

*República de Colombia*



*Corte Suprema de Justicia*

**CORTE SUPREMA DE JUSTICIA  
SALA DE CASACIÓN PENAL**

**JOSÉ LUIS BARCELÓ CAMACHO**  
**Magistrado ponente**

**SP8759-2016**

**Radicación N° 41245**

(Aprobado acta N° 194)

Bogotá, D.C., veintinueve (29) de junio de dos mil dieciséis (2016).

**I. VISTOS**

La Sala resuelve el recurso de casación formulado por el defensor de **José Édgar Duque Echeverry** en contra del fallo del 14 de febrero de 2013, por medio del cual el Tribunal Superior de Cali **confirmó parcialmente** la decisión de primera instancia que lo condenó por el delito de lesiones personales culposas.

## II. HECHOS

El 24 de julio de 2007, el patólogo dr. **José Édgar Duque Echeverry** emitió el informe de patología No. P07-1634, en el cual reportó el hallazgo de carcinoma ductal de tipo tubular con cambios fibroquísticos en el tejido mamario de la paciente María Teresa Restrepo Cañón. El resultado del estudio de patología no fue confirmado o descartado mediante la práctica de exámenes adicionales. Con fundamento en el citado informe y considerando que se trataba de un cáncer invasivo, el médico oncólogo, dr. Jaime Ramón Rubiano Vinuesa, determinó que el tratamiento a seguir era la extirpación total del seno derecho de la señora Restrepo Cañón, con vaciamiento de ganglios, procedimiento que realizó el 3 de septiembre de 2007. Un nuevo examen al tejido extraído, realizado por la patóloga María Teresa Ramírez Echave, estableció que no se trataba de una lesión maligna, sino de una adenosis esclerosante, lesión de naturaleza benigna.

## III. ANTECEDENTES PROCESALES

1. El 5 de octubre de 2011, ante el Juzgado 12 Penal Municipal con función de control de garantías de Cali, la Fiscal 42 Local de la misma ciudad les imputó el delito de lesiones personales culposas (deformidad física de carácter permanente) a los drs. Jaime Ramón Rubiano Vinuesa y

**José Édgar Duque Echeverry**, cargo que estos no aceptaron.

El escrito de acusación fue radicado el 5 de marzo de 2010 y su formulación tuvo lugar el 9 de septiembre siguiente ante el Juzgado 7° Penal Municipal con función de conocimiento de Cali, en los mismos términos en que se realizó la imputación (artículos 111, 120, 113, inciso 2°, y 117 del Código Penal). En dicha diligencia se le reconoció la calidad de víctima a la señora María Teresa Restrepo Cañón.

La audiencia preparatoria acaeció el 20 de mayo de 2011; en ella, las partes estipularon la identidad, arraigo y experiencia profesional de los acusados. El juicio oral, luego de numerosos aplazamientos y una declaración de nulidad, se inició el 3 de diciembre de 2012 y terminó el 19 del mismo mes del año 2013 con el anuncio del sentido condenatorio del fallo y el traslado del artículo 447 de la Ley 906 de 2004.

2. En la fecha últimamente citada, el Juez 7° Penal Municipal con función de conocimiento de Cali condenó al dr. **José Édgar Duque Echeverry** a las penas principales de 6 meses y 12 días de prisión, multa equivalente al valor de 6,932 salarios mínimos legales mensuales vigentes, así como a las accesorias de inhabilitación para el ejercicio de derechos y funciones públicas "*por el mismo término de la pena principal*" y privación del derecho a ejercer la profesión

por término de 24 meses, tras hallarlo penalmente responsable del delito de lesiones personales culposas, al tiempo que le concedió el subrogado de la suspensión condicional de la ejecución de la pena.

El dr. Jaime Ramón Rubiano Vinuesa fue absuelto.

Apelada la decisión del *a quo* por la defensa del dr. **Duque Echeverry** y el apoderado de la víctima, fue **confirmada parcialmente** por el Tribunal Superior de Cali, en fallo del 14 de febrero de 2013. La Corporación de instancia redosificó la pena privativa de la libertad y la determinó en 10 meses de prisión. En lo demás, mantuvo la decisión impugnada.

En contra de lo dispuesto por el *ad quem*, el apoderado del procesado, dr. **José Édgar Duque Echeverry**, interpuso oportunamente el recurso extraordinario de casación y lo sustentó mediante el correspondiente escrito.

#### IV. LA DEMANDA

Al amparo de la causal de casación de que trata el artículo 181, numeral 3º, de la Ley 906 de 2004, el casacionista denuncia que el sentenciador, al contemplar materialmente los medios de convicción, incurrió en

violación indirecta de la ley sustancial, por vía del error de hecho, en las modalidades de falso juicio de existencia, falso juicio de identidad y falso raciocinio. En consecuencia, agrega, aplicó indebidamente las normas que tipificaban el delito (artículos 9º, 12, 23, 120 y disposiciones concordantes, artículos 12 y 13 de la Ley 23 de 1981 y 380 del Código de Procedimiento Penal 2004) y, al mismo tiempo, dejó de aplicar las que reconocen la inexistencia del delito, pues el suceso fue el resultado de una conducta atípica.

Con los cargos formulados aspira a que se garanticen los derechos esenciales del procesado, se desarrolle y actualice la jurisprudencia y se atiendan los fines de la casación, conforme la posición del impugnante y la controversia planteada.

Para el sustento de su tesis, el impugnante formula sendos cargos por cada una de las modalidades de error de hecho que alega, todos ellos encaminados a demostrar que la conducta en la que incurrió su asistido fue atípica.

Reseña que el Tribunal fundó la condena en que el patólogo **Duque Echeverry** no realizó un estudio de inmunohistoquímica al tejido extraído que le permitiera observar las lesiones de células mioepiteliales y así poder descartar el carcinoma tubular. De esta manera, agrega, el *ad quem* no advirtió que la *lex artis* de la patología admite tres criterios para diagnosticar el cáncer: el citológico

(celular), el arquitectural (del tejido) y las metástasis. Agrega que el estudio practicado por el patólogo **Duque Echeverry** se realizó conforme el criterio arquitectural del tejido, de manera que en su diagnóstico, al hacer la descripción macroscópica de la muestra, concluyó sin duda una arquitectura de malignidad.

Por tanto, el dr. **Duque** cumplió con el deber de cuidado objetivo, pues utilizó un método válido para realizar el diagnóstico. Afirmar otra cosa significaría que en adelante a los patólogos no les será permitido emitir un diagnóstico con el criterio de observación arquitectural del tejido. Cosa distinta sería que la arquitectura del tejido que describió el patólogo fuera de diagnóstico benigno y él lo hubiera calificado como maligno.

Como consecuencia de no haber examinado el Tribunal la historia clínica, entre otras pruebas, y haber mirado sólo parcialmente los dictámenes periciales y sus ratificaciones, el juzgador incurrió en falsos raciocinios que, de no haber existido, la decisión habría sido absolutoria.

### **Primer cargo: falsos juicios de existencia**

El casacionista reprocha la conclusión del Tribunal, según la cual el patólogo dr. **José Edgar Duque Echeverry** incurrió en omisión de conducta al afirmar que fue a él a quien se le enviaron las muestras del tejido extraído a la

paciente debidamente marcadas para realizar el estudio de patología.

Dicha afirmación es la consecuencia de haber omitido el estudio de la historia clínica de la paciente, en la cual el ginecólogo dr. Luis Eduardo Montaña, encargado de practicar la biopsia, afirmó que “*se extrae tres nódulos de mama derecha*”, sin que exista la exactitud necesaria sobre la localización precisa de las muestras que fueran extraídas. De haber existido esa identificación, la cual implicaba rotular, individualizar, orientar y localizar por cuadrante mamario cada una de las muestras –asegura- no habría sido necesaria la reconstrucción mamaria con todas las complicaciones presentadas, sino una cirugía mínimamente invasiva.

Por tanto, dice, “*queda en evidencia que el Tribunal incurrió en un falso juicio de existencia por omisión al adjudicar responsabilidad por omisión de conducta al patólogo Dr. Duque E.*”, toda vez que la responsabilidad, esto es, la conducta omisiva, recayó en el ginecólogo Luis Eduardo Montaña, quien realizó la extracción de las muestras, sin tener en cuenta las indicaciones de la *lex artis* para realizar ese procedimiento.

Así mismo, el fallador omitió el análisis de la historia clínica, en aquella parte en la que se hace referencia a los antecedentes familiares de la paciente, en el sentido de que una hermana suya padecía cáncer de mama, lo cual

constituía un factor de riesgo a considerar y que, unido *“al criterio arquitectural observado por el patólogo Dr. Duque E. al rendir su diagnóstico, es una variable determinante para el diagnóstico del mismo”*.

De no haber omitido el sentenciador el estudio de la historia clínica no habría afirmado que al patólogo le fueron entregadas las muestras debidamente marcadas ni, en consecuencia, deducido la responsabilidad de aquel por omisión de conducta, aspecto sobre el que se fundó la imputación del comportamiento negligente y descuidado.

### **Segundo cargo: falsos juicios de identidad**

El demandante critica que el *ad quem* hubiera cercenado el contenido de los dictámenes de los médicos José Fernando Reyes Cardozo, José Joaquín Caicedo Mallarino, Fernando Perry Perry y Liliana Mercedes Moreno. Señala que *“el cúmulo de material probatorio de carácter objetivo que fuera parcelado”* contradice la afirmación del ginecólogo Luis Eduardo Montaña, quien dijo haber entregado a patología debidamente marcadas las muestras extraídas a la paciente.

Reprocha que el Tribunal no tuvo en cuenta lo dicho por Reyes Cardozo, en el sentido de que *“conocer la ubicación del tumor es importante para realizar el tratamiento quirúrgico. Si la lesión es pequeña se hace una resección al cuadrante, pero si no se identifica estaría*



*obligado a realizar una mastectomía... al no poderse identificar el cuadrante comprometido, al cirujano no le queda más remedio que quitar los tres cuadrantes previamente operados y adicionar el restante, con el objetivo de no dejar cáncer residual en el seno”.*

Agrega que el juzgador tampoco contempló aquella parte de la prueba en que se hizo referencia a la importancia de localizar las lesiones y los bordes de la resección, sobre todo cuando hay antecedentes familiares de cáncer y con lesiones sospechosas de malignidad, pues -según dijo el perito- si el resultado es cáncer lo procedente sería hacer una resección del cuadrante mas no una mastectomía, *“en este caso por haberse omitido este detalle en la marcación y la localización”.*

Alega que el Tribunal no armonizó *“en conjunto con lo acreditado por otras pruebas”* lo dicho por el perito Reyes Cardozo sobre la relevancia, para evitar la mastectomía, de identificar con precisión la ubicación del lugar del cuerpo de la paciente de donde fueron extraídas las muestras de tejido, más aún si aquella tenía antecedentes familiares. Critica, entonces, que el juzgador no apreciara lo anterior *“con lo acreditado por las otras pruebas”* y, en cambio, resolviera otorgarle crédito a las atestaciones del ginecólogo Montaña.

Así mismo, menciona que el sentenciador, aunque la consideró, le restó importancia a la afirmación realizada

por los médicos oncólogos, con subespecialidad en mastología, drs. Caicedo Mallarino y Perry Perry, sobre la importancia del antecedente familiar de carcinoma para determinar la conducta terapéutica a seguir, pues según lo conceptuaron los peritos, *“en muchas ocasiones con el solo antecedente se puede pensar en realizar una mastectomía preventiva”*, y aun tratándose de una patología benigna era procedente una cirugía profiláctica *“admitida y recomendada por una de las escuelas de medicina”*.

Por otra parte, indica que el fallador omitió por cercenamiento la afirmación de los médicos antes mencionados, según la cual *“al cirujano oncólogo le era imposible realizar cuadrantectomía”* toda vez que el cirujano que extrajo las masas las envió en un mismo frasco, sin precisar su ubicación.

En igual sentido, dice que el *ad quem* omitió lo dicho por el médico Caicedo Mallarino, en cuanto resaltó que la marcación para la orientación de la cirugía *“por parte de quien intervino la primera vez”* es el primer paso para determinar dónde era el cáncer, pues tal cosa no la pueden definir el mastólogo ni el patólogo; dicho procedimiento –la marcación de la lesión– le era atribuible el ginecólogo Montaña, y fue *“un primer problema que tuvo el caso”*. En similar sentido, afirma, se expresó el mastólogo Perry Perry; este aseguró que la orientación de la muestra para la cirugía es fundamental para determinar el procedimiento quirúrgico.

El ad quem desconoció la relevancia de tales afirmaciones y, en su lugar, le atribuyó la omisión de conducta ajena al patólogo hoy procesado. Indica que de haber tenido en cuenta el peritaje “*en conjunto con lo acreditado por otras pruebas*” habría advertido que al dr. **Duque Echeverry** no le era imputable la conducta previa de la marcación de las muestras y la determinación, por otros profesionales, del tratamiento quirúrgico a seguir.

El Tribunal omitió apreciar en su integridad el dictamen pericial de Liliana Mercedes Moreno en cuanto a la incidencia de la marcación de las muestras para así determinar el diagnóstico y el tratamiento terapéutico a seguir, así como sobre la ausencia de duda diagnóstica y la no necesidad de practicar estudio inmunohistoquímico. El informe de la perito dice que en la historia clínica no existe información sobre cómo se hizo la toma del tejido, ni si se marcó con precisión el cuadrante afectado, o si era una lesión multicéntrica, ni cómo las muestras fueron enviadas al laboratorio.

Así mismo, asegura que como las piezas resecadas carecen de orientación, entonces tampoco era factible registrar el compromiso tumoral de los márgenes de la sección, “*punto que también se tiene en cuenta al decidir cirugía conservadora*”. Concluyó que: “*esto, quizás, habría permitido contemplar la posibilidad de practicar cirugía conservadora, una cuadrantectomía y no la mastectomía radical*”.

De igual manera, sostiene que el fallador le restó importancia al concepto de la perito en aquella parte en la que aseguró que la extirpación total del seno no fue consecuencia directa del diagnóstico emitido por el patólogo **Édgar Duque**, pues –según dijo la experta- es regla que el concepto del patólogo sea interpretado por el médico tratante en conjunto con los exámenes clínicos, paraclínicos y factores pronósticos, *“por lo tanto, no debe ser el único criterio a tener en cuenta por el médico cirujano para decidir el manejo a seguir”*.

Así mismo, cercenó el dicho de la perito, según el cual como en el diagnóstico del patólogo no se evidenció duda entonces no era necesario practicar un estudio inmunohistoquímico adicional, en el entendido de que, en palabras de la experta, *“la patología es un arte de interpretación de imágenes”*; también que el estudio de patología muestra coherencia entre la descripción de lo visto y el diagnóstico emitido.

El Tribunal se equivocó al argumentar que ante la duda diagnóstica el dr. **Duque** debió haber acudido a un estudio inmunohistoquímico; de haber advertido en su integridad el concepto de la perito Moreno habría advertido que *“no era necesario acudir al estudio inmunohistoquímico por cuanto en el diagnóstico vertido por el dr. **Duque** no hubo asomo alguno de duda”* de que se trataba de una patología maligna. Por tanto, –aseveró la perito- *“el que no haya consultado una segunda opinión no necesariamente está en*

*contra de la lex artis*". Tampoco consideró el juzgador el concepto emitido por los patólogos del Instituto Nacional de cancerología, para quienes, al igual que para el dr. **Duque Echeverry**, las alteraciones arquitecturales del tejido eran características de cáncer.

De no haber mediado los falsos juicios de identidad reseñados, el Tribunal habría absuelto al procesado.

### **Tercer cargo: falsos raciocinios**

El censor critica que el juzgador apreciara que la ausencia de estudio de inmunohistoquímica por parte del patólogo **Duque Echeverry** constituyó falta a la *lex artis* de la patología, conclusión fundada en el mérito persuasivo concedido a cuatro de los patólogos que revisaron el hallazgo, no de manera desprevenida como lo hiciera el dr. **Duque**, y dudaron sobre la benignidad o malignidad del mismo. Para el fallador, tal circunstancia "*ciertamente genera necesidad de confrontar el diagnóstico con los medios al alcance*", pero no tiene en cuenta que a otros tres patólogos no les asistió duda y, por tanto, hicieron el diagnóstico sin acudir al estudio de inmunohistoquímica.

Agrega que los medios de prueba omitidos y cercenados, según los cargos anteriores, demuestran que la rendición del diagnóstico por el procesado se hizo conforme a la *lex artis*, el deber objetivo de cuidado y el grado de previsibilidad de la profesión. Dice que el Tribunal violó los

postulados de la ciencia, en particular de la *lex artis*, al afirmar, con apoyo en el artículo 12 de la Ley 23 de 1981, que el dr. **Duque Echeverry** no cumplió con el deber de cuidado que impone el ejercicio de la actividad médica para realizar un “*efectivo diagnóstico*” y omitió las acciones necesarias para emitir una conclusión más ajustada, pues como su diagnóstico no mostró duda alguna entonces no era procedente acudir al estudio ya mencionado, como así lo enseñan los protocolos aceptados por la sociedad científica; además porque el ejercicio de la medicina pretende evitar el empleo de métodos de diagnóstico experimentales.

En contraste, sostiene, no existe prueba alguna que informe que el diagnóstico fue elaborado de manera inadecuada. Así, la complejidad del asunto obligaba al Tribunal a admitir que si en la actuación no obraba un dictamen pericial que señalara la falta de apego a la técnica científica en la elaboración del diagnóstico no podía, entonces, concluir válidamente que el hoy procesado violó el deber objetivo de cuidado. Tampoco podía el *ad quem* adoptar e imponer un cierto modelo científico frente a la discrecionalidad científica que le asistía al dr. **José Édgar Duque Echeverry**.

Alega que en el argumento del sentenciador existió una incongruencia lógica, toda vez que absolvió al cirujano oncólogo por haber actuado conforme el principio de confianza que recaía sobre el diagnóstico del patólogo y, al

mismo tiempo, sentenció a **Duque Echeverry** por estimar que el estudio inmunohistoquímico era indispensable, *“porque si ello fuera cierto, el cirujano oncólogo nunca debió operar a la paciente sin previamente haber obtenido dicho estudio, independientemente de que el dr. **Duque** lo hubiera realizado o no”*.

En conclusión, dice, el patólogo no fue responsable de la mastectomía, pues de haber marcado el ginecólogo adecuadamente *“los especímenes biopsiados”* la cirugía habría podido ser más conservadora. Dicha circunstancia fue la que hizo necesaria la mastectomía, según lo convino la paciente. El hoy procesado **Duque Echeverry** no tenía el dominio del hecho, pues cumplió su rol al realizar el diagnóstico de patología, sin que su conducta fuera determinante para la decisión quirúrgica y lo que suceda con posterioridad, por razón de la prohibición de regreso.

Como corolario de todo lo anterior, precisa que el desconocimiento por el fallador de las reglas de la *lex artis* y de los conocimientos especializados vertidos en la prueba sobre cuál era el protocolo a cumplir para el diagnóstico le impidió apreciar que el patólogo actuó conforme los postulados de la debida diligencia y cuidado, incurriendo así en yerros de existencia, identidad y raciocinio.

En estas condiciones, le pide a la Corte que case la sentencia impugnada y, en consecuencia, absuelva al procesado.

## V. SENTENCIA IMPUGNADA

Tras reseñar el contenido de las pruebas practicadas, el Tribunal señala que el caso debe abordarse desde la imputación objetiva, esto es la creación de un peligro no abarcado por el riesgo permitido con incidencia en un resultado lesivo concreto; sin dejar de lado el elemento subjetivo, esto es, el conocimiento del agente respecto de las circunstancias creadoras del riesgo y del peligro en sí mismo.

El *ad quem* repasa los elementos del delito culposos; enfatiza la conciencia y voluntad en la realización de un comportamiento en el que recae una infracción al deber objetivo de cuidado, así como la necesidad de analizar *ex ante* la conducta creadora del riesgo desaprobado y si el peligro se concretó en un resultado, teniendo en cuenta las circunstancias conocidas *ex post*. Precisa que la ciencia médica hace parte del progreso moderno y que si se ejerce dentro de la *lex artis* no cabe formular un juicio de reproche, así no se produzca el resultado esperado.

El sentenciador consideró que el dr. **Duque Echeverry** no actuó conforme al debido cuidado y previsibilidad que le exigía su profesión. Lo anterior, explica, por cuanto de la declaración de la patóloga María Teresa Ramírez Echave, quien con posterioridad a la mastectomía descubrió que la anomalía en el tejido no era un carcinoma sino una adenosis y le comunicó al dr. **Duque Echeverry** dicho



resultado, se extrae que *“cuando un patólogo realiza un diagnóstico siempre debe acudir a realizarlos con los mejores elementos”*; por tanto, para descartar el carcinoma era necesario realizar un estudio de inmunohistoquímica, la que no hizo el hoy procesado.

Era su deber, por sus conocimientos, experiencia, por la necesidad de ajustarse al cuidado necesario y porque contaba con los recursos y la tecnología requeridos, actuar prudentemente frente a situaciones riesgosas ejecutando todos los actos que le permitieran descartar el carcinoma y le dieran el máximo grado de certeza sobre la patología existente, conforme lo ordenan los artículos 12 y 13 de la Ley 23 de 1981.

Señala que a él -al dr. **Duque Echeverry**- le fueron enviadas debidamente marcadas las muestras de tejido extraídas a la paciente para realizar el estudio de patología, y de su concepto dependía la intervención o no de un oncólogo. De la información suministrada por el perito Harold Daniel Cuello Bueno se extrae que la distinción entre el carcinoma y la adenosis esclerosante es bien complicada y que para ello se debía realizar un estudio que determinara si había células mioepiteliales. Del concepto de la perito del Instituto de Medicina Legal, Liliana Mercedes Moreno, se tiene que con el estudio de inmunohistoquímica *“el patólogo ya tiene criterios para pensar que lo que observa es una invasión y puede pensar que es una patología maligna”*.

Sobre el argumento defensivo, según el cual el patólogo **Duque Echeverry** no tuvo duda al hacer su diagnóstico de carcinoma, el Tribunal dice que como aquel diagnosticó algo que era maligno cuando en realidad no lo era, y ello determinó la resección total del seno, entonces ha debido realizar el estudio inmunohistoquímico para descartar la malignidad, sin que sea admisible el argumento de evitarle a la paciente los riesgos de un posible cáncer en el futuro, pues, según el perito Juan Carlos Bonilla, existía una alta probabilidad de curación.

El dr. **Duque Echeverry** no adoptó las medidas para evitar las consecuencias que originaron la investigación sino que, tras apreciar la vista al microscopio, aplicar su propia experiencia y considerar los antecedentes familiares de la paciente, se limitó a diagnosticar el carcinoma: todo ello, por sentido común, no le permite al médico que actúa con previsión diagnosticar el cáncer sin practicar la prueba de inmunohistoquímica, más aun cuando se sabe que es difícil la distinción entre el carcinoma y la adenosis esclerosante, por lo que la mayoría de veces se recurre a la prueba que aquí se omitió.

Así, el resultado, esto es, la extirpación del seno, era previsible y atribuible al patólogo, pues aunque su diagnóstico fue contundente faltó al deber objetivo de cuidado por no requerir estudios diferenciales adicionales, y porque, según el Grupo de seno y tejidos blandos del

Instituto Nacional de Cancerología, el diagnóstico debió interpretarse en conjunto con factores adicionales.

Agrega que existe nexo de causalidad entre la violación al deber de cuidado y el resultado, pues no se realizó el estudio adicional mencionado -circunstancia que, adicionalmente, incrementó el riesgo jurídicamente desaprobado- y por eso se extirpó el seno. Con las capacidades y características de un hombre prudente el patólogo hoy procesado habría emprendido otras acciones distintas, pues le era exigible agotar todos los medios disponibles, siendo, según los peritos y el conocimiento del patólogo, la prueba de inmunohistoquímica el más adecuado.

La posición de garante que tenía el patólogo se materializaba, según el art. 15 de la Ley 23 de 1981, en utilizar los elementos existentes y realizar los exámenes a su alcance para establecer un diagnóstico, siendo insuficiente el que emitió.

El sentenciador admite que la defensa tiene razón cuando dice que la patología es una ciencia inexacta y, por tanto, tiene un margen de error no atribuible a la impericia médica; no obstante lo anterior, replica el Tribunal, la obligación del patólogo es la de llegar a una conclusión haciendo uso de todos los medios posibles y efectivos para evitar el riesgo; éste se materializó en la realización de la mastectomía.

## VI AUDIENCIA PÚBLICA DE SUSTENTACIÓN

1. El casacionista reitera los planteamientos formulados en la demanda.

2. **El Fiscal Delegado ante la Corte, como sujeto procesal no recurrente**, solicita que no se case el fallo impugnado.

Respecto del cargo de falso raciocinio, que habría recaído en la apreciación de la prueba pericial elaborada por la dra. Liliana Mercedes Moreno del Instituto Nacional de Medicina Legal, con el concepto de tres oncólogos del Instituto Nacional de Cancerología, dice que la sentencia respetó las reglas científicas. De dicha prueba se puede concluir que el patólogo hoy procesado no acató la *lex artis* de su profesión porque actuó imprudentemente al hacer un diagnóstico errado, y por tanto debió practicar el estudio de inmunohistoquímica que se echa de menos; este es contributivo para precisar la diferencia entre el carcinoma y la adenosis esclerosante, distinción que resulta difícil en opinión de los profesionales, y a aquél se debió acudir en caso de duda.

Se pregunta el fiscal no recurrente si acaso un caso difícil o complejo no puede generar duda. Señala que el patólogo debía ir más allá de lo visto en el microscopio y realizar el examen adicional.

Pide que se desestimen los cargos de falso juicio de existencia y falso juicio de identidad; señala que ninguna relevancia tiene que las muestras de tejido no hubieran estado bien marcadas, pues en cualquier caso lo cierto fue que el patólogo incurrió en violación a la *lex artis*, por hacer un diagnóstico equivocado. En lo demás, los cargos configuran apenas una discrepancia probatoria, sin idoneidad para demostrar el yerro judicial. Concluye que sobre el patólogo recaía la posición de garante y, por tanto, tenía la obligación de actuar según las reglas que rigen su profesión; no obstante lo anterior, desplegó una conducta riesgosa por fuera del riesgo permitido y así generó el resultado.

### 3. **El apoderado de la víctima** formula igual petición.

Argumenta, en síntesis, que la demanda incurre en imprecisiones, pues no advierte que para el dictamen del Instituto de Medicina Legal y para 4 de los demás patólogos el caso ofreció duda y, por tanto, que la *lex artis* le exigía al patólogo **Duque Echeverry** un segundo concepto y el procedimiento adicional de la prueba de inmunohistoquímica. Alega que en este caso lo que ocurrió fue que el hoy procesado se confió de sus cincuenta años de experiencia y por eso desconoció las reglas que rigen los procedimientos de patología, situación que condujo a una lesión innecesaria que le ha traído graves consecuencias a la víctima.

Reprocha que el demandante no hubiera advertido las inconsistencias entre lo dicho por la perito Liliana Moreno y lo consignado en su informe; asegura que con el argumento sobre la incidencia de la indebida marcación de las muestras se trata de minimizar el resultado.

**4. La Procuradora 3ª Delegada para la Casación Penal** solicita, en nombre del Ministerio Público, que no se case el fallo impugnado.

Señala que la actividad médica no es de resultados sino de medios, y que la medicina no es una ciencia exacta; agrega que el profesional de la medicina debe acudir a todos los medios a su alcance según la *lex artis* del oficio, aun cuando no esté obligado a garantizar un resultado. Sostiene que para determinar los elementos que integran la *lex artis*, como criterio valorativo de la corrección de un acto médico en concreto, se debe tener en cuenta las características del profesional, la complejidad del acto médico, la trascendencia que para la vida del paciente éste representa y los antecedentes de todo orden del paciente.

La delegada aduce, en síntesis, que comoquiera que por su idoneidad el patólogo sabía que el análisis del tejido mamario de la paciente era un caso de difícil diagnóstico debido a la reconocida dificultad de distinguir un carcinoma tubular de una adenosis esclerosante, y en atención al antecedente familiar de cáncer mamario de la paciente y a que la intervención del ginecólogo que extrajo

el tejido sin ubicar con precisión su procedencia (lo que eventualmente hubiera podido determinar un tratamiento menos agresivo que la mastectomía radical) configuró una omisión que incrementó el riesgo, ha debido, le era exigible, incrementar su rol de garante, ordenando el examen de inmunohistoquímica que traería seguridad sobre el diagnóstico, dado el daño que le representaría a la paciente un error en él.

Agrega la señora Procuradora que si bien es cierto se ha dicho que el examen diagnóstico omitido -el de inmunohistoquímica- solamente procede cuando existe una duda, y en este caso el patólogo **Duque Echeverry** no la tuvo, también lo es que la omisión de dicho examen fue el resultado de la excesiva confianza frente a la posibilidad de enmascaramiento y los demás riesgos. El profesional tenía una posición de garante, pues su correcto diagnóstico orientaba el tratamiento; de suerte que un resultado favorable hubiera conducido a una solución menos radical, aun cuando el ginecólogo hubiera incurrido en la omisión de identificar la ubicación del tejido examinado.

Que algunas escuelas o personas reconocidas promuevan la mutilación preventiva no hace que esta práctica sea tolerable o aconsejable para todas las mujeres. Dice que en medicina las amputaciones son frecuentes, pero no pueden ser el resultado de sobredimensionar el médico sus propias capacidades, cuando tiene forma de evitar el resultado dañoso, con un examen de rutina.

Por tanto, concluye, cuando el Tribunal afirma que el daño se produjo por la concreción del riesgo generado en un error diagnóstico no mutiló la prueba, no dejó de valorar la omisión del ginecólogo, ni desconoció la historia familiar de la paciente, no tergiversa el dicho de los peritos, ni exige una práctica por fuera de la ciencia médica.

## VII. CONSIDERACIONES DE LA CORTE

1. A la Sala le corresponde resolver el recurso extraordinario de casación, en atención a la competencia que le asigna el numeral 1° del artículo 32 de la Ley 906 de 2004.

2. Se trata de determinar si, acorde con los cargos propuestos, el juicio de responsabilidad fue el resultado de los errores de hecho denunciados; más exactamente, si es válida la inferencia contenida en el fallo, en el sentido de que el médico patólogo dr. **José Édgar Duque Echeverry** desconoció la *lex artis* de la patología, con incidencia en la producción del daño.

El casacionista alega, en síntesis, que el resultado no fue consecuencia de la conducta de su asistido, sino de la omisión del ginecólogo que extrajo las muestras del tejido



mamario de la paciente; asegura que como aquel no precisó la ubicación del tejido examinado, entonces al oncólogo no le quedaba otra salida que practicar la mastectomía; de allí que el resultado lesivo no le es atribuible al patólogo. De no haber mediado la omisión del ginecólogo, asegura el censor, el tratamiento habría podido ser más conservador y no terminar en una mastectomía radical.

Agrega que el fallador omitió considerar el antecedente familiar de cáncer de mama, lo cual, unido al hallazgo del patólogo, justificaba el tratamiento impartido, e incluso haría aconsejable la mastectomía preventiva. Tampoco advirtió el juzgador que como el patólogo no tuvo duda al impartir su diagnóstico entonces no era del caso acudir a la inmunohistoquímica, pues su práctica solo procede en caso de duda (**cargos de falso juicio de existencia y falso juicio de identidad**).

Así mismo, sostiene que, al igual que acaeció con algunos patólogos peritos que acudieron al proceso, el dr. **Duque** concluyó que se trataba de un carcinoma, sin necesidad de acudir al estudio adicional de la inmunohistoquímica; en el estudio practicado por el profesional no se demostró impericia alguna, no se determinó que fuera contrario a la *lex artis*. En contraste, insiste, la responsabilidad por el resultado recayó en la omisión atribuible al ginecólogo (**falso raciocinio**).

3. Las cuestiones que se plantean en el libelo configuran, de una u otra manera, aristas de la denominada imputación objetiva, pues tocan directamente con la atribuibilidad del resultado lesivo al procesado, desde la óptica de la violación a los deberes objetivos de cuidado.

Dígase, en principio, que la teoría de la imputación objetiva enseña que para que un resultado le pueda ser atribuido a un agente, este ha debido crear o incrementar un riesgo jurídicamente desaprobado, y este riesgo creado debió realizarse en el resultado típico. Esta teoría, desarrollada en el artículo 25 de la Ley 599 de 2000, viene a replantear aquellas tesis que fundan el concepto de autoría exclusivamente en la causalidad, esto es, el vínculo o enlace entre acción y resultado.

La jurisprudencia de la Corte (CSJ, SP, sentencia del 22 mayo de 2008, rad. 27357) ha precisado la evolución y los elementos de la imputación objetiva, así:

*“En conclusión, de acuerdo con la evolución doctrinaria y jurisprudencial del delito imprudente, lo esencial de la culpa no reside en actos de voluntariedad del sujeto agente, superando así aquellas tendencias ontologicistas que enlazaban acción y resultado con exclusivo apoyo en las conocidas teorías de la causalidad -teoría de la equivalencia, conditio sine qua non, causalidad adecuada, relevancia típica-, sino en el desvalor de la acción por él realizada, signado por la contrariedad o*

*desconocimiento del deber objetivo de cuidado, siempre y cuando en aquella, en la acción, se concrete, por un nexo de causalidad o determinación, el resultado típico, es decir, el desvalor del resultado, que estuvo en condiciones de conocer y prever el sujeto activo”.*

*“2.2. En la doctrina penal contemporánea, la opinión dominante considera que la realización del tipo objetivo en el delito imprudente (o, mejor dicho, la infracción al deber de cuidado) se satisface con la teoría de la imputación objetiva, de acuerdo con la cual un hecho causado por el agente le es jurídicamente atribuible a él si con su comportamiento ha creado un peligro para el objeto de la acción no abarcado por el riesgo permitido y dicho peligro se realiza en el resultado concreto”.*

*“Lo anterior significa que si la infracción al deber de cuidado se concreta en el desconocimiento de la norma de cuidado inherente a actividades en cuyo ámbito se generan riesgos o puesta en peligro de bienes jurídicamente tutelados, es necesario fijar el marco en el cual se realizó la conducta y señalar las normas que la gobernaban, a fin de develar si mediante la conjunción valorativa ex ante y ex post, el resultado que se produjo, puede ser imputado al comportamiento del procesado”.*

*“En otras palabras, frente a una posible conducta culposa, el juez, en primer lugar, debe valorar si la persona creó un riesgo jurídicamente desaprobado desde una perspectiva ex ante, es decir, teniendo que retrotraerse al momento de realización de la acción y examinando si conforme a las condiciones de un observador inteligente situado en la posición del autor, a lo que habrá de sumársele los conocimientos especiales de este último, el hecho sería o no adecuado para producir el resultado típico”.*

*“En segundo lugar, el funcionario tiene que valorar si ese peligro se realizó en el resultado, teniendo en cuenta todas las circunstancias conocidas ex post”.*

*“2.3. En aras de establecer cuándo se concreta la creación de un riesgo no permitido y cuándo no, la teoría de la imputación objetiva integra varios criterios limitantes o correctivos que llenan a esa expresión de contenido, los cuales también han tenido acogida en la jurisprudencia de la Sala (CSJ, SP. sentencias del 4 de abril, 20 de mayo de 2003, y 20 de abril de 2006, radicaciones No. 12742, 16636 y 22941, respectivamente):*

*“2.3.1. No provoca un riesgo jurídicamente desaprobado quien incurre en una ‘conducta socialmente normal y generalmente no peligrosa’, que por lo tanto no está prohibida por el ordenamiento jurídico, a pesar de que con la misma haya ocasionado de manera causal un resultado típico o incluso haya sido determinante para su realización”.*

*“2.3.2. Tampoco se concreta el riesgo no permitido cuando, en el marco de una cooperación con división del trabajo, en el ejercicio de cualquier actividad especializada o profesión, el sujeto agente observa los deberes que le eran exigibles y es otra persona perteneciente al grupo la que no respeta las normas o las reglas del arte (lex artis) pertinentes. Lo anterior, en virtud del llamado principio de confianza, según el cual ‘el hombre normal espera que los demás actúen de acuerdo con los mandatos legales, dentro de su competencia’ (CSJ, SP, sentencia del 20 de mayo de 2003, rad. 16636)”.*

*“2.3.3. Igualmente, falta la creación del riesgo desaprobado cuando alguien sólo ha participado con respecto a la conducta de otro en una ‘acción a propio riesgo’, o una ‘autopuesta en peligro dolosa’ (...)”.*

*“2.3.4. En cambio, ‘por regla absolutamente general se habrá de reconocer como creación de un peligro suficiente la infracción de normas jurídicas que persiguen la evitación del resultado producido”.*

*“2.3.5. Así mismo, se crea un riesgo jurídicamente desaprobado cuando concurre el fenómeno de la elevación del riesgo, que se presenta ‘cuando una persona con su comportamiento supera el arriesgo admitido o tolerado jurídica y socialmente, así como cuando, tras sobrepasar el límite de lo aceptado o permitido, intensifica el peligro de causación de daño’ (CSJ, SP, sentencia del 7 de diciembre de 2005, rad. 24696).”*

Así, entonces, además de la causalidad natural entre la acción y el resultado, la atribución jurídica de la responsabilidad culposa exige, además, que con su comportamiento imprudente el agente haya creado o extendido un riesgo no permitido por las reglas de conducta a las que debía sujetar su actividad, y que ese riesgo se

concrete en un resultado lesivo, todo ello en el entendido de que, conforme el artículo 9º del C. Penal de 2000, la causalidad por sí sola no basta para la imputación jurídica del resultado (CSJ, SP, sentencia del 27 de octubre de 2009, rad. 32582).

Los actos realizados en ejercicio de la práctica médica naturalmente pueden caer en el ámbito de la imputación objetiva; así acontece cuando habiendo el agente -profesional de la medicina- asumido voluntariamente la posición de garante respecto del paciente, esto es, *“la protección real de una persona o de una fuente de riesgo, dentro del propio ámbito de dominio”* (artículo 25, numeral 1º, del C. Penal) inobserva el deber objetivo de cuidado que le impone la *lex artis* y, como consecuencia, causa un daño antijurídico.

El incremento del riesgo permitido puede llegar a defraudar la expectativa que se sustenta en la idoneidad de quien tiene un título académico y cuenta con la experiencia necesaria que lo legitima para ejercer la profesión médica: lo anterior, siempre y cuando la superación del riesgo permitido se realice tras la asunción de la posición de garante, ya sea a través de un diagnóstico, tratamiento o postratamiento capaz de generar una lesión al bien jurídico que se habría podido evitar -por ser previsible- de haber actuado el agente con las precauciones técnicas del caso.

Desde la realización del diagnóstico o tratamiento le es exigible al profesional la obligación de velar por la curación, mejoría o aminoración de la condición aflictiva de la salud del paciente, *“hasta el límite de realizar la acción posible indicada en la lex artis para cada patología, en los términos estrictos del compromiso arrogado de forma potestativa”* (CSJ, SP, sentencia del 11 de abril de 2012, rad. 33920).

En esta última providencia (reiterada en sentencia del 6 de junio de 2013, rad. 38904), la Corte precisó lo siguiente:

*“Es de este modo claro que la obligación del galeno de actuar con el cuidado que el ordenamiento le impone para evitar la creación o intensificación de un riesgo innecesario –fuera del admitido en la praxis- y la consecuente realización de un daño relacionado con la fuente de riesgo que debe custodiar, determina la asunción de la posición de garante que se materializa en no ejecutar ninguna conducta que perturbe la idoneidad del tratamiento médico especializado que la ciencia y las normas jurídicas mandan en cada evento o, en otras palabras, en adecuar su comportamiento al cuidado que le es debido de acuerdo con las fórmulas generales de la actividad”.*

*“De esta manera, si la conducta del médico, no obstante crear o aumentar un riesgo se manifiesta dentro del ámbito del peligro que la comunidad normativa ha edificado como límite a la práctica médica respectiva y, en todo caso, se produce el resultado infausto o, si consolidado el daño –agravación de la condición clínica primaria, por ejemplo- el galeno respeta las pautas o protocolos tendiendo a aminorar los riesgos propios de la intervención corporal o psíquica o, si pese a la creación o incremento del peligro permitido, la acción comisiva u omisiva no se representa en un resultado dañino derivado necesariamente de aquella y relevante para el derecho penal o en todo caso, este se realiza por fuera del espectro de protección de la norma, o se constata que no había un comportamiento alternativo dentro del ámbito de guarda del bien jurídico que hubiera podido impedir la consumación censurada, no habrá lugar a deducir el delito de omisión impropia, también llamado de comisión por omisión”.*

*“Para establecer si el facultativo violó o no el deber objetivo de cuidado y, con ello, creó o amplió el radio de acción del riesgo porque su actuar lo situó más allá del estándar autorizado o relevante, es imprescindible determinar cuál es el parámetro de precaución –protocolo, norma, manual, baremo o actividad concreta conforme a la lex artis<sup>1</sup>- que se debía aplicar al caso específico o que hipotéticamente podría haber empleado otro profesional prudente –con la misma especialidad y experiencia- en similares circunstancias, para enseguida, confrontarlo con el comportamiento desplegado por el sujeto activo del reato”.*

*“Y es que si hay una actividad peligrosa en la que se debe consentir la existencia de un riesgo permitido, esa es la medicina. En verdad, se admite cierto nivel de exposición al daño inherente a su ejercicio, en tanto se trata de una ciencia no exacta cuya práctica demanda para el colectivo social la necesidad de aceptar como adecuada la eventual frustración de expectativas de curación o recuperación, siempre que no se trascienda a la estructuración de una aproximación al daño evitable o no tolerado”.*

*“En esa medida, se debe ser muy cuidadoso al establecer si una conducta superó o no el riesgo permitido. Sobre el particular, ROXIN<sup>2</sup> señala que este aspecto marca el punto desde el que se avanza a la edificación de la imprudencia. Con ese propósito, si bien en algunos casos eficiente suele ser la revisión del cumplimiento de las reglamentaciones sanitarias que rigen determinada práctica, atendiendo el carácter dinámico de esta ciencia y la multiplicidad de actividades terapéuticas y asistenciales que para el tratamiento de cada patología coexisten, lo indispensable es acudir a los parámetros de la lex artis –objetivos, consensuados, vigentes y verificables- y determinar, si el método o técnica científica aplicada por el galeno, así parezca ortodoxo o exótico –que no experimental o improvisado y en todo caso avalado por la comunidad científica-<sup>3</sup>, satisfizo la expectativa de recuperación, curación o aminoración de la aflicción, trazada desde un inicio y si por consiguiente, el bien jurídico protegido se mantuvo a salvo”.*

*“Es de esta manera que en su artículo 16 de la Ley 23 de 1981 (por la cual se dictan normas en materia de ética médica), dispone que “[l]a responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del*

---

<sup>1</sup> Entendida como el conjunto de reglas científicas o de la experiencia verificables y actuales que integran el conocimiento aprobado por la comunidad científica.

<sup>2</sup> ROXIN, Claus. Derecho penal. Parte General. P. 66.

<sup>3</sup> De acuerdo con el artículo 12 ejúsdem, “[e]l médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas.”

tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados’.”.

“Y de acuerdo con el artículo 13 del Decreto 3380 del mismo año, se prevé que [t]eniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico”.

“Una lista -no exhaustiva, por supuesto- de las precauciones que con carácter general debe atender el profesional de la medicina se podría integrar con las obligaciones de i) obtener el título profesional que lo habilita para ejercer como médico y especialista o subespecialista en determinada área, lo que no significa que la posición de garante surja natural de la simple ostentación de aquel, pues se demanda la asunción voluntaria del riesgo, o sea de la protección de la persona, ii) actualizar sus conocimientos con estudio y práctica constante en el ámbito de su competencia, iii) elaborar la historia clínica completa del paciente, conforme a un interrogatorio adecuado y metódico iv) hacer la remisión al especialista correspondiente, ante la carencia de los conocimientos que le permitan brindar una atención integral a un enfermo, v) diagnosticar correctamente la patología y establecer la terapia a seguir<sup>4</sup>, vi) informar con precisión al sujeto, los riesgos o complicaciones posibles del tratamiento o intervención y obtener el consentimiento informado del paciente o de su acudiente, vii) ejecutar el procedimiento -quirúrgico o no- respetando con especial diligencia todas las reglas que la técnica médica demande para la actividad en particular y, viii) ejercer un completo y constante control durante el postoperatorio o postratamiento, hasta que se agote la intervención del médico tratante o el paciente abandone la terapia”.

“Tal como se viene sosteniendo, no basta la constatación de la infracción al deber objetivo de cuidado, para atribuir el comportamiento culposo; tampoco el incremento o creación del riesgo no permitido. Se insiste, la conducta negligente del facultativo debe tener repercusión directa en el disvalor de resultado, pues si la lesión o la muerte de la persona sobreviene como derivación de situaciones al margen de la práctica médica o

<sup>4</sup> En los términos del artículo 10 de la Ley 23 de 1981, “[e]l médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.”



*por alguna táctica distractora del tratamiento asumida por parte del paciente –autopuesta en peligro o acción a propio riesgo-, no habría lugar a imputar el delito imprudente al galeno, pues sería a aquél y no a éste, entonces, a quien se debería atribuir la contribución al desenlace transgresor del interés jurídico tutelado”.*

4. Pues bien, vistos los lineamientos anteriores, la Corte anticipa su conclusión en el sentido de que los cargos dirigidos contra el fallo de instancia no acreditan un error ostensible en la apreciación probatoria acogida por el juzgador, capaz de mutar el sentido de la decisión. Por tanto, el fallo no será casado.

El proceso demostró los siguientes hechos, que igualmente fueron advertidos en la sentencia:

i) La idoneidad profesional del patólogo, dr. **José Édgar Duque Echeverry**, y su conocimiento sobre la dificultad que existe para la correcta distinción entre un carcinoma tubular y la adenosis esclerosante.

Lo primero fue objeto de estipulación entre las partes y, en todo caso, se deduce con suficiencia la condición de académico y profesor universitario del hoy procesado, según los documentos debidamente descubiertos ante el juzgado de conocimiento en audiencia del 20 de mayo de 2011, así como de su larga experiencia en la ciencia de la patología.

Lo segundo, la dificultad que naturalmente supone la distinción entre un carcinoma y una adenosis esclerosante, quedó suficientemente demostrada a partir de los peritajes vertidos en el juicio:

En tal sentido, se tiene el realizado por el cirujano oncólogo José Fernando Reyes Cardozo, en el cual concluye que *“es la adenosis esclerosante una entidad de difícil diagnóstico diferencial, tanto clínica, radiológica y patológicamente...”*. Así mismo, el informe anatómopatológico elaborado el 19 de noviembre de 2008 por el patólogo Alfredo Ernesto Romero Roa del Instituto Nacional de Cancerología, respecto del análisis efectuado sobre *“3 placas histológicas”*, en el que concluye que: *“se trata de un caso de difícil clasificación morfológica que plantea diagnóstico diferencial entre un carcinoma invasor bien diferenciado vs. una mastopatía proliferativa con patrón extenso de adenosis esclerosante”*. De igual forma, el Grupo de Patología Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal, concluyó que: *“el estudio histopatológico de biopsia de mama en algunos casos, como este, pueda plantear dificultad en el diagnóstico diferencial de enfermedad proliferativa benigna de seno y carcinoma... reiteramos que la adenosis esclerosante puede ser un simulador de neoplasia maligna (carcinoma invasivo)”*.

En fin, la perito del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, dra. Liliana Mercedes Moreno, explicó en el juicio que: *“estamos tratando con una patología que,*

*por su morfología, siendo benigna la adenosis esclerosante puede simular un cáncer, de tal manera como lo digo no solo yo, lo dice la literatura médica se pueden dar las diferentes opciones diagnósticas...”.*

Lo anterior, unido al conocimiento que, por su preparación, el dr. **Duque Echeverry** debía tener sobre la dificultad de diferenciar el carcinoma de la adenosis esclerosante, fue plasmado por el *a quo*, así:

*“... quedó establecida la experiencia, trayectoria, idoneidad profesional y profundidad académica del procesado, en virtud a que este aspecto fue objeto de estipulación probatoria, también se demostró que siempre que se determina el carcinoma ductal de tipo tubular es posible o muy probable que sea adenosis esclerosante, ya que este es un simulador de aquel y ello lo conoce todo patólogo, por cuanto hace parte de los conocimientos básicos que se les suministra a estos profesionales en cualquier universidad del país...”.*

ii) El estudio de inmunohistoquímica es útil para distinguir las dos patologías; en este caso, dicho examen no se practicó.

Dichas circunstancias, reseñadas en el fallo, no ofrecen dificultad alguna en su prueba.

La no práctica del citado estudio antes de la mastectomía es un hecho admitido por la defensa; se sabe, de hecho, que el patólogo, dr. **Duque Echeverry**, tras el análisis del tejido examinado, concluyó: *“Glándula mamaria izquierda, lesión extirpación carcinoma ductal de tipo*

*tubular. Cambios fibroquísticos”, sin necesidad, en su sentir, de realizar exámenes adicionales.*

La utilidad del estudio mencionado consta en los peritajes e informes vertidos en el juicio; así aparece, por ejemplo, en el informe del Grupo de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal -introducido al juicio oral a través de la patóloga Liliana Mercedes Moreno el 4 de diciembre de 2012- en el que se anota que *“para precisar si se trata del carcinoma o de esta adenosis, se usan técnicas histopatológicas adicionales, como la inmunohistoquímica, con el objetivo de determinar la existencia de células mioepiteliales, ya que su ausencia implica la existencia de neoplasia maligna invasora y su presencia la de la mastopatía benigna”*.

También, en el informe anatomo-patológico proveniente del Instituto Nacional de Cancerología que fuera introducido al juicio, consta que *“se trata de un caso de difícil clasificación que plantea diagnóstico diferencial entre un carcinoma invasor vs una mastopatía con patrón extenso de adenosis esclerosante. El estudio de inmunohistoquímica es contributivo dado que visualiza el componente mioepitelial descartando la lesión maligna”*.

iii) El tejido extraído a la paciente, el mismo que fue examinado por el patólogo, dr. **Duque Echeverry**, y que dio

lugar a la conclusión mencionada anteriormente, no fue debidamente identificado en su exacta localización.

Así lo concluyeron varios de los profesionales que analizaron los antecedentes del caso. De esta manera lo refirió el médico oncólogo José Fernando Reyes Cardozo: *“el no haber marcado la ubicación en el cuadrante del seno de cada una de las tres lesiones ni sus márgenes hace necesaria la recesión de todo el tejido mamario, ya que al no poderse identificar el cuadrante comprometido, al cirujano no le queda más remedio que quitar los tres cuadrantes previamente operados y adicionar el restante, con el objetivo fundamental de no dejar cáncer residual en el seno”*.

De manera similar lo declararon en el juicio, en sesiones del 10 y 11 de diciembre de 2012, los drs. José Joaquín Caicedo Mallarino y Fernando Perry Perry, quienes indicaron que el cirujano que extrajo las cuatro masas del seno de la paciente las envió en un mismo frasco sin precisar su ubicación. Ante la no marcación de las muestras de tejido -indico el dr. Perry Perry- se dificulta la determinación del procedimiento quirúrgico a seguir, pues *“ante la no marcación, un seno se vuelve de aquí a la Patagonia”*. Por su parte, el cirujano oncólogo Caicedo Mallarino reseñó en el informe base de su pericia que: *“el informe de patología reportaba carcinoma tubular infiltrante en una de las masas sin especificar la localización precisa por cuadrantes en la glándula mamaria”*.

La decisión del juzgado, confirmada por el Tribunal, así lo advirtió: *“fue un hecho cierto y probado en el juicio oral que la adenosis esclerosante es de difícil diagnóstico diferencial, lo que es conocido por la comunidad médica, en especial por los patólogos, por ello al conocerse que es muy similar el carcinoma ductal de tipo tubular debió adoptarse por el procesado todas las medidas posibles, alcanzables y científicamente viables para disminuir el riesgo que implicaba sostener un diagnóstico sin tener en cuenta que podía existir un tumor benigno, como en efecto sucedió... cada vez más se practica la inmunohistoquímica para tener mayor certeza sobre una determinada patología y ello es lógico porque va en beneficio necesariamente de la vida e integridad personal del paciente”*.

5. Confrontados los hechos anteriores con los lineamientos esbozados en torno a la imputación objetiva se tiene lo siguiente:

El médico patólogo, dr **José Édgar Duque Echeverry**, asumió la posición de garante respecto de la paciente María Teresa Restrepo Cañón, en virtud de lo normado en el numeral 1° del artículo 25 del C. Penal y en los términos del artículo 10 de la Ley 23 de 1981, que consagra: *“el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente”*.

En el caso presente, al dr. **Duque Echeverry** se le reprocha que tras realizar el análisis del tejido mamario de la paciente, el cual arrojó como resultado la existencia de un carcinoma -lesión maligna-, no realizara un estudio confirmatorio de inmunohistoquímica, que apoyara la citada conclusión, o bien que la descartara y en su lugar reportara la existencia de una adenosis esclerosante, lesión benigna que se suele confundir con la maligna. Lo anterior, teniendo en cuenta que la biopsia realizada con posterioridad a la mastectomía dio como resultado que la lesión, efectivamente, resultó ser una adenosis y no un carcinoma.

Respecto de esto último, el demandante funda el cargo de falso raciocinio en que el patólogo no tenía necesidad de acudir al análisis complementario, pues para concluir en su diagnóstico de carcinoma no le asistió duda alguna que fuera necesario disipar. Tal postura sería avalada por algunos de los especialistas que concurrieron al juicio. Mediante los cargos primero y segundo (falsos juicio de existencia e identidad) propone que la responsabilidad por el daño recayó en el ginecólogo dr. Luis Eduardo Montaña, ya que este, al realizar la extracción del tejido mamario, no identificó adecuadamente la localización de las muestras, omisión que, según asegura, de no haberse presentado habría conducido a una cirugía más conservadora.

La jurisprudencia de la Sala ha reconocido que los actos propios de la práctica médica naturalmente acarrear

riesgos y estos pueden generar daños personales; los riesgos asumidos por el profesional de la salud serán penalmente relevantes si para su producción ha mediado la violación del deber objetivo de cuidado por parte de aquel. De manera correlativa, no lo serán cuando el daño ha sido generado dentro del riesgo permitido y la observación de la *lex artis*. Así lo ha dicho la jurisprudencia de la Sala en el pronunciamiento citado en acápite anterior (CSJ, SP, sentencia del 11 de abril de 2012, rad. 33920, reiterada en sentencia del 6 de junio de 2013, rad. 38904):

*“De esta manera, si la conducta del médico, no obstante crear o aumentar un riesgo se manifiesta dentro del ámbito del peligro que la comunidad normativa ha edificado como límite a la práctica médica respectiva y, en todo caso, se produce el resultado infausto o, si consolidado el daño –agravación de la condición clínica primaria, por ejemplo- el galeno respeta las pautas o protocolos tendiendo a aminorar los riesgos propios de la intervención corporal o psíquica o, si pese a la creación o incremento del peligro permitido, la acción comisiva u omisiva no se representa en un resultado dañino derivado necesariamente de aquella y relevante para el derecho penal o en todo caso, este se realiza por fuera del espectro de protección de la norma, o se constata que no había un comportamiento alternativo dentro del ámbito de guarda del bien jurídico que hubiera podido impedir la consumación censurada, no habrá lugar a deducir el delito de omisión impropia, también llamado de comisión por omisión”.*

*“Para establecer si el facultativo violó o no el deber objetivo de cuidado y, con ello, creó o amplió el radio de acción del riesgo porque su actuar lo situó más allá del estándar autorizado o relevante, es imprescindible determinar cuál es el parámetro de precaución –protocolo, norma, manual, baremo o actividad concreta conforme a la *lex artis*- que se debía aplicar al caso específico o que hipotéticamente podría haber empleado otro profesional prudente -con la misma especialidad y experiencia- en similares circunstancias, para enseguida, confrontarlo con el comportamiento desplegado por el sujeto activo del reato”.*



Entendida la *lex artis* como el conjunto de reglas científicas o de la experiencia, verificables y actuales, que integran el conocimiento aprobado por la comunidad científica, es preciso decir, junto a la representante del Ministerio Público, que estas no pueden ser rígidas y aplicables por igual para todos los casos; su implementación e idoneidad dependerá de las circunstancias concretas que singularizan cada caso: no solo por la complejidad inherente al propio acto médico, sino también por las características del profesional que lo lleva a cabo (su especialidad, experiencia, criterio), la incidencia en los posibles resultados de ciertos factores como los antecedentes del propio paciente -incluidos los familiares-, los obstáculos o facilidades que ofrezca la organización sanitaria y la trascendencia vital que para el paciente conlleven las consecuencias del acto médico.

En el presente caso -se insiste- no se discute la idoneidad profesional o experiencia del patólogo dr. **Duque Echeverry**; tampoco se reprocha que hubiese sido defectuosa la práctica del estudio de patología que aquel llevó a cabo sobre el material biológico examinado (la observación arquitectural del tejido), pues, como ilustrativamente lo menciona el casacionista, si el médico vio al microscopio "*cuadrados y triángulos*" y ello en patología es cáncer ductal tubular, entonces su diagnóstico fue precisamente ése. No es, pues, que el patólogo hubiera visto al microscopio los elementos característicos de una lesión benigna y, sin más, la hubiera clasificado como maligna.

Lo relevante en este caso fue que, conociendo el dr. **Duque** -como bien la conoce cualquier patólogo competente- la dificultad inherente a la distinción entre la lesión maligna y la benigna -pues ya se ha dicho que la lesión benigna se suele presentar como si fuera maligna o, lo que es lo mismo, la lesión maligna *enmascara* una condición que en realidad no lo es- se quedó con su observación inicial y pasó por alto algunos de los factores para valorar la pertinencia de la *lex artis* del oficio al tratamiento de la paciente Restrepo Cañón, en particular la trascendencia vital que para la condición de vida de aquella suponía un diagnóstico de carcinoma, así como los antecedentes del propio caso.

Lo primero, porque era previsible que un diagnóstico de cáncer incidiría de manera decisiva en la determinación del mastólogo de realizar la resección total del seno, con las nocivas consecuencias físicas, psicológicas y daño en la autoestima personal que semejante lesión supone para una mujer, con el agravante adicional de que -como lo enseña la experiencia y las características de la propia enfermedad- el carcinoma bien podría estar ocultando o enmascarando una adenosis esclerosante, lesión de carácter benigno, cuyo tratamiento resultaría menos drástico que la mastectomía radical.

En conclusión, un diagnóstico inicial de carcinoma, sin procurar su confirmación, constituía de por sí, en este caso particular, una elevación del riesgo no amparada por

la *lex artis*, pues los métodos y prácticas propias de la patología enseñan que nada tiene de raro que la lesión maligna en realidad no lo sea.

Ahora bien, asegura el demandante que la responsabilidad de la situación que condujo a la determinación de hacer la mastectomía fue en realidad del ginecólogo, por no localizar debidamente el origen del tejido examinado, según el cuadrante de donde fue extraído.

Al respecto debe decirse que, al contrario de lo que sugiere la defensa, esa circunstancia no exculpa la omisión del patólogo consistente en no confirmar su hallazgo inicial, sino que era precisamente un factor importante para tener en cuenta a la hora de valorar la *lex artis* aplicable. Por no hacerlo así incurrió en una segunda conducta que elevó el riesgo permitido.

En efecto, si el dr. **Duque Echeverry** conocía –porque así lo mostraba la historia clínica de la paciente– que el ginecólogo dr. Luis Eduardo Montaña no identificó ni remitió debidamente las muestras del tejido extraído, las mismas que a él, como patólogo, le correspondió examinar al microscopio, tal circunstancia razonablemente prendía las alertas sobre las nefastas consecuencias de un diagnóstico de carcinoma no confirmado.

Así, la conducta negligente de un tercero -el ginecólogo- ha debido llevar al agente a incrementar el

cuidado debido y su posición de garante y, en consecuencia, adecuar la *lex artis* de su disciplina, para así conjurar o, al menos, minimizar los efectos de la aludida omisión: lo anterior, porque la ya conocida falta de precisión sobre la ubicación de la lesión seguramente -era lo previsible- conduciría a que el mastólogo tuviera que extraer todos los cuadrantes, mientras que, de haberse localizado con precisión el origen del tejido enfermo, hubiera determinado la extracción del cuadrante correspondiente.

En estas condiciones, la *lex artis* de la patología aplicable al caso de la paciente María Teresa Restrepo Cañón, ha debido tener en cuenta la trascendencia vital que para la vida de relación de aquella habría de traer un diagnóstico no confirmado de carcinoma ductal tubular: razones de sobra había para ello, pues dos situaciones claramente contribuyeron a incrementar el riesgo de no confirmar el diagnóstico a través de un estudio de inmunohistoquímica: la reconocida posibilidad de que la lesión maligna en realidad no fuera tal y la omisión negligente del ginecólogo.

Tales circunstancias, suficientemente conocidas por el dr. **Duque Echeverry**, han debido conducirlo a extremar el rol de garante (artículo 25, numeral 1º, del Código Penal), el cuidado debido, y ajustar la *lex artis* a la particular situación que se le presentaba, en obediencia al mandato consagrado en el artículo 10 de la Ley 23 de 1981: “*el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para*

hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente" (subraya la Sala).

Alega el impugnante que la conducta del patólogo se ajustó a la *lex artis* de su profesión, pues hay escuelas de pensamiento médico que, frente a la existencia de un antecedente familiar de cáncer de mama, se inclinan por una mastectomía preventiva o profiláctica; por tanto, como en este caso efectivamente la señora Restrepo Cañón reportó un antecedente familiar de cáncer de seno, entonces -dice el defensor- la mastectomía era, en todo caso, impostergable.

El argumento así presentado es deleznable, pues además de que no configura más que una tesis científica de parte, que por sí misma carece de toda idoneidad para mostrar un yerro en el juicio jurídico o probatorio del fallador, también resulta perverso. Lo anterior es así porque -llevado al extremo en casos como este- haría inoperante el concepto de cuidado debido en la aplicación de la *lex artis*, así como el de posición de garante que asume el agente, pues tiende a trasladarle al paciente el deber de soportar siempre la defraudación de las expectativas en el ejercicio de la profesión médica, con sustento en que, al margen de cualquier mala práctica, de todos modos quedaría a salvo la posibilidad -válida y admitida por algunas escuelas científicas- de una

mastectomía profiláctica, que conduciría al mismo resultado.

Lo cierto es que, contrario a lo que asegura el censor en el cargo segundo (falsos juicios de identidad), el sentenciador sí tuvo en cuenta el aspecto que aquel estima omitido, esto es, el antecedente familiar de cáncer de mama. Pero no le dio el mérito que la defensa reclama, pues apreció que una correcta aplicación de la práctica médica no puede admitir que esa sola circunstancia sea suficiente para justificar una mastectomía radical, cuando el estudio de patología dictaminó, sin confirmarlo, el hallazgo de una lesión maligna. Así lo plasmó la sentencia de segundo grado:

*“la prueba recogida en el juicio oral, permite traducir que (el dr. **Duque Echeverry**) se limitó a diagnosticar el carcinoma apreciando la vista al microscopio, agregándole su experiencia que no se debe desconocer, los antecedentes familiares, los que vistos dentro del sentido común no pueden posibilitar a conllevar a un galeno con previsión a diagnosticar un cáncer, sin agotar la prueba de inmunohistoquímica, circunstancia que impide exonerarlo de responsabilidad, más aun cuando la comunidad científica ha señalado de manera contundente que entre la adenosis esclerosante y el carcinoma tubular presentan dificultad en su identificación...”*

Por otra parte, es verdad, como lo menciona el recurrente, que algunos de los médicos expertos que concurrieron al juicio -no la mayoría de ellos, precisa la Corte- manifestaron que el hallazgo reportado por el dr. **Duque Echeverry** no ameritaba una confirmación a través del estudio adicional de inmunohistoquímica.

Pero lo anterior no descarta las conclusiones a las que se ha llegado en la sentencia de instancia y en esta sede extraordinaria, pues tales conceptos solamente expresan un criterio científico, mas no reemplazan el análisis del caso con todas sus variantes y circunstancias detalladas de tiempo, modo y lugar. Así, aunque no se descarta que eventualmente, en un caso determinado, la observación arquitectural del tejido sea suficiente para llegar a una determinada conclusión, lo cierto es que en este caso particular no lo fue, lo que dio lugar a un incumplimiento relevante en el deber objetivo de cuidado y la aplicación indebida de la *lex artis* de la disciplina.

Se dirá que la determinación de la obligatoriedad o no de la práctica del examen de inmunohistoquímica en casos como el que ahora ocupa la atención de la Corte quedaría fácilmente resuelta como consecuencia de acudir a los protocolos aplicables.

Al respecto, la Corte debe decir que, en materia de procedimientos médicos, los protocolos no son una especie de lista inflexible previamente elaborada, a la manera de un catálogo de instrucciones o, en términos jurídicos, una suerte de código de procedimiento, que fija y manda de manera exhaustiva qué es lo que se debe hacer frente a situaciones hipotéticas. Sería tanto como pensar que el operador judicial dispone de un catálogo taxativo de reglas de experiencia para apreciar las pruebas, o bien que cuenta con un reglamento que le enseña cuáles pruebas debe

practicar frente a un caso dado, para satisfacer el deber de investigación integral.

El protocolo no opera así; este está configurado por el conjunto de prácticas y procedimientos médicos que la comunidad científica ha admitido y aceptado como eficaces, pero su concreción, en últimas, depende de otros factores como la situación y antecedentes específicos de cada paciente, los medios científicos al alcance en un momento dado, y el criterio y experiencia del profesional.

Por tanto, que algunos oncólogos o patólogos -la mayoría- hayan conceptualizado que ante un caso como este acudirían al examen especializado que se echa de menos, y otros -los menos- dijeran que ese examen no era necesario, no resuelve el tema de si era o no obligatorio practicar el aludido estudio, pues no se puede afirmar categóricamente con pretensión de verdad universal que unos estén en lo cierto y los otros fatalmente errados, pues no cabe duda que unos y otros conocen la *lex artis* de su profesión.

Lo relevante acá no es cuántos profesionales se inclinan por realizar una cierta práctica científica y cuantos por otra, sino cuál era la práctica que, frente a las particulares circunstancias y antecedentes del caso concreto, se mostraba como la más eficiente para conjurar o, al menos, minimizar los efectos nocivos que la ausencia de confirmación de la verdadera naturaleza del tumor encontrado podría traer sobre el bienestar de la paciente.



Así las cosas, la obligatoriedad o no de realizar el examen tantas veces citado tendría dos fuentes: por una parte, el mandato legal general fijado en el artículo 10 de la Ley 23 de 1981, según el cual “*el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente*”; pero, además, encuentra fundamento en las circunstancias particulares que, en cada caso, contribuyen a incrementar el riesgo.

Ahora bien, es del caso insistir en que el procedimiento practicado por el patólogo **dr. Duque Echeverry** -la observación arquitectural del tejido- no fue por sí mismo desatinado o mal realizado, sino que -como se argumentó en líneas precedentes- las circunstancias que rodearon este caso (esto es, el antecedente familiar de cáncer, la omisión negligente del médico ginecólogo en la extracción del espécimen examinado, así como la posibilidad de que, ante un posible fenómeno de *enmascaramiento*, aquella se viera enfrentada a una sufrir innecesariamente los efectos de una mastectomía radical) hacían razonablemente aconsejable acudir al examen especializado.

6. En estas condiciones, surge nítido que los yerros pregonados por el impugnante no se materializan, o bien carecen de relevancia.

En efecto, el cargo de **falso raciocinio**, según el cual no era necesario acudir al estudio de inmunohistoquímica porque al dr. **Duque Echeverry** no le asistió duda alguna por disipar al impartir su diagnóstico de carcinoma, carece de sustento, pues en el caso presente no se reprocha que el patólogo hubiera acudido al criterio arquitectural, el cual hacía parte de la *lex artis* de la patología para estos casos.

Lo que resulta penalmente relevante es que hubiera limitado su estudio a la sola aplicación del criterio de la observación arquitectural del tejido, sin tener en cuenta la necesidad de su confirmación. Esta verificación le era exigible porque -una vez más- concurrían varias circunstancias que incrementaban el riesgo de llegar a una consecuencia dañosa injustificada por no confirmarse el criterio inicial; tales circunstancias fueron la omisión negligente del ginecólogo, el antecedente familiar de cáncer de seno, la posibilidad razonable de que la lesión maligna en realidad no lo fuera y, en fin, las graves y nocivas consecuencias para la vida de relación de la paciente que seguramente -era razonablemente previsible- se generarían debido a un diagnóstico no confirmado de carcinoma que le acarrearía una mastectomía radical.

Los dos cargos de **falso juicio de existencia** y **falso juicio de identidad** están estrechamente vinculados, pues a través de ellos el libelista busca que se desestime la afirmación del Tribunal, según la cual el ginecólogo que extrajo las muestras de tejido las envió debidamente marcadas al patólogo, y que esa omisión -y no la falta del

examen especializado- fue la que, en últimas, condujo a la mastectomía a que fue sometida la señora Restrepo Cañón.

Al respecto debe decirse que al casacionista le asiste razón cuando critica que el juzgador, en contra de lo que arroja la prueba, concluyera que el tejido extraído a la paciente fue debidamente marcado y enviado al patólogo. La conclusión del Tribunal es equivocada, pues la prueba reseñada en acápite anterior acredita lo contrario; baste citar el informe base de la pericia de la patóloga Liliana Mercedes Romero, introducida al juicio como evidencia N° 8. En él se afirma que: *“en el expediente no se encuentra copia de la historia clínica que indique cómo se llevó a cabo la toma del tejido de las lesiones nodulares reseçadas de la mama derecha, ni de cómo fueron enviadas del servicio de cirugía al de patología, si fueron o no reparadas y orientadas, o sea, marcadas para saber con precisión el cuadrante afectado -o si la lesión era multicéntrica- y los márgenes de la sección...”*.

No obstante lo anterior, el yerro de apreciación del sentenciador carece de relevancia frente a las conclusiones antes reseñadas. Ello es así porque la omisión negligente del ginecólogo, consistente en no precisar la localización del tejido extraído, configuró una circunstancia que, conocida por el patólogo, lo obligaba a incrementar su propio rol de garante, a extremar el cuidado debido y a adecuar la *lex artis* a la deficiente conducta funcional del tercero, en vista de las consecuencias que un diagnóstico no confirmado representaba para la integridad de la mujer.

En conclusión, en ningún yerro de apreciación probatoria relevante incurrió el fallador por atribuirle responsabilidad al dr. **José Édgar Duque Echeverry** por la mastectomía -producto de la asunción de un riesgo no permitido en el ejercicio de la *lex artis* de la patología y en su posición de garante- practicada a la señora María Teresa Restrepo Cañón.

7. En desarrollo de este último aserto y en estrecha conexión con los lineamientos trazados en acápite anterior sobre la imputación objetiva, es del caso precisar que en este caso el agente responde como coautor de la conducta punible, por violación a la posición de garante, lo que presupone haber dejado de actuar, teniendo el deber legal de evitar el resultado; la esencia de esta clase de conductas radica en la infracción del deber especial de impedir el resultado dañoso.

La posición de garante no es una forma de participación sino una condición que la ley exige para la imputación de la conducta a título de omisión impropia o de comisión por omisión, acorde con lo previsto en el artículo 25 del Código Penal, que hace que surja en el sujeto el deber jurídico de evitar el resultado típico (CSJ, SP, auto del 29 de mayo de 2013, rad. 40319), en el entendido obvio de que al profesional de la medicina no solamente le es exigible abstenerse de dañar al paciente, sino que además tiene el deber de conservar, mejorar su estado de salud y, eventualmente, minimizar la nocividad de los efectos de las prácticas científicas aplicables.

No se discute que el dr. **Duque Echeverry** no es autor material de la conducta de lesiones personales, pues no fue él quien realizó directamente el procedimiento quirúrgico; tampoco se le puede tener como determinador, en la medida en que a través del ejercicio de sus competencias no indicó el tratamiento a seguir por el cirujano oncólogo; no es, en fin, un partícipe, porque como titular del deber objetivo de cuidado desempeña de forma personal un rol especial; de suerte que la infracción al deber se configura también por su propia conducta.

Lo relevante, se insiste, es que junto a otros profesionales de la medicina que asumieron la posición de garante en el tratamiento de la víctima María Teresa Restrepo Cañón (en este caso, el ginecólogo y el cirujano oncólogo), el dr. **Duque Echeverry** desconoció el deber objetivo de cuidado y excedió el riesgo permitido, según se reseñó en precedencia.

8. Los cargos no prosperan.

En consecuencia, la sentencia no será casada.

9. Por haber sido absuelto, la Corte no se pronuncia sobre la situación del procesado, dr. Jaime Ramón Rubiano Vinuesa.

En mérito de lo expuesto, la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN PENAL**, administrando

justicia en nombre de la República, y por autoridad emanada de la Constitución Política y la Ley,

### VIII. RESUELVE

**NO CASAR** la sentencia impugnada.

Contra la anterior determinación no procede ningún recurso.

Cópiese, notifíquese, cúmplase y devuélvase al Tribunal de origen.



**GUSTAVO ENRIQUE MALO FERNÁNDEZ**  
Presidente



**JOSÉ FRANCISCO ACUÑA VIZCAYA**



**JOSÉ LUIS BARCELÓ CAMACHO**



**FERNANDO ALBERTO CASTRO CABALLERO**



**EUGENIO FERNÁNDEZ CARLIER**



**LUIS ANTONIO HERNÁNDEZ BARBOSA**



**EYDER PATIÑO CABRERA**



**PATRICIA SALAZAR CUÉLLAR**



**LUIS GUILLERMO SALAZAR OTERO**



**NUBIA YOLANDA NOVA GARCÍA**  
Secretaria

