

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**



**TRIBUNAL SUPERIOR**

**DISTRITO JUDICIAL DE BUGA**

**SALA CUARTA CIVIL FAMILIA DE DECISIÓN**

Magistrado ponente: **ORLANDO QUINTERO GARCÍA**

**PROYECTO APROBADO SEGÚN ACTA Nro. 3.**

Radicación: 76.834.31.03.002.2021.00045.01.

Guadalajara de Buga, veintiocho (28) febrero de dos mil veinticinco (2025)

Se resuelve el recurso de apelación de los demandantes, respecto de la sentencia del 15 de agosto de 2023, proferida por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Tuluá, en el proceso incoado por Luz Mary García Angarita, Jhon Edison Castiblanco García, y Paola Andrea Castiblanco García, contra la Clínica María Ángel Dumían Medical SAS.

**I. ANTECEDENTES**

1.1 **Pretensiones.** Solicitaron los actores declarar la responsabilidad civil médica de la demandada, derivada del errado diagnóstico e inadecuado tratamiento médico dispensado a su cónyuge y padre, señor Pedro Nel Castiblanco Rivera, lo cual, produjo su deceso. En consecuencia, condenarla al pago de los perjuicios materiales e inmateriales causados.

1.2. **Síntesis de los hechos relevantes.**

El 11 de octubre de 2017 el familiar de los demandantes asistió al servicio de urgencias del Hospital Departamental Centenario de Sevilla- Valle, aquejado por dolor en brazo derecho y pérdida de fuerza, adormecimiento en la parte derecha de la cara, y fuerte dolor de cabeza. Lo asistió un médico internista, quien ordenó

un TAC simple. Fue direccionado a la Clínica San Francisco de Tuluá al día siguiente para la realización de dicha ayuda diagnóstica. Arrojó como resultado, un tumor – masa cerebral.

Debido a que los síntomas persistían, el 18 de octubre de la citada anualidad, regresó al primer centro hospitalario. Y en procura de continuar su manejo por medicina especializada, fue remitido a la Clínica María Ángel de Tuluá el 19 de octubre con diagnóstico de egreso: “*accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico.*”<sup>1</sup>

El neurocirujano Milton Marino Barbosa Lozano lo atendió al día siguiente. Sin contar con otra ayuda radiológica, y pese a conocer los resultados previos del TAC, le diagnosticó erradamente una “*Neurocistecercosis racemosa*” – parasito cerebral-. Consecuencia de lo cual, dispuso su hospitalización, y el suministro de medicamentos como fenitoina, albendazol, y dexametasona, los cuales contribuyeron con el deterioro de su salud. Esos fármacos, no eran los adecuados para hacerle frente a su verdadera y grave patología. Se imponía una cirugía para detener la hemorragia y el restablecimiento de los vasos sanguíneos, así como de los tejidos.

Como el citado galeno ratificó su concepto médico en los resultados de una resonancia magnética nuclear que en el curso de la atención tuvo a bien ordenarle, el día 23 de octubre autorizó su egreso pese a su delicado estado de salud. Sólo le sugirió seguir tomando en casa los dos primeros citados medicamentos, y consulta externa de control en un mes, así como la realización de otra resonancia magnética nuclear, la cual no se practicó tempestivamente ante la negativa de la EPS Emssnar, quien adujo la imposibilidad de visualizar correctamente las imágenes debido a los movimientos del paciente, frente a lo cual nada hizo la Clínica María Ángel.

El 12 de diciembre de 2017, estando a la espera de la práctica del mencionado examen- la cita fue reasignada para el 22 de diciembre de esa anualidad-, el señor Castiblanco Rivera es llevado al Hospital Departamental Centenario de

---

<sup>1</sup> Pdf 3 y 6 del cuaderno 1.

Sevilla- Valle, esta vez, con deterioro neurológico agudo, originado en el errado tratamiento, derivado de un mal diagnóstico.

Fue remitido a un centro de alta complejidad. Inicialmente a la Clínica San Francisco de Tuluá, pero no es aceptado. Luego a la entidad demandada, cuya respuesta fue la misma, pese a ser los protagonistas del daño causado. Hizo otra estación en el Hospital San José de Buga. Allí lo atendió el 15 de diciembre el neurocirujano Pedro Arturo Cogollo Vargas, quien le confirmó a la acompañante del paciente que los medicamentos ordenados no eran los apropiados para atacar su verdadero mal - tumor cerebral-, lo cual, complicó su cuadro clínico. El tratamiento farmacológico fue modificado y direccionado a pailar la correcta patología. Muy seguramente confundieron las historias clínicas de dos pacientes, y *“hubo dos muertos con diagnósticos trocados”*.<sup>2</sup>

Ante la falta de disponibilidad de camas UCI, el mismo día fue remitido a la Clínica Nuestra Señora de los Remedios de Cali, donde fallece el 17 de diciembre en una unidad de cuidados intensivos. Allí se confirmó la existencia de un tumor cerebral y el equivocado diagnóstico.

1.3. **Réplica.** La convocada se opuso al triunfo de la pretensión indemnizatoria.<sup>3</sup>

Enfatizó que el ejercicio de la medicina por ser de medio y no de resultado, se rige bajo el régimen de la culpa probada.

Agregó que los galenos de la Clínica María Ángel encargados de atender al paciente en el lapso comprendido entre el 19 y 23 de octubre del año 2017, enfocaron todo el conocimiento científico a establecer su real patología, así como al restablecimiento de su salud sin exponerlo a riesgos injustificados. Esto, con fundamento en sus signos y síntomas, sin que haya habido desconocimiento de la *lex artis*.

Se ordenaron las ayudas diagnósticas necesarias e idóneas, entre ellas, una resonancia magnética nuclear, que es la más indicada para establecer el mal que lo aquejaba - Neurocistecercosis Racemosa-, así como los medicamentos

---

<sup>2</sup> *Ibídem.*

<sup>3</sup> Pdf 8 *Ibídem.*

que el médico especialista en neurocirugía estimó adecuados. En consecuencia, como no se aportó prueba científica que contravirtiera el dicho del facultativo experto, y contradijera el tratamiento formulado, las pretensiones necesariamente estaban destinadas al colapso. Máxime que, ante la favorable evolución médica, se ordenó su egreso con prescripción de fármacos y de consulta de control en un mes con resultado de una nueva resonancia magnética de cerebro para el seguimiento de la enfermedad, pero el paciente no cumplió con dicha recomendación. Siendo ello así, no tuvo continuidad del tratamiento por su propio descuido, el cual no puede imputarse a la demandada.

Propuso entre otras, las excepciones de inexistencia de responsabilidad por ausencia de culpa de Dumían Medical SAS, culpa probada porque se trata de una actividad de medio, y no hay prueba, inexistencia de los presupuestos que configuran responsabilidad civil médica, inexistencia de relación de causa efecto entre los actos médicos y el resultado manifestado por la parte actora, inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley, y carga de la prueba a cargo del actor.<sup>4</sup>

1.4. **Sentencia de primera instancia.** Negó las súplicas de la demanda e impuso el pago de las costas a cargo de los perdidosos.

El juzgador encontró ausente la evidencia de la defectuosa atención galénica, cuya acreditación estaba a cargo de los gestores del proceso por imperar el régimen de la culpa probada.

No se respaldaron, dijo, en pruebas de carácter científico, como testimonios técnicos, o un dictamen pericial de gran relevancia en estos asuntos, sólo en la historia clínica, y de ese documento, en su sentir, no emerge el errado diagnóstico e indebido tratamiento médico endilgado.

Por el contrario, a pedido de la parte demandada se recepcionó el testimonio técnico del galeno Milton Marino Barbosa Lozano, especialista en neurocirugía, quien atendió al fallecido familiar de los demandantes durante su estancia en la Clínica María Ángel de Tuluá, y de su dicho, contrastado con ese documento, pudo establecer que su actuar profesional fue debidamente justificado.

---

<sup>4</sup> Pdf 8 *Ibídem*.

Explicó con suficiencia, que la sospecha diagnóstica de una neurocistecercosis racemosa, tuvo fundamento en los signos y síntomas del paciente compatibles con tal patología, empero, fundamentalmente, con los resultados de una resonancia magnética nuclear que es el examen más indicado para aproximarse con mayor grado de convicción, a que lo observado inicialmente en el TAC simple como sugestivo de un tumor cerebral, no lo era, sino, que se trataba posiblemente del arpa de un parásito alojado en el cerebro del paciente enquistado en forma de racimo proveniente de algunos alimentos, que ataca el sistema nervioso central. Y Con mayor razón, si se apoyó en una placa torácica que le sirvió de soporte para descartar una lesión tumoral metastásica, y presentó una significativa mejoría de su salud, de cara a los medicamentos suministrados durante la hospitalización.

En cuanto al tratamiento médico, tampoco se demostró que estuviera contraindicado, y que lo propio era practicarle una cirugía al paciente. El facultativo claramente dejó sentado que para tratar la patología de la cual sospechó, los fármacos a prescribir eran los que recomendó tomar por el lapso de un mes, pero que era imperioso que, en ese tiempo, volviera a la cita de control con una segunda resonancia magnética cuya orden entregó a su egreso, en procura de observar el comportamiento de la enfermedad, sin embargo, tal cosa no ocurrió, nada más que por su propia incuria, de ahí que ello haya podido ser la causa de su agravamiento, y posterior muerte.

Coligió que otros galenos que atendieron al paciente posteriormente, de ninguna manera contaron con toda la información necesaria para poder establecer con mayor convencimiento un diagnóstico distinto, especialmente, con la resonancia magnética nuclear que solamente tuvo a la mano el neurocirujano Barbosa Lozano.

Declaró probadas las excepciones de: *"Inexistencia de responsabilidad por ausencia de culpa, inexistencia de los presupuestos que configuran responsabilidad civil médica, inexistencia de relación causa - efecto entre los*

*actos médicos y el resultado manifestado por la parte actora, e inexistencia de responsabilidad acuerdo a la ley.*<sup>5</sup>

### 1.5. **La apelación y los reparos concretos formulados.**

El recurso fue interpuesto por los demandantes. Reprocharon la decisión compendiada por varias razones, que se agrupan así:

1. El fallador no les permitió hacer el interrogatorio completo del médico Milton Marino Barbosa Lozano, especialista en neurocirugía, en el cual se edificó el fallo desfavorable a sus pretensiones.
2. Incurrió en una vía de hecho, porque en la etapa de conciliación, presentó fórmulas de arreglo contrarias a la justicia.
3. Desconoció el precedente judicial que cataloga al ejercicio de la medicina como una actividad de riesgo, además, que se rige bajo la responsabilidad objetiva. Sentencia 13925 de 2016. La carga probatoria de la diligencia y cuidado le asistía a la entidad demandada.
4. Cercenó el derecho de defensa tras haberse negado a decretar un dictamen pericial por parte de medicina legal, en procura de que otro experto en neurología, de cara a la versión del galeno que emitió el diagnóstico errado, y a la historia clínica, valorara la atención brindada al paciente del caso.
5. Los médicos de la Clínica María Ángel de Tuluá, debido al desorden institucional, confundieron el diagnóstico del señor Pedro Nel Castiblanco Rivera con el de otro paciente que sí padecía la cisticercosis racemosa, y por esa razón, su verdadero mal- tumor cerebral- no tuvo un tratamiento.
6. Si bien el galeno Milton Marino Barbosa Lozano es neurocirujano, no podía apartarse o considerar insignificantes los conceptos de otros galenos que también le prestaron atención médica, en especial, los del profesional Pedro Arturo Cogollo, quien ostenta la misma especialidad, y se apartó del diagnóstico del primero cuando arribó al Hospital San José de Buga.
7. El juez no tuvo en cuenta que hubo otros galenos más que se inclinaron por el diagnóstico de un tumor cerebral, y no por una neurocisticercosis

---

<sup>5</sup> Pdf 48 del cuaderno 1.

racemosa. Entre ellos, el médico internista del Hospital Departamental Centenario de Sevilla- Valle, el de la unidad de neurología de la Clínica San Francisco de Tuluá, quien es radiólogo, y los profesionales de la Clínica de los Remedios en Cali. Hubo una indebida valoración de la historia clínica en este sentido.

8. Los medicamentos prescritos al paciente por el médico Milton Marino Barbosa Lozano, contribuyeron con el desgaste del tejido epiletial del cerebro.
9. Si bien el único galeno que declaró en el proceso hizo una exposición magistral sobre medicina, quedó en evidencia que no aterrizó en los hechos de la demanda, de lo cual se puede colegir que no leyó la historia clínica.<sup>6</sup>

## II. CONSIDERACIONES

Ningún obstáculo halla la Sala para aprehender el estudio del recurso de apelación. Los presupuestos del proceso, la validez de la actuación, y la legitimación en la causa en sus dos extremos están presentes.

Se ha venido enfatizando que, a la luz del Código General del Proceso, la competencia del *ad quem* en lo que al recurso de apelación atiende, está reglada en los artículos 320 y 328 del Código General del Proceso. Por el primero se predica que: *“El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión”*; en tanto el último establece: *“El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.”*. –Resaltado no original-. En este orden, como lo ha precisado la jurisprudencia<sup>7</sup>, el Código General del Proceso,

---

<sup>6</sup> PDF 48 del cuaderno 1 y PDF 9 de este cuaderno.

<sup>7</sup> CSJ, Cas. Civil, sentencia STC9587-2017, M.P. Dr. ÁLVARO FERNANDO GARCIA RESTREPO.

(...) introdujo una modificación significativa, aunque para un sector de la doctrina muy restrictiva e indeseada<sup>8</sup>, respecto del alcance del recurso de apelación, al consagrar el régimen denominado “pretensión impugnativa”, el cual, como pasa de verse, consiste en que el recurrente deberá indicar, al momento de interponer el aludido medio de impugnación, cuáles son los motivos “concretos” por los cuales lo formula, los mismos que sirven de marco de referencia al superior para revisar la decisión del inferior, es decir, que con ellos se fijan los límites de su competencia, contornos que solo podrá sobrepasar cuando «ambas partes hayan apelado toda la sentencia o la que no apeló hubiere adherido al recurso» (Inc. 3º, Art. 328 C.G.P.), hipótesis que no ha acaecido en el sub iudice. (..) con lo anterior no quiere decir la Corte que la parte apelante no concretó sus reparos, como lo sostiene la sociedad actora, pues es innegable que sí lo hizo, lo que se quiere significar, es que no atacó el fundamento toral del fallo confutado, y en consecuencia, éste no puede ser derruido a la luz de las críticas que fueron expuestas... - Se resalta adrede-

Lo dicho traduce que, debe existir simetría entre los reparos sustentados y las razones nodales del fallo. No basta, como lo ha sentado la jurisprudencia, que el recurrente se limite nada más que a tildar la decisión de “*ilegal, injurídica o irregular*” o a emplear expresiones tales como “*si hay pruebas de los hechos; no están demostrados los hechos; u otros semejantes*”.<sup>9</sup> Esto, porque lo genérico o abstracto lejos está de ser lo mismo que contradecir. Si se procede de esa manera, o el fundamento del fallo que queda por fuera del ataque es trascendente, se torna intocable bajo la presunción de legalidad y acierto que cobija las resoluciones judiciales. Luego entonces, ese sólo error en la técnica del recurso basta para mantener enhiesta la sentencia, porque no es posible para el Tribunal, dedicarse de oficio a auscultar si los restantes argumentos no traídos a la instancia superior son acertados o no.

Con fundamento en lo que precede, es inminente el colapso de los reparos concretos enlistados en los *ítems* 1, 2, y 4, consignados en los antecedentes de este proveído, cuya reproducción se torna innecesaria.

<sup>8</sup> Ver en este sentido, López Blanco, Hernán Fabio, Código General del Proceso - Parte General, Dupre Editores. Bogotá D.C. 2016, Págs. 822 y 823.

<sup>9</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia de 19 de marzo de 1987 (CXC-442/449). Citando Auto de 30 de agosto de 1984. Doctrina reiterada en Sentencias de 20 de enero de 1985, radicado 1874, y STC3573 de 18 de marzo de 2016, expediente 00113.

Estos, se descartan como ataques encaminados a socavar los fundamentos axiales del fallo. Es patente que se direccionan es a cuestionar supuestos errores de rito, y no de juicio, para lo cual no fue instituido el recurso de apelación aquí agitado.

En el primero, se hace una panorámica y abstracta crítica al fallador en cuanto a la supuesta vulneración del derecho de contradicción en la práctica del testimonio al Dr. Milton Marino Barbosa Lozano, especialista en neurocirugía. Aducen que no se les permitió efectuar el contrainterrogatorio de forma completa. Empero, lo cierto es que les era obligatorio a los disidentes en el curso de recaudo de la citada probanza, emplear los medios de defensa que la arquitectura del proceso les ofrecía. En todo caso, escuchado el registro de audio correspondiente, se advierte que el juez simplemente, como era su deber, se limitó a descartar las preguntas inconducentes, impertinentes, superfluas y repetitivas que, a su juicio, efectuaba el apoderado judicial del extremo recurrente al testigo, sin que ello traduzca vulneración de su garantía fundamental al debido proceso, y que, en consecuencia, deba desestimarse el valor probatorio de ese medio de convicción.

De otro lado, la discrepancia con las fórmulas de arreglo ofrecidas por el *a quo* en la fase de conciliación, es otro reproche desenfocado que está al margen de los argumentos que llevaron al sentenciador a fallar como lo hizo. Siendo así, ningún pronunciamiento amerita este tópico.

Tampoco se plantea con éxito, el atinente a la negativa del *a quo* de decretar un dictamen pericial que la parte demandante no aportó con la demanda, y que posteriormente, en una segunda oportunidad, de forma extemporánea, insistió sobre su recaudo. Estas decisiones, no fueron cuestionadas a través de los recursos procedentes en la respectiva instancia. Y los juicios de reproche se asocian con errores, que como ya se mencionó en párrafos precedentes, no son viables atacarlos a través de la alzada contra la sentencia porque su aspecto es meramente formal, y no constituye propiamente una censura al veredicto final.

Debe agregarse que, si lo que trata de dejar en evidencia de soslayo la parte actora, es la existencia de un defecto fáctico gestado en la omisión de decretar

pruebas de oficio, este queda descartado. No se olvide que la Corte Suprema de Justicia, tiene por sentado de antaño:

(...) que la adopción de la misma no sea un mecanismo para combatir o encubrir la potestad de la parte en asumir su carga probatoria; es decir, que no se erija como la forma de alentar la inercia o descuido del interesado...”<sup>10</sup>, toda vez que “...una cosa es que el juez sea acucioso e incisivo y que como director del proceso, se comprometa con el hallazgo de la verdad que se insinúa en la actuación judicial, y otra, muy diferente, es asumir el papel de parte y emprender una labor de averiguación respecto de las proposiciones en que se fundan los pedimentos de la demanda, o de su contestación, según el caso...” (Sala de Casación Civil. Sentencia de casación de fecha 23-11-2010. Expediente No. 11001-31-03-033-2002-00692-01. Magistrado ponente Dr. EDGARDO VILLAMIL PORTILLA).<sup>11</sup>

Y en el caso presente, de ninguna manera el decreto oficioso de una prueba traduciría un auxilio en la mejora del estándar probatorio del extremo demandante. La carga de la prueba, como ya enseguida se dejará explicado, era una obligación suya, empero, nada más que por su propio descuido, y sin explicación alguna, dejó de aportar en la debida oportunidad procesal el dictamen pericial del que pretendió valerse intempestivamente, pese a que, es de su conocimiento, que se trata de un medio de convicción de gran valía para esta clase de asuntos, donde por tratarse de temas técnicos, es de poco o nulo dominio del juzgador. Luego entonces, no es procedente que, ante semejante comportamiento, supla su inactividad probatoria en desmedro del otro sujeto ubicado en el otro extremo del proceso.

Pasando a otro aspecto de la alzada, tampoco tiene buen suceso en supuesto desconocimiento del precedente judicial que se le atribuye al fallo. Es contrario a la realidad, que la Corte Suprema de Justicia en la sentencia citada en el escrito de sustentación -19325 de 2016-, calificó a la actividad médica como peligrosa, además, que encaja en la responsabilidad objetiva, y que, por contera, a la parte actora no le asistía la carga de la prueba.

---

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 27 de agosto de 2012, expediente No. 11001310304220060071201.

<sup>11</sup> Citada por la Sala Civil Familia de este Tribunal, en proveído del 27 de enero de 2023. Expediente. 76-109-31-03-003-2019-00008-01.

De la lectura del citado fallo, no se extrae esa desenfocada conclusión. La corporación hizo relevantes precisiones en torno a la causalidad frente a las instituciones de salud, de cara al sistema organizacional. Dejó esbozado que el análisis del nexo causal, en esos casos, debía enfocarse en la teoría normativa de imputación, y no en la teoría de la causalidad fáctica. Esto es, en primer lugar, ponderar todas las causas naturales que incidieron en la generación del daño, y posteriormente, elegir cual, de aquellas, desde el ámbito jurídico o normativo, es imputable al agente, sin que esto tenga incidencia en el examen de la culpa.

Es tan palmaria la equivocación de los recurrentes, que, con posterioridad al citado dictado judicial, la Corte Suprema de Justicia en un fallo casacional de acogimiento unánime, reiteró lo que en su jurisprudencia vernácula ha venido sosteniendo. Y es que, la actividad médica por regla general, por ser de medio y no de resultado, no comporta una actividad riesgosa.

(...) la actividad médica no puede ser concebida como peligrosa, ni mucho menos, gobernada por la responsabilidad objetiva; salvo, casos excepcionales, por cuanto no pueden concebirse las obligaciones que lo componen como de resultados, sino de medios, por regla general, por cuanto la finalidad esencial es la lucha por el bienestar humano, por la salud, por una existencia vital libre de apremios y de achaques.

Esta actividad conlleva en gran medida el riesgo y el azar, con mayor razón, ante el estado actual de la ciencia y el crecimiento desmedido de nuevas enfermedades y el poco avance de la investigación científica que arroje resultados ciertos contra enfermedades catastróficas o en los tratamientos complejos y delicados que permitan prever con certidumbre el resultado, de tal modo que frecuentemente aparecen en un procedimiento variables incontrolables, no solo por el estado del arte, sino también por la diferente y peculiar reacción de cada organismo al dolor, a la enfermedad, al procedimiento médico o a la propia medicina; sin descontar que el ejercicio y práctica galénica, de algún modo provoca lesiones a la corporeidad humana.

Ahora en el marco de tales lesiones, debe entenderse que justamente apuntan para combatir la causa del dolor y procurar la cura; por consiguiente, todas las teorías que conciben la actividad médica como una actividad peligrosa, incurren

en craso error epistemológico en la perspectiva teórica y ética de la profesión del médico. Otro problema diferente es la responsabilidad sistémica, organizacional u orgánica, relacionada con las empresas o instituciones prestadoras de la salud que como integrantes de un sistema sanitario eventualmente pueden responder de manera conjunta o solidaria.

Una visión peligrosista desconoce la historia, el presente y el futuro de la profesión del médico, que de ningún modo puede ser equiparada con la actitud de vándalos irresponsables, de lesionadores dolosos, de mercaderes de la medicina o de científicos sin ética que cosifican al ser humano.

El médico, dedica su vida a una tarea de sentido, eminentemente humana ética y de beneficio, pone su voluntad, su psiquis, su laborío, su idoneidad, su capacidad con fines altruistas, filantrópicos para el servicio y mejoría del ser humano ante el dolor y la tragedia somática.

Actividad peligrosa y actividad riesgosa en la ejecución de la labor del médico, son antitéticas y se repelen, son asuntos diferentes, porque una actividad peligrosa, surge como ejercicio de búsqueda del propio beneficio, de la utilidad que reporta a los exclusivos intereses de quien realiza la conducta en forma directa y para sí mismo, así indirectamente beneficie el conglomerado social.

En términos generales, gran parte de las veces es conquista y satisfacción de la propia comodidad, es búsqueda de lucro que vehicula el desarrollo de determinada actividad o comportamiento, por ejemplo, en el caso del transporte, la fabricación o utilización de armas; mientras que la actividad médica pretende el mejoramiento del paciente, se edifica en los supremos fines humanos individuales y de la colectividad en pos cumplir propósitos de mejoramiento del paciente, de la solidaridad, del bien común, de la alteridad, de la ayuda al otro.<sup>12</sup>

Desde esta perspectiva, el régimen aplicable a la responsabilidad civil médica es de culpa probada y no de culpa presunta. En ese orden, contrario a lo equivocadamente razonado por los apelantes, la carga de demostrarla les asistía a ellos. Ha sostenido el máximo órgano de la jurisdicción ordinaria que: *“el médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste*

---

<sup>12</sup> Sentencia del 7 de septiembre de 2020. Rad. 05001-31-03-011-2007-00403-02.

*deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación. –Negrillas y subrayas del Tribunal-.<sup>13</sup>*

El reproche asociado con la supuesta confusión de historias clínicas entre dos pacientes debido al desorden institucional es una mera afirmación sin respaldo probatorio. Los gestores del recurso sostienen que esa fue una de las causas por las cuales hubo un diagnóstico errado, y consecuentemente, un inadecuado tratamiento, sin embargo, de la única prueba allegada por la parte actora- historia clínica- no se puede colegir tal cosa. Sucumbe también esta acusación

Igual suerte corre, y por la misma causa, - ausencia de prueba- el supuesto desgaste del tejido epiletal del cerebro, que según dicen, le causaron al paciente los medicamentos prescritos por el neurocirujano Milton Marino Barbosa Lozano.

En otro apartado de la apelación, cuestionan al *a quo* por no haber tenido en cuenta que en el curso de la atención médica brindada en el hospital San José de Buga, otro galeno de la misma especialidad del neurocirujano Milton Marino Barbosa Lozano, adscrito a la Clínica María Ángel., Dr. Pedro Arturo Collogo Vargas, se apartó del diagnóstico emitido por este último, lo que da pie para considerar que el error enrostrado en la demanda sí existió.

A lo anterior, dicen, se suman otros conceptos médicos que contrarían al del facultativo Barbosa Lozano. Esto es, el del médico internista del Hospital Departamental Centenario de Sevilla- Valle, el de la Unidad de Neurología de la Clínica San Francisco de Tuluá, quien es radiólogo, y los profesionales de la Clínica de los Remedios en Cali. Hubo una indebida valoración de la historia clínica en este sentido, que amerita la revocatoria del fallo.

Considera la Sala que, si bien resulta cierto que, ninguno de los otros profesionales de la salud consignó como sospecha diagnóstica una neurocistecercosis racemosa, incluido otro especialista de la misma laya que el neurólogo de la IPS aquí demandada, ello no conduce a colegir en este caso el

---

<sup>13</sup> Cas. Civil. Sentencia de 12 de septiembre de 1985, M.P. Dr. HORACIO MONTOYA GIL.

error médico que dio origen a la demanda, por las razones que pasan a explicarse.

Revisadas con detenimiento las anotaciones que reposan en la historia clínica diligenciada en el Hospital San José de Buga, se halla que el profesional de la salud especialista en neurocirugía al que hacen mención los demandantes le dispensó atención al señor Pedro Nel Castiblanco Rivera el día 15 de diciembre de 2017 en el Hospital San José de Buga, esto es, dos días antes de su muerte.

Dejó una sola apostilla, en la que consignó: “*se valora pct (sic) quien presentó deterioro neurológico llega a nuestra institución con Glasgow 3-15 **con estudio de tac** donde se observa una **masa parietal con edema** y desviación de la línea media que llevó al deterioro neurológico. Se solicita cama para ingresar a cirugía y manejo posterior en UCI. No teniendo disponibilidad para manejo de su urgencia. Se indica para disponibilidad de cama UCI y manejo por neuro.*”<sup>14</sup>  
-Resalta la Sala.-

El radiólogo de la Clínica San Francisco, Dr. Robert Gerardo Cardozo Beithia, quien el día 12 de octubre de 2017 le realizó al paciente el TAC simple de cerebro, concluyó: “*Aparente imagen de aspecto neoformativo en lóbulo parietal izquierdo con cambios neoformativos subyacentes que se extienden hasta la sustancia blanca, la corona radiada, los surcos pre- central y el surcos (sic) centralipsilaterales. **Se sugiere complemento con tac de cráneo contrastada y resonancia magnética para caracterización.** (...)*”<sup>15</sup> -Resalta la Sala.-

De otro lado, se desprende que el galeno que hizo la remisión del paciente desde el Hospital Departamental Centenario de Sevilla- Valle a la Clínica María Ángel de Tuluá el 19 de octubre de 2017 consignó como diagnóstico “*tumor cerebral de novo- cefalea de difícil manejo secundaria.*”<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Pdf 3.

<sup>15</sup> *Ibidem.*

<sup>16</sup> Pdf 8.

Mientras que la última anotación relacionada con el diagnóstico, sentada por el personal médico de la Clínica de los Remedios en Cali el día 17 de diciembre de 2017, fecha en la que ocurrió el deceso, es del siguiente tenor: “*Diagnóstico: Deterioro neurológico en estudio. 2. Masas Supratentoriales en estudio. Lesiones metastásicas Vs. Infecciosas.*”<sup>17</sup> -Resalta la Sala.-

En anotaciones de ese mismo documento, el día anterior se registró, entre otras cosas: “*Conclusión. Condición clínica estacionaria. Deterioro neurológico en estudio, hasta ahora lesiones cerebrales de etiología no clara (...)*”<sup>18</sup>-Resalta la Sala.-

En el reporte de ingreso a esa institución, se dijo: “*Pte (sic) remitido de hosp (sic) de Buga sin comentar ingreso con deterioro neurológica se intuba, reporte de TAC que evidencia masa encefálica parietal izquierda compresiva.*” -Resalta la Sala. -

Trasuntado lo anterior, hay dos aspectos que dejan sin piso el reproche que se estudia. Primero, los censores no atacaron una deducción probatoria cardinal y que es pilar fundamental del fallo, razón suficiente para mantenerlo enhiesto. Y segundo, de las anotaciones de la historia clínica no se desprende que las lesiones padecidas por el paciente fueran más sugestivas de un tumor cerebral, por el cual se debía inclinar inicialmente el especialista Milton Marino Barbosa Lozano.

Obsérvese que el precursor de la instancia acogió la explicación ofrecida por el citado galeno, consistente en que la resonancia magnética nuclear era la ayuda diagnóstica por excelencia que permitía observar con más detalle, cuál era el origen de las lesiones neurológicas que se observaban en el TAC cerebral en forma de masa o de tumor. Además, que fue fundamentalmente por el resultado de dicho examen que se inclinó por construir como impresión diagnóstica una neurocistecercosis racemosa, y esa imagen no la tuvo como soporte ninguno de

---

<sup>17</sup> Pdf 3.

<sup>18</sup> *Ibidem.*

los otros galenos que atendieron al paciente, razón por la cual, consideró que las sospechas de tumor cerebral de aquellos no podían anteponerse con fuerza a la del Dr. Barbosa Lozano.

Luego entonces, si esa inferencia probatoria no fue blanco de ataque, esto es, fue aceptada por los demandantes, y en ese sentido, quedó cobijada por la presunción de legalidad y acierto que arroja a las sentencias judiciales, las argumentaciones del reparo en estudio caen fácilmente al vacío. Admitieron como verdad, dos cosas: Que con un TAC simple de cerebro la aproximación de un correcto diagnóstico es muy baja en estos casos; y que los galenos de las demás IPS, diferentes a la Clínica María Ángel, sólo se apoyaron en esa imagen para hacerse a un convencimiento del mal que presuntamente aquejaba al señor Pedro Nel Castiblanco Rivera.

De otra parte, en todo caso, aún los conceptos de los demás galenos no son prueba de la existencia de un error en el diagnóstico. El mismo médico radiólogo, Dr. Robert Gerardo Cardozo Beithia de la Clínica San Francisco de Tuluá, sugirió complementar el TAC simple que todos los galenos tuvieron como referencia, con un tac de cráneo y una resonancia magnética para caracterización de las lesiones. Y esto último sólo lo hizo el neurocirujano de la Clínica María Ángel de Tuluá, Dr. Milton Marino Barbosa Lozano, quien al respecto explicó:

La resonancia a diferencia del TAC (...) puedo colorear la lesión en blanco y negro, y de acuerdo a esa densidad, yo puedo decir si la lesión es hemorrágica, tiene ciertas calcificaciones, y más o menos ubicar la lesión donde está. La resonancia tiene un poco de secuencias importantes que nos ayudan un poco a determinar la calidad química de esa lesión que me está arrojando esa imagen.

La cisticercosis es un problema porque puede estar en diferente estadio (...) cuando se caracteriza, eso en el TAC da un aspecto blanco, y ese aspecto blanco confunde el diagnóstico diferencial. En la fase racemosa es cuando está enquistado, y se empieza a dilatar (...) La cistecercosis se ve como un racimo de uvas, empieza a crecer y genera efecto de masa (...) La resonancias se hacen con un imán, y es más potente que el campo magnético de la tierra, ese imán alinea los hidrogeniones y los pone como militares, y después se le envía una señal con un antena, y con eso podemos ver el comportamiento de las diferentes

sustancias y ver casi el tejido cerebral como si fuera en vivo, es de alta resolución. Tiene diferentes fases con escoles, se alcanza a ver la cabecita del parásito.<sup>19</sup>

Además, hasta el momento del fallecimiento del paciente, la impresión diagnóstica de cistecercosis racemosa no alcanzó a ser confirmada o descartada por los galenos de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica de los Remedios de Cali. Ya se observó que sus lesiones cerebrales eran de etiología no claras, y por tal razón se hizo un planteamiento de diagnóstico diferencial entre "*Lesiones metastásicas Vs. Infecciosas.*"<sup>20</sup> -Resalta la Sala.-

Lo que resulta cierto es que, muy por el contrario de lo que reflexionan los actores, se llevaron a cabo por parte de los galenos de la IPS demandada, acciones orientadas a establecer el diagnóstico de la paciente, y suministrarle el tratamiento adecuado, sin que pueda olvidarse sobre este tópico que:

Tratándose del diagnóstico —piedra angular de la actuación del médico frente al paciente—, y de la labor que cumplen los profesionales de la salud cuando en su ejercicio les corresponde emitir una opinión, rendir un concepto o analizar unos resultados de laboratorio por ejemplo, conviene recordar, según lo hace PENNEAU<sup>2</sup>, las distintas etapas que debe recorrer galeno, así: La primera, comienza con la revisión que se hace, lo cual exige tomar los conocimientos primarios de la afección padecida de acuerdo con las señales manifestadas, siendo necesario indagar por los antecedentes patológicos en forma previa a la sintomatología. En segundo orden, se inspeccionan los estudios recomendados (radiografías, análisis de laboratorio, ecografías, tomografías resonancias magnéticas entre otras), que le dispensan al médico la obtención de resultados científicos. La tercera fase, conclusiva por supuesto de las anteriores, se materializa con la emisión de la diagnóstico.

Esta última puede definirse, como la concreción en torno a la patología del paciente y/o reconocimiento de la enfermedad que lo afecta.

Ha manifestado la Sala sobre el particular que aquella, está constituida:

«(...) por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar

---

<sup>19</sup> Pdf 47 del cuaderno de primera instancia.

<sup>20</sup> Pdf 3.

el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la “anamnesia”, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.

Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él» (CSJ SC 26 de noviembre de 2010, rad. 1999 08667-01).<sup>21</sup>

Finalmente, los apelantes se proponen a cuestionar el testimonio técnico del galeno Milton Marino Barbosa Lozano, con fundamento en que sus respuestas no estuvieron acordes con la historia clínica, porque no tuvo ese documento a la mano, y tampoco, con los hechos de la demanda. Empero, no explican cuáles fueron las contradicciones en que incurrió el galeno, ni la razón por la cual estas llegan a menguar el valor probatorio asignado en sede de primera instancia a esa probanza.

La prueba testimonial en escrutinio carece de mentís en el expediente, como que no existe otra con igual o mayor poder suasorio que la desvirtúe, y por lo mismo cobra todo mérito en cuanto a que, la sospecha diagnóstica de *cictecercois racemosa*, se planteó conforme a los síntomas y signos del paciente, compatibles con esa patología, y el resultado de las ayudas diagnósticas indicadas por la *lex artis*.

---

<sup>21</sup> Sentencia del 15 de junio de 2016. Rad. n° 11001 31 03 034 2005 00301 01.

La contradicción de este testigo técnico no es admisible hacerla con base en comentarios o simples especulaciones formuladas sin fundamentos científicos, como lo hace la parte recurrente. A propósito de este punto, importa reiterar la total desidia probatoria del extremo actor, quien ninguna actividad desplegó en orden a traer al expediente una experticia o el testimonio técnico de los médicos que atendieron al paciente en las otras IPS, que sustentara su causa *petendi*, esto es, la culpa médica.

Y es que, si bien la prueba pericial no es la única útil, pertinente y conducente en estos litigios, no puede desconocerse que por las características que le son ínsitas, cobra especial importancia porque ofrece clarificar elementos propios de la ciencia no conocidos por el común de las personas. Sobre la importancia de las pruebas de carácter técnico en este linaje de asuntos, la Corte Suprema de Justicia ha puntualizado:

(...) lo cierto que en esta materia el auxilio de personas con especiales conocimientos científicos se manifiesta como altamente conveniente, como lo ha reiterado esta Corporación, al indicar que: *“cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia –no conocidos por el común de las personas y de cuyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquellos que la practican- y que a fin de cuentas dan, con carácter general, las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa”*. (CSJ SC 183-2002 del 26 de septiembre de 2002, rad. 6878).

Al quedar desatados de forma adversa la totalidad de reparos concretos presentados contra el fallo de primera instancia no queda otro camino que otorgarle total respaldo. La presente decisión genera la consecuente condena en costas en esta instancia a cargo de la parte demandante. Art. 365 C.G.P.

### III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Buga, Sala Cuarta Civil-Familia de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **RESUELVE:**

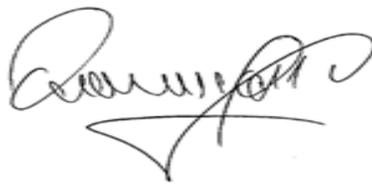
**PRIMERO:** Confirmar la sentencia apelada, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO:** Condenar en costas de esta instancia a la parte demandante. Las agencias en derecho se tasarán por auto posterior y la liquidación concentrada se realizará por el *a quo* conforme al Código General del Proceso. Art. 366. C.G.P.

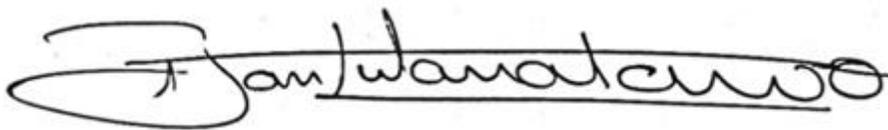
**TERCERO:** Devolver el expediente al juzgado de origen, una vez ejecutoriada la presente providencia.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

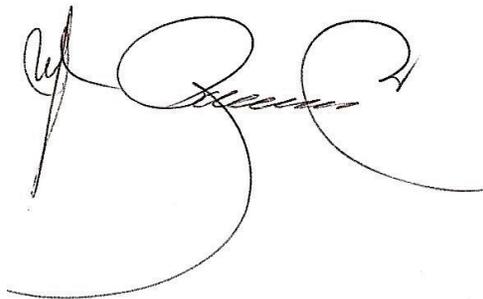
Los magistrados,



**ORLANDO QUINTERO GARCÍA**



**BÁRBARA LILIANA TALERO ORTIZ**



**MARÍA PATRICIA BALANTA MEDINA**