractual, en consecuencia, negó las pretensiones del libelo (fls. 399 – 414 c. 3.), decisión apelada por los gestores (fl. 416, *ib.*).

7.- El superior confirmó lo decidido al desatar la alzada (fls. 39 a 67 c. 6).

II. FUNDAMENTOS DEL FALLO IMPUGNADO

El sentenciador se ocupó de analizar si la muerte de Pedro Alonso Montañez Pérez a causa de un shock séptico, fue producto de la negligencia de las accionadas en las fases de diagnóstico o tratamiento del paciente. Tras evaluar el material probatorio, arribó a una respuesta negativa frente a ese interrogante, con soporte en los argumentos que a continuación se reseñan:

1.- Las entidades convocadas no actuaron de manera negligente en la atención médica cuestionada. De la revisión minuciosa de las historias clínicas se extrae la oportunidad del diagnóstico de «*cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda*» y de la realización de la «*Colecistectomía Laparoscópica*»; además, durante su estadía en las distintas instalaciones hospitalarias y las consultas externas surtidas por persistir la molestia abdominal y dificultad respiratoria, los profesionales de la salud tratantes dispusieron la toma de exámenes de laboratorio, radiografías, ingesta de

medicamentos y estuvieron pendientes de su evolución y remisión a especialistas.

Además, se siguieron las prescripciones de los galenos, hubo continuidad en la prestación de los servicios, y no se observan retardos en la atención, diagnóstico, intervención y seguimiento médico.

2.- El argumento concerniente a que la responsabilidad se estructura porque *«la úlcera yeyunal perforada y la sepsis de origen abdominal – causa del deceso- son consecuencia directa de una de las dos intervenciones adelantadas frente al diagnóstico de colecistitis aguda»*, se derriba con las versiones de los médicos Jorge Iván Bustamante Gómez, Gustavo Moreno Espitia, Álvaro Eduardo Granados Calixto, Juan Antonio Gaitán, Agustín Castillo Barcias y Campo Aníbal Acosta Núñez, coincidentes en punto a que *«una sepsis de un mes no es compatible con la vida»* y que *«la perforación de la úlcera es una patología independiente del primer acto quirúrgico»*.

3.- Aunque es cierto que después de las dos intervenciones quirúrgicas Pedro Alonso siguió presentando dolor abdominal, no por ello puede sostenerse *«que esas molestias eran síntomas de una perforación intestinal, o que cuando el paciente asistió en varias oportunidades a urgencias y a consulta externa la úlcera yeyunal ya se encontraba perforada»*; las aseveraciones de los actores a ese respecto están desprovistas de respaldo probatorio y, en

contraposición, se cuenta con lo expresado por algunos de los testigos.

4.- No es de recibo, la existencia de un «oblito quirúrgico» por el hecho de que al aquejado se le haya practicado una segunda cirugía, pues conforme a la historia clínica, la laparotomía exploratoria se practicó debido a dificultades respiratorias posteriores y no se probó que fuera por un indebido diagnóstico inicial o una mala praxis en la colecistectomía. Al efecto, en su declaración Álvaro Eduardo Granados Calixto expuso que si bien en la historia clínica se refiere «*evolución irregular*», ello obedeció a la dificultad respiratoria, tratada de manera oportuna, que incluyó remisión a institución de tercer nivel, gammagrafía de ventilación, monitoreo y cuidado intermedio.

5.- Del dictamen pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal se extrae: a) la perforación intestinal puede tener varias causas, sin que se hubiere determinado o concluido que la misma fuera consecuencia de la colecistectomía por laparoscopia o de la laparotomía exploratoria, b) las personas jurídicas demandadas practicaron los exámenes pertinentes ante los síntomas respiratorios que en su momento presentó el paciente, c) no existió error en el diagnóstico.

6.- En síntesis, no se acreditó que la perforación intestinal y el shock séptico que desencadenaron la muerte de Pedro Alonso Montañez Pérez, se produjo en razón de las intervenciones quirúrgicas del 16 y 17 de noviembre de

2004, ni se demostró que el deceso haya obedecido a la negligencia o mala práctica por error en el diagnóstico o en el tratamiento.

III. LA DEMANDA DE CASACIÓN

Se formuló un ataque contra el fallo del Tribunal, con soporte en el numeral 1° del artículo 368 del Código de Procedimiento Civil, por la vía indirecta.

SUSTENTACIÓN DEL CARGO

Se afirma violación indirecta de la ley sustancial por aplicación indebida de los artículos 49 de la Constitución Política; 63, 66, 1494, 1568, 1604 inciso 3, 1613, 1614, 2341, 2342, 2343, 2344, 2347, 2349,, 2356 y 2359 del Código Civil; 1-1, 15, 16, 34 y 42 de la Ley 23 de 1981; 10 y 11 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981; 34 de la Ley 35 de 1989; 152, 153-3-9, 159, 162, 168, 178, 179 y 185 de la Ley 100 de 1993; 2° y 14 del Decreto Reglamentario 1485 de 1994; 7, 8, 9 y 16 del Decreto Reglamentario 806 de 1998; en relación con los artículos 176, 177, 187, 194, 197, 213, 243, 248, 249, 250 y 251 del Código de Procedimiento Civil.

En la providencia impugnada se incurrió en evidentes errores de hecho, como consecuencia de la **falta de apreciación** del certificado de defunción elaborado por el médico tratante del Hospital San Rafael; del documento elaborado por «*el médico que atendió al difunto*» en esa

entidad, y de las confesiones de todas las contradictoras, contenidas en sus contestaciones de la demanda.

Igualmente, se incurrió en **apreciación errónea** de otros medios de convencimiento como son: la historia clínica elaborada en cada una de las entidades donde le brindaron atención al enfermo; el documento emanado del Comité de Auditoría de la IPS Clínica CAFAM; el dictamen pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal y su complementación y los testimonios de los doctores Jorge Iván Bustamante Gómez, Gustavo Moreno Espitia, Álvaro Eduardo Granados Calixto, Rafael Rodríguez Ruget, Juan Antonio Gaitán Álvarez, Agustín Castillo Barcias y Campo Aníbal Acosta Núñez.

Específicamente, los yerros endilgados son:

1.- La conclusión del sentenciador se generó a partir de un análisis parcial de las pruebas, en ese sentido, se denuncia falta de apreciación de los siguientes medios:

Certificado de defunción del paciente, en el cual, frente a la causa de la muerte y con base en la historia clínica, se plasmó: *«1. Causa directa: shock séptico; causas antecedentes: peritonitis abdominal»*.

El documento obrante a folio 80 del cuaderno Nro. 1, donde el médico que atendió al difunto en la Clínica San Rafael indicó como causa principal del fallecimiento: *«falla orgánica múltiple/sepsis origen abdominal /choque*

séptico/SDRA. Desde cuándo cree usted que el difunto sufrió esta enfermedad? 7 Dic.-2004».

La confesión de FAMISANAR Ltda., que al proponer la excepción de falta de legitimación por activa, aseveró: *«Por lo tanto, las pretensiones de la demanda deben prosperar, teniendo en cuenta es la IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) la que tiene un contacto con el paciente y las lesiones que eventualmente se produzcan en desarrollo de una intervención quirúrgica son responsabilidad del médico y de la institución a la cual pertenece».*

La admisión de responsabilidad de CAFAM al responder como cierto el hecho 2.73, en el cual, tras referir la muerte de Pedro Alonso, se afirmó que ésta fue consecuencia de *«la negligencia, descuido y falta de eficiencia, diligencia, continuidad, prudencia y puntualidad de las demandadas».*

Las respuestas de la Clínica del Occidente S.A., frente a los hechos enumerados 2.52, 2.53, 2.54, 2.55 y 2.56, que eran constitutivas de confesión.

2.- Si el Tribunal hubiera valorado correctamente el caudal probatorio habría concluido,

(...) que la enfermedad sí era previsible y, consecuentemente, sí hubo error de diagnóstico y en el tratamiento, no necesariamente por la perforación con el trocker, sino la no práctica de un examen completo de la Laparoscopia exploratoria y demás exámenes

pertinentes que hubieran conducido a la detección (sic) oportuna de la perforación y consecuentemente su corrección y tratamiento clínico inmediato para salvarle la vida. Esto es lo que configura la negligencia que conlleva a la responsabilidad médica por parte de la EPS y de las IPS demandadas.

En forma específica, se denuncia una indebida apreciación de los siguientes elementos de convencimiento:

2.1. El dictamen del Instituto de Medicina Legal fue cercenado, porque allí se hizo mención de que era posible *«enmascarar los síntomas abdominales y alterar de esta manera la valoración clínica»* (fl. 46 c. 3).

En este caso, *«el antibiótico alargó la morbidez del paciente hasta cuando no obró más»*, no obstante, las IPS no consideraron tal enmascaramiento, pudiendo hacerlo, conocedoras como eran de que por su estado el paciente estaba expuesto a una septicemia y que le fueron suministrados antibióticos de amplio espectro por el cuadro de *«vesícula gangrenosa»* que presentó.

En la misma dirección, en el informe de cirugía general del Hospital San Rafael se expresó que, *«La correlación posible se plantea porque el paciente puede presentar ulceración en su yeyuno íleon por múltiples patologías derivadas por el uso de antibióticos, por patología previa que se exacerbó, etc.»*, documento que hace parte de la historia clínica de esa institución y no fue tenido en cuenta.

2.2.- La presunción de un *«oblito quirúrgico»*, derivada

de que el paciente fue sometido a una segunda cirugía, según la jurisprudencia es constitutivo de responsabilidad objetiva, sin embargo, el juzgador pasó por alto esa circunstancia.

2.3.- Del dictamen pericial y de la historia clínica del Hospital San Rafael, se extrae que antes y después de los dos procedimientos el paciente no presentaba ningún otro tipo de patología o enfermedad que hubiera podido producir ese efecto, distinta a la coleditiasis inicialmente diagnosticada en el Hospital San José, por ello, no es admisible que el fallador sostenga que se desconoce la causa real de la perforación, y que ésta se podía originar en lesiones inflamatorias, parásitos o enfermedades de colágeno, desconociendo lo que emerge de esas probanzas.

De no haber incurrido en ese yerro, habría deducido que por la ubicación de la perforación sí era compatible con una posible lesión al introducir el trocker mayor en la primera cirugía, aunque pudo no haber sido inmediata y, en su defecto, debió valorar las pruebas que denotan negligencia en el diagnóstico y tratamiento de los síntomas posteriores a las cirugías, dado que el paciente no presentó patología distinta a la inicialmente diagnosticada.

2.4.- Al calificar como adecuados y de buena calidad los exámenes realizados al paciente, el fallador solo se refirió a que con ellos era posible detectar la herida y la peritonitis, pero desconoció las pruebas que muestran la ineficiencia de las IPS para desplegar procedimientos y

conductas tendientes a diagnosticar la razón de los frecuentes síntomas que lo aquejaban.

En esa medida, se le restó importancia a la evolución tórpida del afectado, referida tanto por Medicina Legal como por los doctores Iván Bustamante Gómez y Rafael Rodríguez Ruget, así como al hecho de que solo se hubiera explorado una posible tromboembolia, aunque presentó permanentes molestias intra abdominales y cuadro de bacteremia.

Al efecto, no tuvo en cuenta el *ad quem*, las malas prácticas y omisiones de las accionadas que fluyen del caudal probatorio, como son:

2.4.1.- La laparotomía exploratoria se practicó apenas de manera parcial, pues conforme a lo indicado en el dictamen del Instituto de Medicina Legal, ésta consiste en *«realizar una visualización de toda la cavidad abdominal mediante una incisión en la línea media del abdomen por planos hasta ingresar a la cavidad y sistemáticamente se debe evaluar cada órgano del interior del abdomen. Se revisa tanto los órganos sólidos como el hígado y el bazo y el tubo digestivo desde el estómago hasta el recto distal»*, sin embargo, al estudiar el caso, la misma entidad afirmó que en la efectuada al señor Pedro Alonso, se indicó no hallar ningún tipo de lesión en el abdomen, pero no se describieron los órganos revisados.

Además, quedó probado que el doctor Granados efectuó ese procedimiento *«supra umbilical»* y conforme lo

indicó en su declaración, solo revisó hasta la cavidad media del estómago, cuando debió hacerlo «*supra e infra umbilical*» como Medicina Legal describe que debe ser.

2.4.2.- No se siguió investigación para establecer si se estaba presentando el cuadro de bacteremia sugerido por el especialista Nelson Rivera.

2.4.3.- En la historia Clínica no aparece que al paciente se le hubiera practicado un TAC de abdomen para detectar la causa de sus dolencias, y ninguna de las dos IPS acusadas realizó exámenes tendientes a establecer esa etiología, pese a que los síntomas eran persistentes y fueron relatados en las distintas consultas posteriores a las cirugías.

Así mismo, se equivocó el Juzgador al estimar que después de las intervenciones el paciente mejoró, por cuanto las pruebas demostraban todo lo contrario, pues en todas las consultas refirió iguales molestias, fue hospitalizado en varias ocasiones por causa de intolerancia a la vía oral, y no medió investigación científica para determinar la razón de la permanencia de esos síntomas.

2.4.4.- No obra explicación sobre qué seguimiento o exámenes se le practicaron al paciente cuando en la consulta por urgencias del 28 de noviembre de 2004, en la Clínica del Occidente se consignó «*SS Rx abdomen simple. hallazgos en relación con el íleo*», donde «*SS Rx*» significa «*shock séptico radiografía*». Sin embargo, el médico le

formuló calmantes y lo envió para la casa, sin seguimiento frente a esos hallazgos, siendo tal la gravedad del caso, que al día siguiente fue hospitalizado en la Clínica CAFAM.

Además, ignoró el Tribunal que en sus declaraciones los doctores Juan Antonio Gaitán Álvarez y Campo Aníbal Acosta Núñez se refirieron a esas consultas en la Clínica del Occidente y a la situación del paciente, no obstante lo cual, la Clínica CAFAM omitió hacer estudios para determinar la etiología.

2.5.- La historia clínica elaborada en las IPS demandadas no da cuenta de que se hayan consignado de manera cronológica, clara, precisa, fidedigna, completa, expresa y legible todos los actos médicos practicados, lo que constituye negligencia en las consultas internas y externas.

En síntesis, si el fallador hubiera analizado en su real dimensión pruebas como la historia clínica, el dictamen pericial, y los testimonios, en armonía con los indicios y las presunciones que se desprenden de la evolución tórpida del paciente, del cuadro de bacteremia, del shock séptico y del íleo paralítico dictaminado en la Clínica del Occidente, no hubiese incurrido en los yerros evidentes y ostensibles indicados en el cargo y, por el contrario, habría advertido la concurrencia de todos los elementos de la responsabilidad alegada.

IV. CONSIDERACIONES

1.- La 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 (...) Por ese motivo, en este tipo de acciones se debe examinar si existe entre las partes una vinculación integral o se prescindió de alguno de los servicios ofrecidos, como puede ocurrir cuando el enfermo se interna en una clínica pero escoge un profesional ajeno a la planta existente, para que se encargue de un procedimiento específico, por su cuenta y riesgo.

Por otra parte, si bien al tenor del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil «*incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*», en asuntos de esta naturaleza que se rigen por el sistema de culpa probada, la jurisprudencia ha admitido que el deber de demostrar la existencia de responsabilidad médica o su ausencia puede recaer en quien esté en mejores condiciones de aportar los elementos de convicción.

En ese sentido, en profusos pronunciamientos, la Corte se ha referido a la denominada flexibilización de la carga de la prueba, por virtud de la cual, los hechos relevantes para la correcta definición de procesos de esta estirpe, los debe acreditar la parte que esté en mejor

posibilidad de hacerlo¹.

Sobre esta temática, en SC21828-2017, se reseñó,

Al respecto, la Sala, tras advertir que “los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad”, puso de presente que es “en torno a ese panorama axiológico” que opera “el principio de la carga de la prueba (artículo 177 del Código de Procedimiento Civil)”, pero “visto con un sentido socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito en la norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende de probarlas, (...)”.

Enseguida concluyó, que como “lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa”, es “precisamente en este sector del comportamiento en relación con las prestaciones debidas, donde no es posible sentar reglas probatorias absolutas con independencia del caso concreto, pues los habrá donde el onus probandi permanezca inmodificable, o donde sea dable hacer actuar presunciones judiciales, como aquellas que en ocasiones referenciadas ha tenido en cuenta la Corte.... () ...Todo, se reitera, teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad,

¹ Cfr. SC 12947 - 2016, SC12449-2014, SC de 5 nov. 2013, rad. 2005-00025, SC 30 ene. 2001, exp. 5507, SC 22 jul. 2010, exp. 41001 3103 004 2000 00042 01, SC 30 nov. de 2011, exp. 76001-3103-002-1999-01502-01, entre otras.

estado de la técnica, complejidad de la intervención, medios disponibles, estado del paciente y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y el lugar del ejercicio, pues no de otra manera, con justicia y equidad, se pudiera determinar la corrección del acto médico (lex artix)” (CSJ, SC del 30 de enero de 2001, Rad. n.° 5507; se subraya).

En una segunda aproximación al tema, la Sala, en relación con el deber demostrativo que en los procesos judiciales compete a cada una de las partes, estimó que dicha obligación “no se opone que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, asiente determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica en el caso concreto. En efecto, como quiera que es posible que una rigurosa aplicación de la disposición contenida en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima, no es insensible la Corte ante esa situación, motivo por el cual asienta que, teniendo en consideración las particularidades de cada caso en concreto, lo que repele indebidos intentos de generalización o de alteración de los principios y mandatos legales, y en la medida que sea posible, puede el juez acudir a diversos instrumentos que atenúan o ‘dulcifican’ (como lo denominan la doctrina y la jurisprudencia españolas) el rigor del reseñado precepto” (CSJ, SC de 22 de julio de 2010, Rad. n.° 2000 00042 01; se subraya).

En ese mismo fallo explicó que, “dependiendo de las circunstancias del asunto, se insiste una vez más, es posible que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales

*derivados de la conducta de las partes (artículo 249 *Ibidem*); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur (como cuando se olvida una gasa o material quirúrgico en la zona intervenida, o se amputa el miembro equivocado, etc.); o teniendo en consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico deduzca una ‘culpa virtual’ o un ‘resultado desproporcionado’, todo lo anterior, se reitera aún a riesgo de fastidiar, sin que sea admisible la aplicación de criterios generales que sistemática e invariablemente quebranten las reglas de distribución de la carga de la prueba previstos en el ordenamiento” (*ibidem*; se subraya).*

En tiempo reciente, la Corte, retomando esas enseñanzas, ha puntualizado que “ante el requerimiento de definir la responsabilidad de un profesional de la medicina o del establecimiento hospitalario, la carga probatoria tendiente a acreditar los elementos de la misma queda subsumida, en línea de principio, en las reglas generales previstas en los artículos 1604 del C.C. y 177 del C. de P.C., en otros términos, debe ser asumida por parte del actor. No obstante, como lo ha venido señalando la jurisprudencia, a quien, en últimas, le corresponde acometer ese compromiso es aquel litigante que esté en mejores condiciones para la acreditación del hecho a probar. (CSJ, SC 12947 del 15 de septiembre de 2016, Rad. n.° 2001 00339 01; se subraya). (...).”

2.- En el caso examinado, la demanda de responsabilidad médica se edificó sobre la imputación de negligencia en la atención dispensada a Pedro Alonso Montañez Pérez en las instalaciones de las Clínicas CAFAM y del Occidente, donde fue atendido en su calidad de afiliado a la EPS FAMISANAR Ltda., entre los meses de noviembre y diciembre de 2004.

Concretamente, la atribución de culpa galénica se sustentó en las modalidades de mala praxis y errores de diagnóstico y tratamiento. Lo primero, porque en los procedimientos quirúrgicos realizados los días 16 y 17 de noviembre de 2004 se le causó al paciente una *«perforación intestinal, ileal y yeyunal»* y, lo segundo, por cuanto pese a las repetidas ocasiones en que aquel acudió a esas instituciones dada la persistencia de síntomas como dolor en el abdomen, náuseas, vómito e intolerancia a la vía oral, no le realizaron *«los exámenes y estudios necesarios como un TAC abdominal que hubieran permitido diagnosticar a tiempo esa herida, el tratamiento y rehabilitación, necesarios para eliminar el riesgo»*.

En su sentencia el Tribunal confirmó la desestimatoria, porque consideró que las opositoras por conducto de sus profesionales, actuaron con diligencia en el diagnóstico de la colecistitis aguda, así como en su manejo quirúrgico y hospitalario, y que ante la persistencia de los síntomas los médicos adoptaron las medidas adecuadas en forma continua y oportuna.

3.- La impugnante acude a la vía indirecta en la modalidad de error de hecho en la apreciación probatoria, defecto que se presenta 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 tiene que aparecer palmario o demostrado con contundencia.

Frente a lo discurrido, procede la Corte a examinar si se incurrió en los yerros de facto denunciados, en cuanto a la apreciación de distintas pruebas.

4.- Se le enrostra al *ad quem*, entre otros yerros, dar por demostrado, sin estarlo, que la parte actora no acreditó que la perforación intestinal y el shock séptico desencadenantes de la muerte de Pedro Alonso Montañez, se produjeron en razón de la colecistectomía por laparoscopia y la laparotomía exploratoria realizadas el 16 y 17 de noviembre de 2004, respectivamente, conclusión a la que llegó sin tener en cuenta algunos medios de convencimiento arrimados al plenario.

4.1.- Es cierto que en la foliatura se aprecian tanto el certificado de defunción como el documento suscrito por el «*médico que atendió al fallecido*», en los cuales se refiere la causa de la muerte, y efectivamente el sentenciador no los mencionó en su providencia.

No obstante, la expresa referencia a esos documentos en nada habría cambiado las conclusiones en punto al incumplimiento de la carga probatoria de los demandantes respecto a que la causa del fallecimiento se retrotraía a una mala praxis en las cirugías del 16 y 17 de noviembre de 2004 en la Clínica CAFAM.

Téngase en cuenta que el certificado de defunción es el documento oficial que acredita la muerte de una persona y

ocurrido el deceso en una institución prestadora de servicios de salud, por lo general, es emitido por el médico tratante quien está obligado a llenar los pertinentes espacios del formulario oficial previsto para el efecto, que incluye el destinado a especificar la razón de la muerte; en este caso, quedó consignada como causa directa «*shock séptico*» y como causas antecedentes, «*peritonitis abdominal*», al tiempo que se indicó que esa información se extrajo de la historia clínica (fl. 79, c.1).

Por otra parte, en la «*Declaración del médico que atendió al difunto*» diligenciado en una proforma de Seguros de Vida Colpatria por el doctor Rafael Lóbelo García de la Clínica San Rafael, se indicó como causa principal del fallecimiento «*falla orgánica múltiple/ sepsis origen abdominal/ choque séptico / SDRA*», infiriéndose de su contenido que este documento estaba dirigido a satisfacer exigencias de una aseguradora (fl. 80 *ib.*).

Es claro que lo consignado en esas probanzas acerca de la causa de la muerte no tiene el alcance que sugiere la recurrente en el sentido de constituir prueba fehaciente de la negligencia endilgada a las convocadas, pues en materia de responsabilidad médica discutida en un proceso jurisdiccional se abre un debate probatorio de mayor calado, orientado a establecer la verdad de lo acontecido y sus consecuencias, siendo esos documentos solo parte del acervo probatorio pero en modo alguno plena prueba de un elemento tan determinante en esta materia como lo es el actuar culposo generador del daño.

Así, que la muerte del paciente se haya generado en últimas por un «*shock séptico*» de origen abdominal fue un hecho no controvertido en el proceso, como tampoco lo fue el precedente relacionado con el manejo quirúrgico dado a la Colecistitis aguda que inicialmente le fue diagnosticada. De manera que el debate jurídico, a partir de la atribución de responsabilidad que sustentó la acción, se circunscribió a determinar si en ese fatal desenlace medió culpa de los profesionales de la salud que atendieron al enfermo en las fases de diagnóstico y tratamiento, aspecto en el cual se centró el debate probatorio.

En esa medida, la falta de apreciación expresa de esos documentos que en esencia solo eran demostrativos del hecho y la causa final de la muerte, en modo alguno afecta la inferencia, pues la carga probatoria que echó de menos el juzgador, no atañe a ese fenómeno, sino al vínculo directo que pudiera tener con las intervenciones quirúrgicas efectuadas en la Clínica CAFAM en noviembre de 2004.

Dicho en otras palabras, aún si se admitiera como cierta la omisión de esos medios probatorios, la misma carecería de la fuerza necesaria para desvirtuar el juicio del *ad quem*, puesto que si lo que echó de menos fue la prueba de la culpa, es evidente que de los documentos en mención no emerge ese elemento estructural de la responsabilidad.

4.2.- Al tenor del artículo 195 del Código de Procedimiento Civil, la confesión supone la convergencia de

varios requisitos, a saber: que el confesante tenga capacidad para hacerla y poder dispositivo sobre el derecho que resulte de lo admitido; que verse sobre hechos que produzcan consecuencias jurídicas adversas al confesante o que favorezcan a la parte contraria; que recaiga sobre hechos respecto de los cuales la ley no exija otro medio de prueba; que sea expresa, consciente y libre; que verse sobre los hechos personales de quien la hace o de que tenga conocimiento y que se encuentre debidamente probada, si fuere extrajudicial o judicial trasladada.

Y al tenor de lo dispuesto en el artículo 194 *ibídem*, una de las modalidades de confesión espontánea es la que se hace en la contestación de la demanda que, a su vez, es válida si se realiza a través de apoderado judicial cuando para hacerla haya recibido autorización de su poderdante, la cual se presume para ese acto procesal, según lo establece el canon 197 de ese estatuto.

Como lo recordó la Corte en SC 25 mar. 2009, rad. 2002-00079-01, es ese un medio de prueba, por el cual *«la parte capacitada para ello relata en forma expresa, consciente y libre hechos personales o que conoce, y que a ella le son perjudiciales, o por lo menos resultan favorables a la contraparte»*.

Al tamiz de las precedentes premisas, infundado resulta el argumento de que el *ad quem* no le confirió ninguna trascendencia a la confesión emanada de la respuesta al pliego inaugural ofrecida por cada una de las

contradictoras, por cuanto ninguna de esas piezas procesales tiene el efecto que pretende adjudicarles la recurrente.

En efecto, si bien la EPS FAMISANAR Ltda., al proponer la excepción de *«falta de legitimación en la causa»* acotó que las pretensiones debían prosperar en contra de la IPS como institución que tiene el contacto directo con el paciente y eventualmente pudo haberle producido las lesiones (fl. 252, c.1), esa manifestación no constituye confesión por la potísima razón de que ninguna consecuencia desfavorable para ella se derivaba de tal respuesta, por el contrario, apunta a despojarse de la imputación en su contra para trasladarla a su litisconcorte en el evento de que se llegara a demostrar. De allí, que la prueba sobre ese tópico quedaba sometida al normal debate en el juicio.

Frente a la admisión del hecho 2.73 por parte de la Clínica CAFAM, es preciso reparar que ese fundamento contiene dos afirmaciones distintas, una relacionada con la causa del deceso y la otra con la atribución de culpa, al indicar que el paciente falleció el 27 de diciembre de 2004 *«a causa de shock séptico de origen abdominal por la perforación intestinal ileal y yeyunal, como consecuencia de la negligencia, descuido y falta de eficiencia, diligencia, continuidad, prudencia y puntualidad de las demandadas»*. Por lo mismo, si bien es cierto que esta accionada lo respondió diciendo llanamente que es cierto, tal manifestación no puede apreciarse de manera aislada para

extraer su conformidad con la culpa endilgada.

En tal dirección debe tenerse en cuenta que si, a la luz del artículo 200 del Código de Procedimiento Civil, «*la confesión deberá aceptarse con las modificaciones, aclaraciones y explicaciones del hecho confesado*», siendo el escrito de contestación un acto de parte demandada, de cara a establecer las conductas procesales que de él dimanen, como lo sería la confesión de algún hecho, debe apreciarse como un todo, en aras de desentrañar la verdadera intención de admitirlo como cierto.

En el *sub judice*, resulta patente la franca oposición planteada por CAFAM frente a las aspiraciones de los gestores, expresada además en la negativa general de haber incurrido en alguna falla en la prestación de los servicios médico asistenciales; en la afirmación de que en este caso no se estructuran los elementos de la responsabilidad civil, y en la proposición del medio defensivo de «*inexistencia de causa para pedir*», dirigido a enervar las pretensiones porque no existió relación de causa – efecto entre la atención quirúrgica inicial y la complicación que generó la muerte del paciente.

Así las cosas, aunque se ofreció una única respuesta afirmativa frente a un hecho narrado a partir de dos premisas distintas, de una revisión global de esa pieza procesal, lo único que se extrae es que la aceptación de lo allí indicado solo concierne a la primera de ellas, esto es, la relacionada con la causa en sí de la muerte del paciente,

más no puede considerarse como una aceptación de la culpa, puesto que en otros apartados de su escrito la convocada insistió en que en el actuar de los profesionales de esa institución no se evidenciaba negligencia, omisión, retardo o falta de atención oportuna.

En cuanto a la presunta confesión de la Clínica del Occidente en sus respuestas a los hechos 2.52, 2.53, 2.54, 2.55 y 2.56, se advierte que allí se presentó una narración cronológica de solicitudes de atención en salud en esa institución y de las correlativas prestaciones recibidas por Pedro Alonso Montañez.

La recurrente se limita a hacer un relato de las aclaraciones y precisiones que al pronunciarse al respecto efectuó la requerida, sin puntualizar cuál es el hecho o los hechos que considera fueron admitidos con esas respuestas, lo que devela la inobservancia de la carga que le asiste al casacionista en punto a exponer claramente cuál es el error protuberante y manifiesto en materia de apreciación probatoria en que incurrió el tribunal, al no haber observado una confesión patente de algunos hechos concretos.

Y aunque lo anterior es suficiente para que la Corte quede relevada del estudio de ese apartado del ataque, no sobra señalar que los mencionados fundamentos fácticos no contienen ningún reproche por indebida praxis, desatención de protocolos o inadecuado manejo del cuadro clínico del paciente que pudieran ser admitidos con esos efectos.

Aunado a ello, la IPS negó la veracidad del hecho 2.55 alusivo al hallazgo de un «íleo complicado», única circunstancia frente a la cual, en forma posterior, se alegó indebido manejo.

5.- El embate se edificó también en lo que el recurrente tildó como apreciación errónea e incompleta de la historia clínica elaborada en las instituciones donde fue atendido el paciente; del documento emanado del Comité de Auditoría de la IPS Clínica CAFAM; del dictamen pericial rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses con su complementación y de algunos testimonios de profesionales de la salud.

En aras de corroborar si la alegada falta de contemplación objetiva de los medios persuasivos comporta un protuberante yerro, como es la connotación de aquellos que pueden ser ventilados por vía de casación, es menester analizarlos por separado en la forma propuesta, poniendo de manifiesto desde ya, que en el recurso de casación aunque se acusa una incorrecta apreciación del Acta del Comité de Auditoría de la IPS CAFAM, no se expone de manera razonada ningún tipo de omisión, suposición o tergiversación del contenido de ese documento, por lo que no es menester efectuar análisis sobre ese elemento de juicio.

5.1.- En los cuestionamientos frente a la calificación de adecuados y de buena calidad dada a los exámenes realizados al paciente, la inconforme enfatizó que el

juzgador no tuvo en cuenta que la laparotomía exploratoria se practicó de manera parcial y no completa, conforme a la descripción que de ese tipo de procedimiento se hizo en el dictamen pericial.

El apoderado de la Clínica del Occidente S.A., en su escrito de réplica, señaló que la casacionista está alegando “*argumentos nuevos de orden médico*” al cuestionar la conducta de los galenos frente al diagnóstico.

Al respecto, se advierte que en el escrito inaugural no se controvertió la idoneidad de la forma como el cirujano Granados Calixto realizó la «*Laparoscopia exploratoria*» el 17 de noviembre de 2004, procedimiento que quedó referido solo como uno de los eslabones de la cadena de atenciones en salud dispensadas al hermano de la impugnante en la Clínica CAFAM, sin endilgar ningún defecto de práctica por negligencia o impericia de su ejecutor al establecer la zona corporal objeto de revisión.

Sin embargo, este asunto no puede calificarse como un tema novedoso en casación y debe ser analizado, por cuanto la discusión acerca de si la Laparotomía exploratoria se realizó en debida forma para la consecución de los fines perseguidos, se introdujo desde la etapa probatoria; se propuso en los alegatos de conclusión ante el juez de primera instancia (fl. 376, c. 3), y fue reiterada en la sustentación del recurso de apelación.

El sentenciador estimó infundado el argumento acerca

de que la *«úlceras yeyunales perforadas y la sepsis de origen abdominal (...) eran consecuencia directa de una de las dos intervenciones adelantadas frente al diagnóstico de colecistitis aguda»*, a partir del mérito demostrativo que le generaron las declaraciones de algunos de los médicos que acudieron en calidad de testigos, que coincidieron al aseverar que *«una sepsis de un mes no es compatible con la vida, y, de otra parte, que la perforación de la úlcera es una patología independiente del primer acto quirúrgico»*.

Se deduce de ese planteamiento, que para el juzgador de segundo grado, la primera hipótesis de responsabilidad referente a que la lesión yeyunal se presentó en alguna de aquellas intervenciones, quedó desvirtuada con las declaraciones rendidas por médicos y especialistas que directa o indirectamente descartaron esa posibilidad, lo que en cierto modo justifica que no se haya pronunciado sobre el punto de inconformidad centrado en una indebida práctica del procedimiento de laparotomía exploratoria.

Además, basado en las respuestas ofrecidas en la pericia, aseveró que la perforación intestinal podía tener varias causas, sin que se hubiere determinado o concluido que ésta fuera consecuencia de la colecistectomía por laparoscopia o de la laparotomía exploratoria; que las demandadas practicaron los exámenes pertinentes ante los síntomas respiratorios que en su momento presentó el paciente y que no existió error en el diagnóstico.

Las mencionadas inferencias del *ad quem* no pueden

derruirse por el argumento de que la práctica de la laparoscopia exploratoria fue incompleta, por cuanto resulta insostenible pretender que de la descripción general de un procedimiento, se pueda colegir un yerro en la ejecución del mismo, y menos aún, cuando la prueba técnica, lejos de cuestionar la idoneidad de esa intervención o la veracidad de sus resultados, les reconoce credibilidad frente al objeto investigado.

Al efecto, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses con apoyo en el concepto ofrecido por el Dr. Héctor René Hazbón Nieto, cirujano laparoscopista interconsultado para rendir su experticia (fls. 1 -4, 45 – 46, c. 3) a la pregunta si las convocadas realizaron los exámenes y diagnóstico pertinentes para detectar la herida y la posterior peritonitis, respondió que,

El mejor procedimiento para detectar alguna complicación luego de una intervención en el abdomen es la laparotomía exploratoria o una laparoscopia diagnóstica. En el caso en mención, se realizó una laparotomía exploratoria en el día siguiente a la colecistectomía por laparoscópica (sic) sin encontrar hallazgos de colecciones según la descripción quirúrgica anexada en los folios de la Clínica de la IPS Cafam. Este hallazgo va en contra de una posible lesión causada por algún trocar o instrumento de laparoscopia, porque debería encontrarse colecciones de líquido intestinal aun tan precoz como en el tiempo en el que se reintervino. No se menciona tampoco en esa descripción algún tipo de lesión en el intestino delgado. (Subraya intencional).

Como puede apreciarse, ningún reproche le mereció al especialista interconsultado la forma como se practicó la

laparotomía exploratoria, ni los resultados obtenidos a partir de ella.

Cosa distinta es que en el escrito de complementación, luego de explicar en qué consiste esa clase de intervención, haya agregado que en la *«descripción sucinta que aporta el folio no encuentra ningún tipo de lesión en el abdomen o hallazgo anormal. Sin embargo no describe claramente los órganos revisados»* y que aquella *«no habla de haberse corregido ni evacuado algún líquido anormal o evidenciado alguna lesión de alguno de los órganos contenidos en la cavidad abdominal»*, sin embargo, a partir de esas apreciaciones ninguna conclusión en torno a una mala praxis mencionó el perito, y de que haya echado de menos una relación más detallada de lo observado por el médico que la realizó, no se desprende necesariamente que aquél la hubiese practicado en forma inadecuada o incompleta.

Obsérvese, que frente a las preguntas sobre relación causa efecto entre las cirugías practicadas en la Clínica Cafam y la lesión intestinal advertida en la Clínica San Rafael y un posible error de diagnóstico por no haberla detectado con anterioridad, en el dictamen se indicó que con la información suministrada no había evidencia de que se hubiera incurrido en *«omisión de exámenes para detectar una peritonitis inmediata en el postquirúrgico del paciente»*, y que no se podía responder sobre la relación causa efecto, mientras no se descartaran las diferentes causas de la perforación, ni si hubo error de diagnóstico *«porque no tenemos el diagnóstico exacto de la causa de la perforación*

que condujo a la peritonitis y luego a la muerte del paciente».

Tales interrogantes tampoco fueron despejados en la adición de la experticia, en la cual el Dr. Hazbón aclaró que en la primera interconsulta esbozó las posibles causas que pudieron generar *«la no mejoría del paciente respecto de su evolución luego de la laparotomía exploratoria»*, sugiriendo que fuera un patólogo quien, a partir de estudios, indicara *«si existe o no algún síndrome hipersecretor anormal en esta área para confirmar o descartar la hipótesis específica mencionada»*.

Y, precisamente, el médico patólogo del Instituto de Medicina Legal en la complementación del dictamen, al dar respuesta a la pregunta Nro. 10, atinente a si con el material enviado a Patología por la Clínica San Rafael se confirmaba la causa de la perforación, una vez reseñado el informe expedido por esa dependencia, señaló: *«[l]os hallazgos microscópicos descritos en el informe histopatológico (...) son inespecíficos y no orientan hacia una etiología (causa) que explique la perforación de la úlcera yeyuno ileal»* (f. 57, c.3).

En esas condiciones, inane resulta lo rebatido por la inconforme en cuanto a un dislate del fallador por no reparar en que de haberse efectuado la intervención completa se habría encontrado la causa de la perforación, porque esa inferencia es apenas su interpretación personal carente de soporte; por lo mismo, no logra despejar los interrogantes surgidos respecto al momento en que produjo

la perforación intestinal, ni su causa, siendo precisamente esa la conclusión a la que arribó el Tribunal.

5.2.- La misma suerte corren los reproches relacionados con la omisión de las accionadas en practicarle al enfermo un TAC abdominal u otros exámenes indicados para despejar la incertidumbre sobre la pertinencia de ciertos síntomas intra abdominales, por cuanto ningún medio de convicción da cuenta de la necesidad de practicar ese tipo de prueba especializada como la idónea para hallar la razón de los padecimientos del señor Pedro Alonso.

A *contrario sensu*, el Instituto de Medicina Legal respondió que el mejor procedimiento para detectar alguna complicación luego de una intervención en el abdomen era la laparotomía exploratoria, que fue precisamente la realizada al día siguiente de la primera intervención, y a la pregunta si con los exámenes de laboratorio practicados por las IPS Clínica CAFAM y del Occidente «*era posible detectar la herida y la peritonitis que a la postre causaron el deceso del paciente*» respondió de manera afirmativa (fl. 284, c.3).

En adición a lo expuesto, se extraña un concepto médico especializado referente a que las pruebas diagnósticas y exámenes de laboratorio efectuados al paciente en los distintos momentos que acudió a las instalaciones de las IPS requeridas, no fueran los indicados de acuerdo con la *lex artis* o que, existiendo otros más adecuados conforme a la sintomatología que relató, no le hubiesen sido prescritos por negligencia o impericia de los

facultativos que lo atendieron.

5.3.- Tampoco queda al descubierto la equivocación atribuida al Juzgador al deducir que «*una sepsis de un mes no es compatible con la vida*», por desconocer que el dictamen aludió al posible «*enmascaramiento*» de la enfermedad que, en el criterio de la censura, pudo derivarse del suministro de antibióticos, según se sugirió también en el informe de cirugía general del Hospital San Rafael.

La opugnante en vez de identificar los yerros manifiestos de apreciación probatoria en lo relacionado con la determinación del momento en que se produjo la lesión, segmenta y descontextualiza una de las respuestas brindadas por el Dr. Héctor René Hazbón Nieto, frente a la pregunta acerca de la idoneidad de los exámenes para detectar la herida y la posterior peritonitis, cuando tras hacer referencia a la laparoscopia exploratoria como el examen más indicado para detectar posibles complicaciones en ese tipo de procedimientos, añadió,

(...) considero muy importante los estudios ulteriores de patología de la muestra de los bordes de la úlcera resecado para descartar otras causas que hubiesen podido originar la perforación ulterior con la consecuente peritonitis.

Debo aclarar que no hay una descripción en los folios que recibí en donde se documente que tratamiento ambulatorio estuvo recibiendo completo porque puede enmascarar los síntomas abdominales y alterar de esta manera la valoración clínica que recibió en varias ocasiones. (Subraya intencional).

Como puede verse, la prueba pericial no expresa de forma contundente que un efecto de los antibióticos podía ser impedir la detección de una lesión acaecida en uno de los actos quirúrgicos. Por el contrario, de acuerdo a la literalidad de sus respuestas por los resultados que arrojó la laparotomía exploratoria, el experto desechó la probabilidad de un daño en esa oportunidad,

(...) En el caso en mención, se realizó una laparotomía exploratoria en el día siguiente a la colecistectomía por laparoscópica (sic) sin encontrar hallazgos de colecciones según la descripción quirúrgica anexada en los folios de la Clínica de la IPS Cafam. Este hallazgo va en contra de una posible lesión causada por algún trocar o instrumento de laparoscopia, porque debería encontrarse colecciones de líquido intestinal aun tan precoz como en el tiempo en el que se reintervino. No se menciona tampoco en esa descripción algún tipo de lesión en el intestino delgado. (Subraya intencional).

De manera que la importancia del estudio patológico de la muestra de los bordes de la úlcera reseca, se circunscribió a *«descartar otras causas que hubiesen podido originar la perforación ulterior con la consecuente peritonitis»*. (Subraya intencional).

De otra parte, ninguna omisión significativa se advierte por el hecho de que el *ad quem* no le haya dado relevancia al memorando interno del Jefe de Cirugía General del Hospital Universitario Clínica San Rafael al Director Científico de la misma entidad, relacionado con la

ampliación del caso de Pedro Montañez Pérez (fl. 307, c. 1), en el cual, luego de referir la colecistectomía laparoscópica practicada al paciente con anterioridad a su ingreso a esa institución y el manejo post quirúrgico en UCI, se indicó,

[p]lanteamos en nuestro análisis “posible correlación” con estos eventos, pues en ningún momento se podría afirmar una relación causa – efecto. La correlación posible se plantea porque el paciente puede presentar ulceración en su yeyuno – íleon por múltiples patologías derivadas por el uso de antibióticos, por patología previa que se exacerbó, etc. No podemos afirmar que la cirugía practicada 20 días antes sea la causa directa de estas ulceraciones encontradas en cirugía.

Como puede verse, la censura cita de manera fragmentada la documental al mencionar solo el segmento que alude a una posible correlación entre ulceración del yeyuno - íleon, con patologías derivadas por el uso de antibióticos, pasando por alto las importantes precisiones allí contenidas, referentes a que en esa fase de la atención no se podía afirmar una relación causa – efecto, entre el estado de salud del paciente y la intervención quirúrgica a la que se había sometido con antelación, porque podía obedecer a «múltiples patologías», de allí que la omisión endilgada frente a ese medio demostrativo carece de trascendencia para acreditar error en el diagnóstico, en la forma planteada.

En definitiva, la hipótesis del «enmascaramiento» de la patología por el uso de antibióticos para derruir la inferencia cuestionada, no se edifica sobre pruebas cuya

apreciación haya pretermitido el juzgador, sino en meras suposiciones, sin parar mientes en que una imputación de responsabilidad civil en la que subyace un componente científico debe estar respaldada en sólidas apreciaciones de expertos, y no en meras especulaciones de las partes o de sus apoderados, llamando la atención que sobre ese aspecto en particular ni siquiera se pidió un concepto a la entidad encargada de realizar la experticia, ni se interrogó a los médicos y especialistas que rindieron sus declaraciones dentro de esta causa.

5.4.- Respecto a que no se tuvo en cuenta que conforme a la prueba documental, antes y después de los procedimientos en cuestión, el paciente no presentaba enfermedad distinta a la colelitiasis que pudiesen causar una perforación intestinal, se destaca que el juzgador, luego de dar por establecido que la lesión intestinal no fue consecuencia directa de los procedimientos quirúrgicos efectuados el 16 y 17 de noviembre de 2004, se ocupó de analizar si existía evidencia de que los síntomas que siguió presentando el afectado, eran indicativos de la perforación intestinal, o si cuando éste acudió en varias oportunidades a urgencias o a consulta externa, *«la úlcera yeyunal ya se encontraba perforada»*, concluyendo que esas afirmaciones estaban desprovistas de respaldo probatorio.

Para razonar de ese modo, tomó en consideración principalmente los testimonios de varios de los médicos, y solo para extenderse en razones señaló que, de conformidad con lo indicado en la experticia, la perforación intestinal

puede tener varias causas sin que se hubiera determinado *«que la misma fuera consecuencia de la colecistectomía por laparoscopia y la laparotomía exploratoria»*, y que, a su vez, la úlcera del yeyuno puede generarse por varios motivos *«desde lesiones inflamatorias, por parásitos, o enfermedades del colágeno»*.

Colígese lo infundado que resulta el cargo por invención o suposición de un hecho no demostrado, dado que el Tribunal no atribuyó la úlcera yeyunal a una determinada causa, limitándose a mencionar lo que sobre esa cuestión dictaminó la entidad que rindió la experticia, para sostener que los gestores no cumplieron su carga demostrativa en punto a que la muerte de su pariente hubiese obedecido a negligencia o a una mala práctica en la atención en salud.

De esa manera, el sentenciador solo puso de relieve que finalmente en este proceso no se acreditó cuál fue la causa de la úlcera yeyunal y de las posteriores complicaciones que ocasionaron el deceso, inferencia que no se aniquila con el argumento de censura analizado y, menos aún, cuando su sustentación luce general y desprovista de un ataque concreto de apreciación probatoria, frente a la existencia de otras probanzas que condujeran a una conclusión distinta y hubieran sido omitidas o tergiversadas por aquel.

5.5.- En cuanto a que no se tuvo en cuenta el concepto del especialista que sugirió el estudio de una

bacteremia y fue desatendido por las opositoras, fluye con nitidez que ningún reproche puede achacarse al juzgador por preterición en el análisis de un medio de convicción que realmente no obra en el expediente.

En efecto, aunque en el libelo se afirmó que el 26 de noviembre de 2004, el doctor Nelson Rivera, médico de Colsanitas, al revisar al paciente sugirió estudiar un posible cuadro de bacteremia, en el expediente brilla por su ausencia un registro documental de la consulta médica o auscultación del paciente por parte de ese profesional en la época de los hechos donde se haya plasmado un concepto en ese sentido, quien tampoco acudió a rendir declaración dentro del proceso.

Tal deficiencia no se suple con las respuestas ofrecidas en su declaración por el galeno Álvaro Eduardo Granados Calixto, quien frente a una pregunta formulada sobre ese tópico, aseveró: *«Sí. El doctor Nelson Rivera, conocido internista e intensivista, descartó otro embolismo pulmonar, descartó hallazgos de abdomen quirúrgico agudo y sospechó bacteremia la cual no se confirmó, siendo las más frecuentes infección urinaria, pulmonar, del catéter y no necesariamente intra abdominal»*, por cuanto a lo sumo se trataría del dicho de un testigo de oídas, a todas luces insuficiente para esclarecer un hecho relacionado con la diagnosis que otro facultativo pudo haber realizado del mismo paciente en ocasión anterior, en forma particular y no por cuenta de su EPS.

Por otra parte, la recurrente no específica, de qué otros elementos de persuasión, diferentes al presunto concepto del doctor Rivera, se extrae que los médicos tratantes advirtieron la presencia de un cuadro de bacteremia y pese a ello no dispusieron el tratamiento adecuado de control y manejo de esa patología.

Del material probatorio emerge que fue en la atención brindada por el Hospital San Rafael el 17 de diciembre de 2004 cuando se le diagnosticó al paciente una «*úlcera del yeyuno ileal perforada*» y «*peritonitis*», y que a partir de ese momento recibió toda la atención en salud ordenada por los profesionales a cargo del caso que incluyó cirugía, hospitalización y seguimiento de su evolución, pese a lo cual no fue posible evitar el desenlace de la muerte.

5.6.- Para descartar la existencia de un «*oblito quirúrgico*», por el solo hecho de que el paciente se haya sometido a una segunda intervención, en la sentencia se puso de presente que «*la historia clínica permite establecer que el adelantamiento de la laparotomía exploratoria se debió a dificultades respiratorias posteriores*» y no se probó «*que obedeciera a una mala práctica o diagnóstico inicial o a un error en la colecistectomía por laparoscopia*».

De cara a la *causa petendi* y a los motivos que sustentan el recurso extraordinario en estudio, esta parte del reparo deviene intrascendente.

Lo anterior, por cuanto si por «*oblito*» se entiende un

«cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica. Entre estos se pueden citar: gasas, compresas, pinzas, retractores, agujas, electrodos, etc.»², mirados los fundamentos fácticos y jurídicos de la demanda, ninguna imputación de responsabilidad en ese sentido se aprecia, pues en este caso, la culpa se atribuye a errores de tratamiento y diagnóstico, y no al olvido de un elemento en el cuerpo del paciente durante la cirugía.

En esas condiciones, se cae de su peso el argumento de la casacionista, al rebatir que no se le haya dado aplicación a una forma de responsabilidad objetiva, bajo el supuesto de que lo que aquí ocurrió fue un evento de «*oblito quirúrgico*» que, en su criterio, se presume por el solo hecho de que la paciente se haya sometido a una segunda cirugía, interpretación que se aleja por completo del concepto aducido, dejando en evidencia una confusión entre aquel y un evento adverso de origen quirúrgico.

5.7.- En lo referente a que el Tribunal al concluir que el paciente mejoró, omitió valorar lo consignado en la historia clínica que daba cuenta de las recurrentes consultas del señor Pedro Alonso, sus hospitalizaciones y dadas de alta debido a que los síntomas cedían por la dieta vía endovenosa y el suministro de antibióticos de amplio espectro y de medicamentos para el dolor, pero siempre presentó idénticos síntomas, sin que se hubiera efectuado investigación científica para hallar su causa.

² Glosario de términos. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Ministerio de Salud de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co>.

Este reparo parte de una premisa equivocada, pues en la sentencia el análisis de la mejoría del paciente solo atañe a su recuperación de la dificultad respiratoria que presentó después de la primera intervención, para la cual recibió tratamiento en la unidad de cuidados intermedios de la Clínica del Occidente.

Obsérvese, que aunque el *ad quem* no puso en duda la persistencia de los síntomas después de las cirugías que se le practicaron al enfermo, en lo que concierne a su manejo por parte de las convocadas, valiéndose de lo que consideró una carga probatoria incumplida, aseveró que no por ello «*puede sostenerse con visos de prosperidad que estas molestias eran síntomas de una perforación intestinal o que cuando el paciente asistió en varias oportunidades a urgencias y a consulta externa la úlcera yeyunal ya se encontraba perforada*», conclusión que la recurrente pretendió desvirtuar sin éxito, según quedó expuesto en líneas precedentes.

5.8.- En punto a que el sentenciador pretermitió que la experticia, los testigos y la historia clínica daban cuenta de una evolución tórpida que no mereció una diligente atención de las accionadas a partir del 28 de noviembre de 2004 cuando la radiografía abdominal arrojó hallazgos en relación con el íleo y el médico refirió un «*shock séptico*».

Sobre este aspecto, el juzgador para deducir la falta de prueba de error en el diagnóstico por los síntomas que

seguía presentando el paciente con posterioridad a las cirugías, tuvo en cuenta lo indicado en sus testimonios por los médicos que en diferentes momentos trataron al paciente, Álvaro Eduardo Granados Calixto, Juan Antonio Gaitán Álvarez y Campo Aníbal Acosta Núñez, medios de prueba sobre cuya valoración ningún desacuerdo expresa la recurrente en casación.

La sentencia opugnada no se refirió explícitamente a esa censura, sin embargo, no puede desconocerse que, en efecto, de conformidad con lo indicado en el registro de la atención dispensada el 28 de noviembre de 2004 en la Clínica del Occidente (fl. 142, c. 3) cuya transcripción obra en el dictamen rendido por el Instituto de Medicina Legal (fls. 48 – 57, *ib*), el señor Pedro Montañez acudió a esa institución «*con cuadro de dolor abdominal tipo cólico, náuseas y vómito. Una radiografía de abdomen simple describe hallazgos en relación con íleo adinámico*».

El doctor Campo Aníbal Acosta Núñez, médico tratante en ese momento fl. 382, c. 2), al referirse a las particularidades de su atención, señaló,

(...) solicité una placa de abdomen simple, la placa reportada mostraba un íleo que es un proceso normal que se presenta durante la recuperación de cualquier procedimiento quirúrgico debido a la manipulación de las asas intestinales durante el procedimiento quirúrgico. Cabe anotar que en la placa tomada en ese momento no existía neumoperitoneo que hablaría si en ese momento hubiese una perforación intestinal por lo cual formulo al paciente con metoclopramida, ranitidina hioscina, dieta y control si

presenta alguna manifestación adicional al proceso por el que consultó. También tengo entendido que el paciente acudió de nuevo a su cirujano quien lo controló nuevamente y lo dejó en observación, también dándole salida nuevamente de acuerdo a su experiencia clínico quirúrgica.

Y, el 29 de noviembre de 2004 el paciente fue hospitalizado en la Clínica CAFAM (fls. 365 – 366, c. 3) con diagnóstico de ingreso «*íleo paralítico*» y plan de «*manejo médico con reposo intestinal, aporte hidroelectrolítico, seguimiento*». En esa ocasión, se dejó consignada una evolución con mejoría, precisando que el día 30 de noviembre siguiente, presentaba estado «*afebril, hidratado, sin signo de dificultad respiratoria (...) abdomen blando, depresible, sin masas, sin dolor, ruidos intestinales positivos*» y como análisis se indicó «*íleo resuelto*»; a continuación, el 2 de diciembre se dispuso su salida de la clínica, dada su mejoría, encontrándose «*afebril, hidratado, tolera vía oral, sin vómito, sin dolor, pulso 72xmin, resp. 14xmin, cardiopulmonar bien, abdomen blando, depresible, sin dolor, sin defensa, herida quirúrgica bien, flatos y deposición positivos*», y como análisis de nuevo se indicó «*íleo resuelto*»

Según puede apreciarse, en contravía de lo afirmado por la opugnante, la Clínica CAFAM sí le brindó atención médica hospitalaria al señor Pedro Montañez en sus instalaciones, para el control y manejo del denominado «*íleo adinámico*» diagnosticado el 28 de noviembre de 2004 y en esa institución fue valorado por su médico tratante Álvaro

Granados Calixto, quien se encargó del seguimiento de su caso y ordenó su egreso tras considerar que el problema de íleo estaba resuelto, sin que exista ninguna evidencia en esta actuación de que para ese momento persistía esa afectación de su salud, de allí que no pueda alegarse que el tratamiento recibido durante ese lapso no fue adecuado.

Lo discurrido deja sin apoyo la tesis de la inconforme alusivo a la equivocación manifiesta del juzgador por no haber reconocido una omisión culposa derivada de la supuesta falta de seguimiento de esa patología.

Por lo demás, no aparece acreditado que en la referida consulta se haya advertido la presencia de un shock séptico como lo afirma la recurrente al adjudicarle, sin explicación médica, ese significado a la expresión «SS» que antecedió a la orden de «*Rx de abdomen simple*», dispuesta en el cuadro de la conducta a seguir ordenada por el médico, que según se observa estaba orientada a disponer la práctica de una radiografía precisamente para establecer las causas de las dolencias, sin indicar un diagnóstico en ese sentido.

5.8.- La objeción referente a la forma como fue diligenciada la historia clínica del paciente por las IPS requeridas, se formula de manera abstracta, sin especificar cuáles fueron las omisiones o inconsistencias relacionadas con la reseña escrita de los actos médicos o cuadro clínico de las que ha debido dejarse constancia, ni se extrae de la relación fáctica constitutiva de la *causa petendi* pues ninguna responsabilidad se le endilgó a las accionadas por

ese aspecto.

Además, las presuntas deficiencias en su elaboración tampoco fueron objeto de discusión en el curso del proceso, ni se formularon a manera de reproches concretos contra el fallo de primer grado, al punto de ameritar un pronunciamiento del *ad quem* sobre ese tópico. En tal virtud, las inconsistencias de ese documento aducidas por esta extraordinaria vía de impugnación, constituye un medio novedoso sobre el cual no puede edificarse con probabilidad de éxito el cargo propuesto.

En CSJ SC 24 jul. 2009, rad. 2003-00620-01, se expuso que,

[t]al aspecto es ciertamente significativo en casación, en tanto, el ataque soportado en una indebida apreciación probatoria, bien sea por motivos fácticos o de jure, no alegados en instancia, constituye un medio nuevo en el que no puede basarse ni erigirse exitosamente el recurso extraordinario.

A este respecto, “a diferencia del razonamiento puramente jurídico, donde la actividad del juez es, por antonomasia, amplia, en tratándose de aspectos fácticos, así estén entremezclados con argumentos jurídicos, adviértase que lo no alegado en instancia no existe en casación, porque, cual lo expuso la Corte en sentencia de 30 mayo de 1996, expediente 4676, ‘no es propicia para repentizar con debates fácticos y probatorios de última hora; semejante irrupción constituye medio nuevo y es entonces repulsado por el recurso extraordinario, sobre la base de considerarse, entre otras razones, que ‘se violaría el derecho de defensa si uno de los litigantes pudiese echar mano en casación

de hechos, extremos o planteamientos no alegados o formulados en instancia, respecto de los cuales, si lo hubiesen sido entonces, la contraparte habría podido defender su causa. Pero promovidos ya cerrado el proceso, la infirmación de la sentencia con apoyo en ellos, equivaldría a la pretermisión de las instancias, de las formas propias del trámite requerido, con quebranto de la garantía institucional de no ser condenado sin haber sido oído y vencido en juicio' (LXXXIII 2169, página 76)'. "Además de la implicancia en el derecho de defensa, la argumentación ex novo, comportaría un desconocimiento de los deberes de lealtad si se permitiera su invocación sorpresiva, repentina 'a manera de as guardado bajo la manga que se pone en juego cuando todo parece perdido', en cuanto, '[b]uscar la prosperidad de sus pretensiones al amparo de hechos no discutidos durante el proceso, respecto de los cuales la demandada no tuvo oportunidad de defenderse, es invocar un medio nuevo, cuya consideración y análisis están vedados en casación, pues si como con insistencia se afirma, el recurso de casación tiene como thema decisum la sentencia impugnada, en este más que en ninguno otro rige a plenitud el principio de buena fe y lealtad procesal, el cual se manifiesta fundamentalmente en la coherencia de la argumentación fáctica, razón por la que se veda cualquier propuesta inopinada y sorpresiva de este linaje, constitutiva o no de medio nuevo, porque con ellas no sólo se atenta contra el derecho de defensa de la parte contraria, sino que se alteran los extremos del debate, sorprendiendo así la propia jurisdicción' (Cas. Civ. sentencia de 27 de marzo de 1998, exp. No. 4798), (...).

6.- En suma, el cargo deviene infundado.

7.- Conforme al inciso final del artículo 375 del Código de Procedimiento Civil, en armonía con el artículo 19 de la Ley 1395 de 2010, habrá de imponerse a la recurrente el pago de las costas procesales en el trámite de la

impugnación extraordinaria, a favor de las opositoras Clínica del Occidente S.A. y EPS FAMISANAR LTDA., que presentaron réplica.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **NO CASA** la sentencia de 8 de febrero de 2012, proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá en el proceso referenciado.

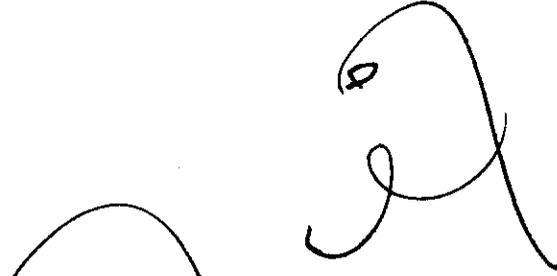
Costas a cargo de la recurrente en casación y a favor de las accionadas Clínica del Occidente S.A. y EPS FAMISANAR LTDA. Inclúyase la suma de \$6'000.000 por concepto de agencias en derecho.

En su oportunidad, devuélvase el expediente a la Corporación de origen.

Notifíquese



LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA
Presidente de Sala



AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO



LUIS ALONSO RICO PUERTA



ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE