



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI
SALA DE DECISIÓN CIVIL
MAGISTRADO PONENTE
ANDRÉS MAURICIO BELTRÁN SANTANA**

Santiago de Cali, doce (12) de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Aprobado en acta de Sala Virtual de la misma fecha.

Procede la sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en contra de la sentencia de data 02 de mayo de 2023, proferida por el Juzgado Diecisiete (17º) Civil del Circuito de Cali, dentro del proceso verbal de responsabilidad médica adelantado por **RICARDO DE MENDOZA CUELLAR**, en contra de la **CLÍNICA FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**, **OSCAR JAVIER CASTRO RAMÍREZ**, y los llamados en garantía **ALLIANZ SEGUROS S.A.** y **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**

I. ANTECEDENTES

A través de la demanda en referencia el señor Ricardo de Mendoza Cuéllar solicitó declarar a la Clínica Fundación Valle del Lili y al médico Oscar Javier Castro Ramírez, como **civilmente responsables** por los perjuicios que le fueron causados con ocasión de las atenciones e intervenciones médicas realizadas entre octubre y noviembre de 2017.

Como consecuencia de esta declaración, solicitó que se condenara a los demandados, de forma solidaria o conjunta, al pago de una indemnización integral por los daños sufridos, o por los valores superiores que resultaran probados en el proceso, así:

Perjuicios extrapatrimoniales. Por concepto de **daño moral**, la suma equivalente a 100 SMLMV, fundamentada en el dolor, sufrimiento y aflicción causados por la pérdida de movilidad en sus extremidades (cuadriplejía).

Así mismo, solicitó otra indemnización de 100 SMLMV por el concepto de **daño a la vida de relación**, entendida como las alteraciones que ha padecido el

demandante en las condiciones normales de su existencia, a causa de su condición física actual.

En cuanto a los **perjuicios patrimoniales**, exigió el pago por **lucro cesante** de la suma de USD 3.695.648,44, cifra que, calculada al tipo de cambio de la época equivalía a \$12.565.204.696, derivado de los ingresos que dejó de percibir en su carrera como piloto comercial de helicóptero.

Finalmente, pidió el resarcimiento por **daño emergente**, por un valor de \$104.159.417, por concepto de los gastos médicos y hospitalarios en los que debió incurrir para intentar recuperar su movilidad.

Lo anterior con fundamento en los siguientes supuestos fácticos:

1.2. Hechos de la demanda.

En síntesis, y en lo pertinente, se dijo en la demanda que, el señor Ricardo de Mendoza Cuellar, de 62 años de edad en aquel momento, ingresó a la Clínica Fundación Valle del Lili el 26 de octubre de 2017, tras sufrir un accidente doméstico al resbalar en su casa, lo que le provocó dolor lumbar y dificultad para caminar.

Que el neurocirujano Oscar Javier Castro Ramírez le diagnosticó, mediante una resonancia nuclear magnética, una hernia discal central C6-C7 con compresión severa del cordón medular y mielopatía cervical, por lo que, debido a este hallazgo, se programó una intervención quirúrgica para el 31 de octubre de 2017, consistente en una disectomía y artrodesis con el fin de descomprimir la médula.

Sin embargo, en el postoperatorio inmediato de esta primera cirugía, presentó un deterioro neurológico severo manifestado como cuadriplejía, perdiendo la movilidad de sus extremidades.

Que posteriormente se le realizó una nueva resonancia, la cual evidenció que persistía la compresión medular debido a un hematoma epidural cervical agudo y una fístula de líquido cefalorraquídeo, lo que obligó a realizar una segunda cirugía de urgencia el 1º de noviembre de 2017, a fin de drenar la colección y reparar la ruptura; sin embargo, a pesar de esta segunda intervención, no recuperó su estado neurológico previo y permaneció con cuadriplejía.

Sostiene la parte actora que el daño se debió a una técnica quirúrgica inapropiada y fallida, argumentando que durante el acto quirúrgico se produjo una ruptura accidental de la duramadre y no se cumplió con el objetivo de retirar la hernia y descomprimir el canal medular de forma efectiva, situación que tuvo un impacto devastador en la vida profesional del demandante, quien en ese entonces trabajaba como piloto de helicóptero para Weststar Aviation Services en Malasia, pero debido a su condición física, fue declarado no apto para volar, se le suspendió su licencia médica y su contrato laboral fue terminado el 19 de abril de 2018.

Finalmente, dijo que, en un intento por recuperar parte de su movilidad, se vio abocado a someterse a nuevas intervenciones y tratamientos de manera particular en el Centro Médico Imbanaco durante el mes de junio de 2019.

II. POSICIÓN DE LA PARTE DEMANDADA.

2.1. CLÍNICA FUNDACIÓN VALLE DEL LILI. En síntesis, se opuso a la totalidad de las pretensiones, argumentando que la atención brindada al señor Ricardo de Mendoza Cuellar fue diligente, oportuna e idónea, aclarando que el ingreso inicial del paciente el 26 de octubre de 2017, no fue para hospitalización, sino una consulta externa ambulatoria solicitada por el propio demandante, debido a un cuadro de dolor lumbar de dos meses de evolución.

Enfatizó que el señor Mendoza ya presentaba daño medular crónico, limitaciones en la marcha y movimientos descoordinados antes de la intervención quirúrgica, producto de una enfermedad degenerativa previa, y no necesariamente de un accidente doméstico, el cual no constaba en su historia clínica.

Respecto al acto quirúrgico, la institución sostuvo que se trató de una obligación de medio y no de resultado, sujeta a los riesgos inherentes de una patología crónica severa como la mielopatía cervical padecida por el paciente, y la técnica quirúrgica fue la apropiada, pues complicaciones como el hematoma epidural y la fístula de líquido cefalorraquídeo, fueron detectadas y tratadas oportunamente mediante una segunda cirugía de urgencia, riesgos que además estaban consignados en el consentimiento informado suscrito por el paciente.

Así mismo, la Fundación refutó la afirmación de que el demandante hubiera quedado cuadripléjico, basándose en las notas de evolución de fisiatría y

neurocirugía, afirmando que el paciente presentó una hemiparesia izquierda con mejoría progresiva de la fuerza, logrando incluso movilizar sus cuatro extremidades al momento del egreso y en controles posteriores.

La entidad también cuestionó la reclamación económica del actor, señalando que la patología crónica del demandante ya le impedía ejercer con agilidad su oficio de piloto de helicóptero antes de la cirugía, por tanto, objetó el juramento estimatorio por considerarlo excesivo, subjetivo y carente de sustento probatorio, acusando a la parte actora de pretender un enriquecimiento sin justa causa.

Finalmente, la demandada propuso las excepciones de mérito denominadas: “ausencia de culpa”, al considerar que el actuar médico se ajustó a la ética y a la técnica científica, “cumplimiento estricto de las obligaciones contractuales”, mediante la disposición de toda su infraestructura; “cobro de lo no debido” y el “enriquecimiento sin causa”, alegando que los perjuicios reclamados no fueron probados ni son imputables a la institución; y la excepción denominada “la innominada”, para hacer valer cualquier hecho a favor de su defensa que resultara probado durante el proceso.

2.2. OSCAR JAVIER CASTRO RAMÍREZ.

Se opuso a la totalidad de las pretensiones, argumentando que su actuar fue diligente, prudente y perito, ajustándose estrictamente a los protocolos de la lex artis, sosteniendo que el señor Ricardo de Mendoza Cuellar ya presentaba un daño neurológico severo y crónico antes de la intervención quirúrgica, producto de una enfermedad degenerativa avanzada que incluía osteoartrosis, osteofitos y una hernia discal gigante que comprimía la médula espinal, enfatizando que la cirugía era la única opción para evitar una lesión medular irreversible y que se trataba de una obligación de medios y no de resultados.

Respecto a las complicaciones postoperatorias, como el hematoma y la fístula de líquido cefalorraquídeo, el demandado aclaró que estos fueron riesgos inherentes debidamente informados al paciente y aceptados por él mediante el consentimiento informado, refutando la afirmación de que el demandante hubiera quedado cuadripléjico; por el contrario, basándose en las notas de enfermería y fisioterapia, afirmó que el paciente presentó una paresia que mostró mejoría progresiva, logrando incluso caminar con ayuda antes de su última consulta en febrero de 2018.

Agregó que el señor Mendoza Cuellar abandonó unilateralmente el tratamiento y las terapias de rehabilitación, ignorando recomendaciones médicas urgentes, para tratarse un año después en otra institución, lo cual rompió cualquier nexo causal con el actuar a él endilgado, aunado a que el demandante, en una reclamación de seguros en Malasia, admitió que su condición fue causada por una caída previa en septiembre de 2017, semanas antes de la cirugía cuestionada.

Finalmente, interpuso las excepciones de mérito que denominó: “ausencia de culpa”, argumentando que obró con toda la diligencia y cuidado profesional exigido por su especialidad; “ausencia de nexo de causalidad”, sosteniendo que el daño alegado no fue consecuencia de la cirugía, sino de la patología de base y la conducta del paciente; “violación al deber jurídico de mitigar el riesgo”, señalando que el paciente agravó su estado al no seguir las indicaciones médicas y abandonar el control facultativo; “riesgo inherente conocido por el paciente”, reiterando que el demandante asumió libremente las posibles complicaciones de una cirugía tan compleja y, “cumplimiento de la obligación de medios” afirmando haber puesto todos los recursos científicos y técnicos a disposición del paciente.

2.3. Por su parte, las llamadas en garantía se pronunciaron así:

2.3.1. ALLIANZ SEGUROS S.A.

Respondió al llamamiento en garantía realizado por la Fundación Valle del Lili, oponiéndose a todas las pretensiones y solicitando la terminación anticipada del proceso a su favor, aduciendo la ausencia de cobertura del evento, pues aunque reconoció la existencia de la póliza No. 022113927/0, precisó que esta fue contratada bajo la modalidad claims made, amparo que solo se activa si la reclamación se presenta durante la vigencia del contrato y, en este caso, si bien los hechos médicos ocurrieron en octubre de 2017 (dentro de la vigencia), la reclamación del tercero se formuló apenas en septiembre de 2019, fecha en la cual la póliza ya había expirado.

En cuanto al fondo del litigio, la compañía sostuvo que no le constaban la mayoría de los hechos narrados por el demandante al ser ajena a la atención médica directa. No obstante, defendió la actuación de la clínica argumentando que la práctica médica se rige por el principio de benevolencia y constituye una obligación de medios, por lo que le correspondía a la parte actora probar una supuesta negligencia o falla que desvirtuara la diligencia profesional, e igualmente objetó el juramento

estimatorio por considerarlo desproporcionado y carente de sustento probatorio, señalando que el demandante ya superaba la edad productiva.

Finalmente, la aseguradora interpuso excepciones de mérito, destacando la ausencia de legitimación en la causa por pasiva derivada de la inexistencia de un siniestro bajo las condiciones de la póliza. Subsidiariamente, invocó la delimitación contractual mediante exclusiones y garantías, el límite máximo de la suma asegurada fijado en \$3.500.000.000 millones de pesos, y la aplicación del deducible pactado del 10% sobre el valor de la pérdida, al paso que también alegó la inexistencia de restablecimiento automático de la suma asegurada, la ausencia de prueba de los perjuicios, y la excepción denominada innominada para hacer valer cualquier derecho probado durante el proceso.

2.3.2. CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Respondió al llamamiento en garantía realizado por la Fundación Valle del Lili, oponiéndose a la totalidad de las pretensiones de la demanda y admitiendo la existencia de la póliza de responsabilidad civil profesional médica número 12/39860, pero precisó que cualquier eventual indemnización debía ajustarse estrictamente a las condiciones generales y particulares del contrato, el cual operaba bajo la modalidad de reclamación presentada por primera vez durante el periodo contractual y por actos médicos ocurridos después de la fecha de retroactividad.

En su defensa frente a la demanda principal, la compañía alegó la ausencia de nexo causal, argumentando que el daño reclamado no fue consecuencia de una conducta culposa de la Fundación, sino que la atención brindada al señor Mendoza Cuellar se ajustó a la *lex artis ad hoc* y a los protocolos internacionales, enfatizando que la prestación del servicio médico constituyó una obligación de medios y no de resultado, por lo que el médico tratante cumplió con su deber al emplear todos los recursos científicos y técnicos disponibles, sin que fuera posible garantizar la curación absoluta dada la severidad de la patología previa del paciente, y que situaciones como la fístula de líquido cefalorraquídeo representaron riesgos inherentes e inseparables del procedimiento quirúrgico, los cuales no configuraron una falla en el servicio.

Igualmente cuestionó la tasación de los perjuicios inmateriales por considerarlos sobreestimados frente a los límites fijados por la jurisprudencia, objetando el

dictamen pericial de la parte actora y solicitando el reconocimiento de cualquier excepción innominada que resultara probada durante el proceso.

Respecto a las condiciones del seguro, señaló que su responsabilidad estaba limitada al valor de la suma asegurada y que, en caso de condena, se debía aplicar un deducible obligatorio a cargo del asegurado equivalente al 10% de la pérdida, con un mínimo de \$25.000.000 millones de pesos, planteando también la excepción de concurrencia de seguros para el caso de existir otras pólizas vigentes.

III. SENTENCIA RECURRIDA

En la sentencia de primera instancia se negaron las pretensiones de la demanda, al considerar que, bajo el régimen de culpa probada, la carga de la prueba recaía principalmente en la parte demandante, quien debía demostrar la negligencia o impericia de los médicos. En su motivación, el juez descartó la aplicación del principio res ipsa loquitur, argumentando que la complejidad técnica de la cirugía de columna requería un análisis profundo de las pruebas y no una deducción basada únicamente en el resultado adverso, por lo que, tras examinar la historia clínica integral, el Despacho constató que el señor Mendoza Cuellar ya padecía una patología degenerativa crónica severa antes de la intervención, incluyendo una hernia discal gigante y presencia de osteofitos que comprimían la médula.

En la valoración de las pruebas periciales, el juzgador otorgó mayor credibilidad al dictamen de la defensa, al considerarlo más riguroso, claro y coherente en comparación con el de la parte actora, determinando que las complicaciones postoperatorias, como la fístula de líquido cefalorraquídeo y el daño neurológico, no fueron producto de una mala praxis, sino que constituyeron la materialización de riesgos inherentes debidamente advertidos en el consentimiento informado. Específicamente, el Despacho aceptó la teoría médica del "síndrome de la médula espinal blanca" o lesión por reperusión, explicando que el daño se produjo por el flujo sanguíneo repentino al descomprimir una médula que estaba previamente isquémica por la enfermedad crónica, y no por una contusión directa del cirujano.

Finalmente, al considerar que no se acreditó una falla médica ni una demora injustificada en la atención de las complicaciones, el juez procedió a denegar la totalidad de las pretensiones de la demanda.

IV. RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme con lo decidido, el apoderado judicial de la parte demandante interpuso recurso de apelación en el cual indicó los reparos concretos y realizó la sustentación ante esta instancia judicial.

4.1. Reparos y escrito de sustentación.

- El apoderado judicial del demandante profundizó en sus reparos, sosteniendo que el juez de primera instancia ignoró la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico, pues era un hecho indiscutible que el señor Mendoza Cuellar ingresó a la clínica caminando por sus propios medios y, tras la intervención, resultó reducido a una silla de ruedas con una pérdida total de su autonomía funcional, situación que encuadraba perfectamente en el principio de “res ipsa loquitur” y de “resultado desproporcionado”, los cuales el a quo limitó erróneamente a casos simplistas como la amputación de un miembro equivocado, desconociendo que la jurisprudencia permite deducir una "culpa virtual" cuando el daño salta a la vista y no corresponde a la evolución esperada de un paciente que, a pesar de sus hallazgos radiológicos, se encontraba asintomático y laborando activamente como piloto antes de la cirugía.

- En cuanto a la historia clínica, el recurrente enfatizó que no se trataba solo de una anotación "escueta", como admitieron ambos peritos, sino de una elaboración defectuosa y extemporánea que debió valorarse como un indicio grave contra los demandados, resaltando que el cirujano registró la descripción quirúrgica más de dos horas y media después de finalizado el acto, dejando espacios en blanco en el rubro de complicaciones y consignando una "descompresión completa" que fue desmentida categóricamente por la resonancia postoperatoria, la cual mostró que el objetivo principal de la cirugía no se cumplió al persistir el efecto compresivo en la médula, falencia probatoria que, según la parte actora, dejó al afectado en una posición de desventaja total, por lo que el a quo debió aplicar la flexibilización de la carga de la prueba, obligando a los médicos a demostrar con rigor científico su diligencia, en lugar de dar por sentado que actuaron bajo la lex artis.

- Respecto al consentimiento informado, la parte actora argumentó que este fue un elemento axiológico de la responsabilidad que el juez se negó a estudiar bajo

un pretexto de debido proceso que no aplicaba, pues el tema fue debatido desde el inicio del litigio, al denunciar que el documento firmado era insuficiente y omiso, ya que no informó riesgos específicos y graves que terminaron materializándose, como la fístula de líquido cefalorraquídeo y la lesión medular por reperusión, además de que el paciente ni siquiera marcó con una "X" el recuadro de comprensión del procedimiento, sosteniendo que la obligación de informar es de resultado y que, al no haber sido advertido de que podía terminar cuadripléjico, se le arrebató su derecho a la autonomía, asumiendo los médicos el riesgo de cualquier daño derivado de la intervención no consentida plenamente.

- Finalmente, los reparos cuestionaron la ventana terapéutica desperdiciada para la reintervención, señalando que, a pesar de los signos de alarma inmediatos y la pérdida de potenciales durante la cirugía, los médicos esperaron hasta el día siguiente para drenar la fístula, superando con creces las 4 a 6 horas máximas que la literatura médica recomienda para evitar daños irreversibles. Además, calificó como una "cortina de humo" la aceptación judicial del síndrome de la médula espinal blanca, argumentando que fue una teoría especulativa del perito de la defensa sin respaldo en los artículos científicos citados en el mismo dictamen, los cuales mencionan más bien que este tipo de desastres neurológicos suelen asociarse a percances técnicos o contusiones mecánicas durante la remoción de osteofitos, hechos que el cirujano omitió detallar en su deficiente relato quirúrgico.

4.2. LAS RÉPLICAS.

Los apoderados de los demandados y las aseguradoras presentaron sus réplicas al recurso de apelación, solicitando de manera unánime que se confirmara la sentencia de primera instancia, argumentando que el juez a quo realizó un análisis integral y acertado de las pruebas bajo las reglas de la sana crítica.

La defensa del neurocirujano Oscar Javier Castro Ramírez, sostuvo que se demostró la diligencia profesional del médico y la ausencia de nexo causal, puesto que el señor Mendoza Cuellar ya padecía una compresión medular crónica severa con mielopatía antes de la cirugía, lo que generaba un daño neurológico previo manifestado en su marcha atáxica y falta de equilibrio. Así mismo, enfatizó que el demandante abandonó unilateralmente el tratamiento y las terapias de rehabilitación a partir de febrero de 2018, ignorando incluso recomendaciones médicas de urgencia realizadas meses después en otras instituciones, lo cual rompió cualquier vínculo de causalidad con el acto quirúrgico cuestionado.

Por su parte, la Fundación Valle del Lili defendió la integridad de la historia clínica como un documento multidisciplinario de una institución de nivel IV de complejidad, rechazando los cuestionamientos de la parte actora sobre supuestas deficiencias o desorden en los registros, resaltando que el daño alegado por el demandante no fue producto de una falla técnica, sino de una respuesta orgánica mecánica conocida como el "síndrome de la médula blanca" o lesión por reperfusión, derivada de la descompresión de una médula crónicamente isquémica y deteriorada.

Además, tanto la clínica como el médico demandado subrayaron que complicaciones como la fístula de líquido cefalorraquídeo eran riesgos inherentes inseparables del procedimiento, dada la severidad de la estenosis y la presencia de tejidos calcificados, riesgos que fueron debidamente aceptados por el paciente en el consentimiento informado.

Las defensas coincidieron en desestimar el dictamen del perito de la parte demandante, Dr. Ignacio González, señalando su falta de idoneidad y rigor al admitir en audiencia que no había leído la totalidad de la historia clínica y por basar sus conclusiones en apreciaciones subjetivas y, en contraste, respaldaron la pericia del Dr. Fernando Sánchez Varón, cuya exposición fue calificada como precisa, exhaustiva y coherente con la literatura científica y los testimonios técnicos del proceso.

Finalmente, la aseguradora Allianz Seguros S.A. reiteró su excepción de ausencia de cobertura basada en que la póliza fue contratada bajo la modalidad claims made, explicando que, aunque los hechos médicos ocurrieron durante la vigencia del contrato, la reclamación formal se presentó en septiembre de 2019, momento en el que la póliza ya había expirado, lo que impedía la activación del seguro. De manera subsidiaria, solicitó que, en caso de cualquier condena, se respetaran los límites de la suma asegurada y se aplicara el deducible pactado del 10% sobre el valor de la pérdida

V. CONSIDERACIONES

5.1. Presupuestos procesales.

Analizada la actuación se cumple con los presupuestos procesales como son, competencia, capacidad para ser parte, capacidad procesal y demanda en forma,

toda vez que, esta Corporación es competente para resolver el recurso, las partes son capaces, se encuentran debidamente representadas por apoderado judicial y no se observa vicio alguno que pueda generar nulidad, por lo que se decidirá de mérito.

5.2. Legitimación en la causa.

Respecto de la legitimación en la causa, sabido es que es una cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, *“en cuanto concierne con una de las condiciones de prosperidad de la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de este”*¹.

En el caso *sub examine* no cabe duda al respecto, ya que las partes se encuentran legitimadas para actuar. Por activa, atendiendo que el directamente afectado, el señor Ricardo de Mendoza Cuellar, es quien demanda por la presunta falla en la prestación del servicio médico; y por pasiva, para controvertir los hechos y pretensiones de la demanda, Clínica Fundación Valle del Lili y el médico Oscar Javier Castro Ramírez, habida cuenta que fueron quienes brindaron las atenciones médicas objeto de queja en este proceso, así como los llamados en garantía Allianz Seguros S.A. y Chubb Seguros Colombia S.A., con quienes mediaba póliza de seguro a fin de amparar la responsabilidad civil en que pudieran incurrir dichas instituciones médicas.

De otra parte, es de observar que impone el Art. 320 del Código General del Proceso, que la apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, y sustentados en debida forma ante este, para que se revoque o reforme la decisión, siendo legitimado para interponerla la parte a la que haya sido desfavorable. En este caso, recurrió la parte demandante ante la negativa de las pretensiones de su demanda, quien oportunamente presentó sustentación de sus

¹ Ver sentencia del 14 de marzo de 2002 Exp. 6139. M.P. Jorge Antonio Castillo Rugeles «la legitimación en causa, esto es, el interés directo, legítimo y actual del “titular de una determinada relación o estado jurídicos” (U. Rocco, Tratado de derecho procesal civil, T. I, Parte general, 2a reimpresión, Temis-Depalma, Bogotá, Buenos Aires, 1983, pp. 360), es cuestión propia del derecho sustancial, atañe a la pretensión y es un presupuesto o condición para su prosperidad. Por tal motivo, el juzgador debe verificar la legitimatio ad causam con independencia de la actividad de las partes y sujetos procesales al constituir una exigencia de la sentencia estimatoria o desestimatoria, según quien pretende y /rente a quien se reclama el derecho sea o no su titular...» CSJ SC de 1º de jul. de 2008, Rad. 2001-06291-01, reiterada SC2768-2019 de 25 de jul. de 2019, rad. 2010-00205-03).

reparos en esta instancia, motivo por lo que a ellos en concreto deberá limitarse la Sala al resolver.

4.3. Problema Jurídico.

De conformidad con la prueba recaudada, los reparos concretos y su réplica, el problema jurídico que ha de considerar la Sala se contrae a determinar si: (i) el objeto de decisión en segunda instancia debe limitarse al estudio de la falla médica alegada en la demanda, excluyendo la imputación autónoma por defecto de consentimiento informado; (ii) el desenlace postoperatorio, por sí solo, habilita la aplicación de la regla res ipsa loquitur y el desplazamiento de la carga probatoria; (iii) las falencias del registro clínico constituyen indicio grave y activan la carga dinámica de la prueba; (iv) el acervo probatorio demuestra una falla técnica intraoperatoria y su nexo causal con el deterioro neurológico y; (v) si la atención postoperatoria revela una omisión de socorro oportuno jurídicamente imputable a los demandados.

4.4. Marco normativo y jurisprudencial.

Dentro del régimen de responsabilidad civil, la médica describe un escenario en donde prevalecen los mismos elementos de toda acción resarcitoria y, por supuesto, cuando se ha infligido daño a una persona, surge el deber de indemnizar. Los agentes de la salud o establecimientos hospitalarios no están exentos, entonces, de ser llamados a responsabilizarse del detrimento generado. Desde luego, igual que acontece en los otros eventos donde se dan las circunstancias para reconocer perjuicios, cuando en desarrollo de actividades vinculadas a la sanidad de los pacientes, ya sea por negligencia o impericia, se les afecta negativamente en su salud, surge, de manera simultánea, el compromiso del agente dañino de enmendar el daño ocasionado, siempre y cuando se acrediten los restantes elementos de la responsabilidad.

En tal sentido, el artículo 2341 del Código Civil establece que: *“El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido”*, a su turno, La Ley 23 de 1981 regulatoria de las normas de ética médica, señala en el artículo 5° lo siguiente: *“La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos; (...) 4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.”*

De la misma forma, debe decirse que se encuentra comprometida la responsabilidad de las instituciones que concurren al cumplimiento del acto médico, de conformidad con lo establecido en el artículo 159 de la Ley 100 de 1993, cuando prevé que: *“se garantiza a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos: 1. La atención de los servicios del plan obligatorio de salud del artículo 162 por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas”*.

Sobre los elementos de la responsabilidad en materia médica, la Corte Suprema de Justicia ha señalado que:

*“(…) se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, **que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor**, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.”*² (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Así pues, para que pueda declararse la responsabilidad de un profesional de la salud, al demandante le corresponde demostrar, en línea de principio: i) el daño, entendido como todo detrimento o menoscabo sufrido por la víctima, ii) el comportamiento culpable del facultativo en cumplimiento de su obligación; iii) el nexo causal; y finalmente, iv) el fundamento o deber de reparar, este último entendido como la razón que habilita a desplazar esa situación nociva al patrimonio del autor del daño para que sea reparado.

² CSJ SC, Sentencia del 30 de enero de 2001. Exp. 5507

En cuanto a la atribución de la responsabilidad médica, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha sido consecuente en señalar que, por criterio general, sólo será indemnizable el perjuicio que se origine en un acto médico precedido de culpa,; en tal sentido, precisó, ya refiriéndose en particular a las reglas aplicables en materia de prueba del factor subjetivo de atribución de la responsabilidad médica que: *“si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras).*

Lo anterior permite resaltar que para el juzgamiento de los profesionales de la ciencia médica en el ámbito de la “responsabilidad civil”, por regla general, ha de tomarse en cuenta la “responsabilidad subjetiva” basada en la culpa o negligencia, constituyendo la “lex artis” parámetro preponderante para su determinación, en armonía con los deberes médicos.”³

4.5. Caso Concreto.

4.5.1. Abordando el caso objeto de estudio, debe decirse que, acorde con el escrito de la demanda, el criterio de imputación que allí se plasmó en contra de los convocados, se erigió sobre una presunta falla médica vinculada a las atenciones médico asistenciales y quirúrgicas dispensadas al paciente en octubre y noviembre de 2017 y, en particular, al acto médico quirúrgico del 31 de octubre de 2017, cuyo reproche nuclear consistió en el incumplimiento del objetivo terapéutico de descompresión medular, la persistencia de la compresión evidenciada en una resonancia posterior, y la aparición de una fístula con salida de líquido cefalorraquídeo, con el ulterior deterioro neurológico.

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Ref.: 76001-3103-002-1999-01502-01. Bogotá, D.C., treinta (30) de noviembre de dos mil once (2011). M.P. Arturo Solarte Rodríguez

Obsérvese entonces cómo en la propia relación de los hechos de la demanda se dejó consignado que *“el objetivo principal... era la descompresión de la médula... lo cual evidentemente no se logró”, pues en la resonancia de control “se demuestra... compresión severa medular”, aunado a que se asoció la cuadriplejia a un evento de fístula de líquido cefalorraquídeo, y a una técnica quirúrgica inapropiada. En el mismo sentido, nótese que el debate fáctico plasmado en la demanda reitera que, tras la cirugía, “no se logra el objetivo”, se ordena una nueva resonancia y “persistía la compresión medular”, presentándose deterioro neurológico severo; y que el 1° de noviembre de 2017 se reintervino, hallándose “salida de líquido cefalorraquídeo y compresión medular”.*

Significa lo anterior que ese fue el panorama procesal delimitado por la parte actora, esto es, falla técnica intraoperatoria (incumplimiento del objetivo quirúrgico y evento de fístula/ líquido cefalorraquídeo) y, correlativamente, el manejo posterior que condujo a la reintervención quirúrgica; siendo ese, y no otro, el único marco fáctico jurídico de imputación sobre el cual se desarrolló el contradictorio y, por ende, el único que puede ser objeto de decisión sin quebrantar el principio de la congruencia.

Ahora, acorde con los reparos concretos erigidos por el apoderado del extremo demandante, se advierte que el apelante incorporó un reparo específico bajo el rótulo de *“el despacho dejó de valorar la ausencia de consentimiento informado como elemento que configura la responsabilidad”*; sin embargo, mírese bien que esa temática aparece introducida como un “tercer elemento” en los alegatos conclusivos, es decir, distinto del “error en la intervención” y la “reintervención tardía”, y luego es reiterada en los reparos concretos del recurso, aunque se reconoció incluso en primera instancia que dicho tópico no guardaba relación con la pretensión formulada desde el inicio, en cuanto el bien jurídico comprometido por un consentimiento defectuoso se relaciona con la autonomía de la voluntad, y no con la lesión fisiológica que sirve de soporte a la imputación inicialmente planteada.

Y lo anterior es así, porque el principio de congruencia⁴ (art. 281 del CGP) no se reduce a una declaración ritual, sino que constituye un verdadero límite

⁴ “el principio de congruencia constituye un verdadero límite de competencia para la función decisoria del juez, al propender porque cuando se desate un conflicto, el fallo definitorio no se pronuncie sobre más (ultra petita), menos (mínima petita) o algo diferente (extra petita) de lo que fue reclamado por las partes, en tanto ello además de representar un proceder inconsulto y desmedido, podría aparejar la vulneración del derecho a la defensa de los demandados, quienes a pesar de avenirse a los derroteros que demarca la discusión dialéctica ventilada en el juicio, se hallarían ante una decisión definitoria sorpresiva que, por su mismo carácter subitáneo e intempestivo, no pudieron controvertir”. Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil; M.P. Edgardo Villamil Portilla; Exp. No. 11001-31-03-017-1998-04851-01.

competencial, pues la sentencia debe estar en consonancia con los hechos y pretensiones de la demanda y no puede fundarse en causa diferente a la invocada, so pena de incurrir en un pronunciamiento extra petita con afectación del derecho de defensa⁵. Bajo esa premisa, el ad quem no está habilitado para transformar el litigio en sede de apelación mediante la adopción de un título autónomo de imputación que no estructuró la causa petendi ni orientó el contradictorio, máxime cuando el artículo 322 del Código General del Proceso exige que los reparos concretos se formulen respecto de la decisión apelada, pero dentro del debate que el proceso válidamente trabó, no como mecanismo para inaugurar uno nuevo.

En este orden, el intento de reconducir el litigio hacia una responsabilidad por defecto de consentimiento informado, no puede ser acogido en la hora de ahora por la Sala, toda vez que su sola existencia, o su eventual insuficiencia, no habilita, en esta fase, un pronunciamiento por una causa distinta a la inicialmente articulada, pues ello desbordaría la congruencia y produciría una decisión sorpresiva sobre un eje de imputación que no fue litigado como tal, se reitera.

Visto todo lo anterior, surge para la Sala que el objeto de decisión en esta segunda instancia queda estrictamente delimitado a la revisión de los yerros de valoración probatoria y de juicio de imputación respecto de la falla médica alegada en la demanda (acto intraoperatorio del 31 de octubre de 2017, incumplimiento del objetivo de descompresión, fístula/salida de líquido cefalorraquídeo y sus consecuencias) y, en lo que corresponda, el manejo postoperatorio conectado con la reintervención quirúrgica, por tanto, el tópico del consentimiento informado, como fundamento autónomo de responsabilidad, no será materia de pronunciamiento por parte de la Sala, por ser una hipótesis sobreviniente que introduciría un debate jurídico diverso al que fijó el proceso⁶.

4.5.2. Prosiguiendo con el estudio, otro de los reparos del apelante consiste en afirmar que la sola desproporción del desenlace postoperatorio, esto es, el tránsito

⁵ “...tanto hoy como frente al estatuto procesal abolido, el fallador no tiene facultad para decidir la controversia con estribo en hechos sustanciales que no fueron expuestos en la demanda como causa petendi aunque se hayan probado plenamente” SC1806-2015; Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil; M.P. Jesús Vall De Rutén Ruiz.

⁶ “Si el demandante no menciona los hechos en su petición, el juzgador no puede tomarla en consideración; y no es admisible tener como fundamento de una demanda hechos que el demandante sólo ha venido a enunciar en el término de prueba [o en este caso, en la etapa de alegatos de conclusión]. Hechos expuestos en ella y en la contestación y al proponer las excepciones perentorias es lo que fija el campo de litigio y lo que determina, en consecuencia, los puntos materia de la decisión del juez”. Corte Suprema de Justicia. Sentencia de Casación de 22 de enero de 1.974, reiterada en sentencia del 27 de marzo de 1998. M. P. Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

de “ingresar caminando” a “egresar en silla de ruedas”, bastaría para inferir la negligencia de los demandados, bajo la regla “*res ipsa loquitur*” y, por esa vía, aligerar o desplazar la carga de demostrar la falla técnica hacia la parte pasiva.

Sin embargo, el punto de partida en el caso de marras sigue siendo la regla general del artículo 167 del Código General del Proceso, conforme al cual, quien afirma los hechos constitutivos de su pretensión debe acreditarlos; y si bien es cierto que, en ciertos supuestos, un resultado anómalo puede habilitar inferencias iniciales, no lo es menos que ello exige un presupuesto esencial, esto es, que el desenlace sea, en el caso concreto, inexplicable o altamente atípico a falta de negligencia, de ahí que el “resultado desproporcionado” no opere como fórmula automática de inversión de cargas, sino como criterio excepcional de inferencia, condicionado a la ausencia de explicaciones alternativas plausibles y a la atipicidad dominante del daño frente a los riesgos propios del procedimiento.

Mírese bien que, al contrastar esa exigencia con el expediente, la Sala no encuentra acreditado el supuesto de “inexplicabilidad” que reclama el recurrente, entendido, según su planteamiento, como la idea de que un paciente que ingresó deambulando y sin limitación motora mayor no debía, en condiciones ordinarias y mediando una técnica diligente, egresar con un déficit neurológico severo, de suerte que la negligencia se erigiría como la explicación más probable del desenlace.

No obstante, el material clínico preoperatorio obrante a folios, ilustrado por los peritos y testigos técnicos comparecientes al juicio, revela que el señor Ricardo de Mendoza no era un paciente asintomático, pues en las consultas del 26 y 30 de octubre de 2017, se describió de manera reiterada una “marcha atáxica” (torpe y sin coordinación)⁷, y en el examen físico se dejó consignado signos neurológicos sugerentes de compromiso medular previo, tales como “signo de Hoffman bilateral” y reflejos osteomusculares exaltados. A ello se suma que en los documentos médicos se describió un déficit del plano funcional fino del paciente, siendo el propio demandante quien reconoció en el interrogatorio de parte que, antes de la cirugía, al realizar tareas manuales cotidianas, cursaba con pérdida de destreza

⁷ Consulta del 26 de octubre de 2017, primera consulta ambulatoria con el Dr. Oscar Castro, el hallazgo quedó asentado en: Enfermedad Actual / Examen Físico: Se registra explícitamente: “INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS MARCHA ATÁXICA”. Cuando el paciente regresa el 30 de octubre de 2017 para control de resultados y es remitido a urgencias, el signo se reitera en: Enfermedad Actual: Se describe nuevamente como “asociado a dificultad para la marcha” e “ingresa por sus medios marcha atáxica”.

El Dr. Ignacio Alberto González Borrero (perito de la parte actora), explicó que la ataxia es una “descoordinación” donde el movimiento no es fluido, el paciente separa las piernas para no caerse y su marcha es “torpe”, asimilándola a la de una persona bajo efectos del alcohol.

manual, hechos estos anteriores al procedimiento médico criticado, coincidiendo con la información consignada en los folios médicos donde se describió “atrofia muscular en las manos”, hallazgo compatible con un daño crónico de larga data, según explicaron los galenos declarantes.

En ese sentido, el Dr. José Mauricio Serpa Serpa (Fisiatra), encargado de evaluar la funcionalidad neuromuscular del paciente tras la reintervención quirúrgica, en sus valoraciones del 2 y 7 de noviembre de 2017, consignó la existencia de una "atrofia muscular generalizada que predomina en músculos intrínsecos de mano bilateral". Igualmente, el Dr. Fernando Sánchez Varón (perito de la defensa), habló extensamente sobre este punto en su dictamen escrito y en su sustentación oral, para desvirtuar la teoría del demandante de contusión con instrumento quirúrgico, argumentando que la atrofia es un signo de cronicidad severa (mielopatía), ya que el músculo no se atrofia de forma aguda tras un error quirúrgico, sino que requiere semanas o meses de compresión nerviosa previa, utilizando este hallazgo para calificar la médula del paciente como una "bomba de tiempo" con reserva funcional casi nula, en la que incluso un movimiento brusco de la vida diaria podía haber precipitado una descompensación neurológica grave, subrayando que el hecho de que el fisiatra anotara la atrofia apenas dos días después de la cirugía, prueba que el paciente ya entró enfermo al quirófano.

Por su parte, el Dr. Fernando Velásquez Lasprilla (testigo técnico), en su testimonio destacó la importancia del examen del fisiatra, señalando que la demostración de la atrofia en los territorios de las raíces comprimidas, es una evidencia científica de que la patología venía desde atrás.

Aunado a ello, resaltaron los galenos que el anterior panorama clínico se explicaba a partir del grado extremo de estenosis (angostamiento) del canal cervical del paciente, pues según informaron, la médula del señor Ricardo disponía de un espacio cercano a 4 milímetros del canal raquídeo, cuando lo normal se sitúa alrededor de 17 a 18 mm, por lo que dicha compresión fue descrita como un escenario de “reserva fisiológica pobre”, por el sufrimiento vascular crónico.

A lo anterior se añade que al proceso se introdujo por parte de los demandados una explicación científica alternativa a la expuesta por la parte actora, esto es, el denominado “síndrome de la médula blanca”, asociada a un fenómeno de isquemia y posterior reperusión por liberación de una médula crónicamente comprimida, donde la restitución súbita del flujo sanguíneo puede desencadenar una cascada

inflamatoria con edema intramedular, por lo que, en esa perspectiva, y aun tratándose de una complicación infrecuente, se dejó claro que aquella puede presentarse incluso mediando una técnica quirúrgica impecable, sin maniobras de contusión directa, de modo que su sola posibilidad, en un paciente con comorbilidades, así como fue descrito anteriormente, basta para desdibujar la premisa de que el resultado sea “inexplicable” y, por tanto, apto para “hablar por sí solo” como indicio dominante de negligencia o culpa galénica.

Visto todo lo anterior, el reparo concreto no prospera, y por ello el análisis debe proseguir a la verificación estricta, a partir de los medios de convicción obrantes en el expediente, de si existió o no falla técnica y nexo causal en los términos planteados desde la demanda.

4.5.3. En este orden, una vez decantado el régimen de carga probatoria que gobierna el debate, impone la sana crítica valorar la historia clínica como el cuerpo documental a partir del cual se busca, simultáneamente, reconstruir el itinerario científico del acto médico y establecer si las falencias registrales alegadas por la parte actora alcanzan la entidad de un indicio grave capaz de flexibilizar la carga de la prueba.

Bajo esa óptica, sabido es que la historia clínica, por su propia naturaleza técnico asistencial, debe observar criterios de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica y oportunidad; de ahí que los señalamientos de tardanza, parquedad, vacíos o contradicciones, así como los achacados por el actor al documento, no se aprecien por su sola apariencia, sino por su efecto real, es decir, si impiden, objetiva y materialmente, reconstruir lo ocurrido y confrontarlo con la *lex artis*.

Obsérvese entonces cómo el reproche del apelante se concentra en la nota operatoria del neurocirujano tratante, a la que atribuye dos defectos: (i) haber sido registrada con posterioridad al acto quirúrgico; y (ii) omitir eventos intraoperatorios que, según su tesis, eran relevantes para explicar el déficit neurológico inmediato acaecido al paciente (v.gr., maniobras determinantes de la descompresión, dificultades técnicas, incidentes como desgarró dural o salida de líquido cefalorraquídeo, sangrado significativo, variaciones relevantes en la neuromonitoría y medidas correctivas).

Para sustentar la tardanza, contrasta dos datos del expediente, esto es, la hoja de sala registra que el procedimiento inició a las 08:45 y culminó a las 11:40, mientras

la “descripción quirúrgica” figura con hora de registro 14:17:07, es decir, más de dos horas y media después del cierre de sala y, en cuanto a la parquedad, resalta que en esa descripción se consignó “NO COMPLICACIONES” y el renglón de “Complicaciones” quedó sin desarrollo, de lo cual deriva la existencia de una omisión significativa.

Sin embargo, si bien es cierto que la tardanza y el laconismo en el diligenciamiento de la historia clínica obligan a proceder con cautela valorativa del medio suasorio porque tensionan el deber de oportunidad y debilitan la racionalidad científica del registro, no lo es menos que, en el caso concreto, la historia clínica no se agota en ese asiento del cirujano, máxime cuando en el mismo cuerpo documental obran constancias de sala y registros inmediatos del quirófano que incorporan información técnica verificable sobre el desarrollo del acto.

Nótese, en efecto, que obra el registro de instrumentación diligenciado por la instrumentadora quirúrgica, en el que se dejó constancia del empleo de cureta Kerrison y fresa para el retiro de osteofitos, dato directamente relacionado con la discusión sobre la descompresión ósea. A su vez, se incorporó el reporte de neuromonitoría intraoperatoria, que consignó variaciones de potenciales hacia el final del procedimiento, permitiendo reconstruir el comportamiento funcional medular durante el acto y acotar el debate a la suficiencia y coherencia interna de los distintos asientos, lo cual demuestra que la controversia, en este caso no es de “ausencia total de trazabilidad”, sino, cuando más, de completitud de la nota operatoria frente al conjunto documental.

En ese orden, para que una falencia registral se erija en indicio grave, no basta su mera existencia, toda vez que debe acreditarse, de una parte, su gravedad, esto es, que el defecto sea de tal entidad que coloque al paciente en una desventaja probatoria real, volviendo materialmente inviable reconstruir lo ocurrido y confrontarlo con la *lex artis* por falta de registros mínimos verificables y; de otra, su pertinencia, en el sentido de que la omisión recaiga sobre aspectos directamente relacionados con el acto que se reputa causal del daño y permita inferir, de manera razonable, el hecho desconocido que se pretende demostrar, pues si lo omitido es marginal o no guarda conexión explicativa con el desenlace, el enlace inferencial se rompe.

Se reitera, solo cuando concurren gravedad y pertinencia cobra sentido hablar de indicio grave y, con ello, de flexibilización probatoria, pues en tal evento el

profesional o la institución que controlan la producción y custodia del registro, quedan en mejor posición para aportar la explicación científica que el documento no consignó y suplir, con medios idóneos, la falencia.

Bajo esa óptica, la Sala advierte que el planteamiento del apelante introduce una inferencia que no se sigue necesariamente de la premisa, pues pretende derivar de la sola tardanza o laconismo de la nota operatoria, la conclusión de falla técnica, y además, de ocultamiento, soslayando que la historia clínica criticada conserva, por otras vías inmediatas, elementos técnicos verificables sobre el procedimiento cuestionado.

Reitérese entonces, el registro de instrumentación, suscrito por Yasmin Rocío Martínez Orduz, donde consigna maniobras y verificaciones relevantes tales como distracción y discectomía, retiro de osteofitos con Kerrison, descompresión del canal, hemostasia con Surgicel, reemplazo discal mediante cajetín/cage con injerto tipo putty y fijación con tornillos, verificación con intensificador y conteos finales completos y; de forma concordante, el reporte de neuromonitoría, suscrito por José Mauricio Serpa Serpa, que documenta el estado funcional medular en tiempo real, incluyendo un déficit basal severo y alteraciones al final con recuperación parcial tras maniobras correctivas, asientos que, apreciados en conjunto, impiden afirmar que exista un vacío documental de tal entidad que hiciera imposible reconstruir lo acontecido en el quirófano.

Visto todo lo anterior, las falencias enrostradas por el recurrente no alcanzan, por intensidad, gravedad y conexión, la entidad de indicio grave que habilite, por sí sola, la carga dinámica en contra del galeno, por tanto, este reparo concreto no prospera.

4.5.4. De otra parte, otro de los reparos del actor gravita en el núcleo técnico científico del litigio, por el cual el apelante sostiene que la cirugía no cumplió su objetivo terapéutico de descompresión, porque la resonancia magnética posoperatoria describió compresión persistente en el nivel intervenido y concluyó “reproducción” de la hernia discal; sobre esa base, afirma que el déficit neurológico inmediato solo se explica por una falla técnica, y descalifica como especulativa la hipótesis de reperfusión o “médula espinal blanca” acogida en primera instancia.

Nótese, sin embargo, que el encauce correcto del reproche exige partir de la naturaleza de la obligación, que en intervenciones como la que nos atañe resulta en obligación de medios, por el cual el profesional no garantiza un estado final de

sanidad, sino el despliegue diligente, prudente y técnicamente idóneo que impone la *lex artis* y, solo de manera excepcional, en prestaciones típicamente configuradas como de resultado, el incumplimiento objetivo del fin puede desplazar la carga explicativa al prestador.

Obsérvese entonces cómo, acorde con el expediente, la Resonancia Magnética Nuclear posoperatoria aducida por el actor, fue practicada el 31 de octubre de 2017 a las 08:04 p.m., el mismo día de la primera intervención, por orden del Dr. Óscar Castro ante signos de alarma inmediatos al despertar (emesis, mareo y déficit neurológico marcado con hemiparesia de predominio izquierdo), y el informe consignó que “se observa edema del disco intervertebral con protrusión central que genera disminución severa del canal raquídeo con compresión medular” y concluyó “reproducción de la hernia discal C6–C7” con efecto compresivo sobre la médula. Además, desde la perspectiva asistencial, ese resultado motivó la segunda intervención de urgencia el 1.º de noviembre de 2017, ante el reporte de compresión persistente y la sospecha inicial de hematoma epidural.

Con fundamento en ello, el Dr. Ignacio Alberto González Borrero (perito de la parte actora) sostuvo que el objetivo no se logró y leyó la Resonancia Magnética Nuclear posoperatoria como prueba suficiente de compresión severa persistente, proponiendo, además, un mecanismo de lesión por contusión mecánica y apoyó su crítica en la parquedad de la nota del cirujano. A su turno, el Dr. Fernando Sánchez Varón (perito de la parte demandada), tras revisar de manera exhaustiva el acervo y comparar rigurosamente las imágenes pre y posoperatorias, concluyó que la descompresión sí ocurrió, aunque parcial, dadas las calcificaciones extremas y osteofitos con que cursaba el paciente, y explicó el desenlace a partir del síndrome de reperusión o “médula blanca”, como fenómeno metabólico posible en médulas crónicamente comprometidas.

Bajo esa óptica, y recordando que la obligación del cirujano es, por regla general, de medios, la distinción decisiva es si el resultado adverso proviene de un error técnico evitable (apartamiento acreditado de la *lex artis*) o de la materialización de un riesgo inherente u orgánico, científicamente plausible, derivado de la condición basal y de la respuesta biológica del paciente, aun mediando una ejecución correcta.

En esa labor, correspondía entonces a la parte actora acreditar, con soporte técnico suficiente, el apartamiento de la *lex artis* que endilga a los demandados y, en

particular, debía demostrar la incompatibilidad de la hipótesis propuesta por la parte demandada, o probar de manera positiva la causa culposa alternativa postulada por su perito (v.gr., contusión mecánica directa o incumplimiento técnico injustificable de la descompresión); empero, el expediente no ofrece una prueba concluyente que verifique esas maniobras erradas ni que cierre, con grado de certeza, la imputación de impericia alegada.

Visto todo lo anterior, surge para la Sala que la evaluación del presunto incumplimiento del objetivo quirúrgico no puede hacerse bajo el sesgo del resultado ya conocido ex post, sino situando el análisis en el instante de la decisión y de la ejecución ex ante, atendiendo el estado del paciente, los medios ordinarios disponibles para ejecutar y controlar el acto y, la actuación documentada en el expediente, de tal suerte que, en las condiciones del caso, las pruebas no permiten fijar con el estándar exigible, que el desenlace se explique por un incumplimiento técnico culposo del objetivo de descompresión achacado a la parte demandada y, por tanto, este reparo no prospera.

4.5.5. Finalmente, el apelante sostiene que los demandados desperdiciaron una ventana terapéutica crítica para reintervenir al paciente, pues, pese a signos de alarma inmediatos (emesis, cefalea intensa y déficit neurológico) y a alteraciones en la neuromonitoría, aguardaron hasta el día siguiente para reexplorar, superando las “4 a 6 horas” que, según aduce, recomendaría la literatura médica para evitar secuelas irreversibles.

Desde esa premisa, correspondía al actor demostrar si hubo o no desatención de signos de alarma; si existió un retardo injustificado en el diagnóstico o tratamiento conforme a la lex artis ad hoc y; si ese lapso es, además, causalmente relevante para la consolidación del daño.

Obsérvese entonces cómo las anotaciones asistenciales inmediatas no acreditan la indiferencia pregonada por la parte actora, por el contrario, muestran que los signos advertidos fueron detectados por los galenos, aunque el equipo tratante les atribuyó inicialmente una interpretación clínica distinta a la que propone el apelante.

En efecto, las notas de enfermería dan cuenta de emesis abundante y cefalea intensa al despertar; sin embargo, los médicos consignan que, en ese instante, tales manifestaciones se consideraron compatibles con efectos de anestesia/analgésicos, sin que ello impidiera reconocer la presencia de un déficit

neurológico inmediato que obligaba a su verificación.

Mírese bien que, frente a ese déficit, la evolución médica del 31 de octubre de 2017 registra sospecha clínica de edema y ordena metilprednisolona (como conducta terapéutica inmediata dentro del marco de manejo instaurado) y, de manera simultánea, dispone una Resonancia Magnética Nuclear de urgencia para investigar la causa del deterioro. Por consiguiente, lo que el expediente muestra no es ignorancia del evento, sino una reacción clínica con dos componentes, manejo médico inicial y confirmación diagnóstica por imagen el mismo día.

El núcleo del reproche entonces se apoya en que debía reintervenirse el paciente dentro de 4 a 6 horas, y si bien es cierto que, en ciertos escenarios, la reexploración temprana puede ser crucial, no lo es menos que el juicio debe formularse ex ante: situarse en el momento en que el equipo enfrentó el deterioro, con la información disponible entonces, y determinar si el estándar prudente imponía reintervenir sin agotar verificación diagnóstica, o si resultaba clínicamente razonable ordenar imagen urgente para orientar la conducta.

Luego, la sola invocación de una “ventana terapéutica” no sustituye la demostración de dos extremos indispensables, esto es, que el cuadro documentado, en ese instante, imponía con claridad la hipótesis que exigía reintervención inmediata y; que la conducta seguida fue inexcusable conforme a la *lex artis ad hoc*; sin embargo, el apelante no aporta prueba que permita corroborar que, en el escenario real, era obligatorio reintervenir dentro del margen propuesto como regla rígida por él, y de los medios suasorios practicados en el caso tampoco se puede llegar a dicha conclusión.

Mírese bien que la Resonancia Magnética Nuclear posoperatoria describió hallazgos que motivaron la decisión asistencial de llevar al paciente a una segunda intervención de urgencia el 1.º de noviembre de 2017, y en esa reintervención se consignaron hallazgos (entre ellos, hematoma epidural pequeño y fístula de líquido cefalorraquídeo) y se realizaron maniobras de corrección. De ello se sigue que el debate no es si hubo reacción o reintervención, - porque la hubo -, sino si el lapso hasta ella configura un retardo jurídicamente reprochable, pues para sostener esto último, no basta contrastar “6 horas” versus “día siguiente”, sino que era necesario demostrar que ese tiempo adicional privó al paciente de una posibilidad real de reversibilidad, y allí el reparo no supera el umbral exigible, pues se reitera, el apelante no aporta un soporte técnico concluyente que, juzgado ex ante, permita

afirmar que era obligatorio reintervenir dentro del margen de “4 a 6 horas” en el cuadro efectivamente documentado al paciente, ni acredita que una reintervención en ese intervalo habría evitado la consolidación del déficit.

Corolario de lo manifestado, considera la sala que no prospera ninguno de los reparos concretos formulados en el recurso de apelación, razón por la cual no queda otro camino sino la de confirmar la decisión objeto de censura, y por ende condenar en costas en esta instancia a la parte recurrente conforme lo establece el artículo 365 del CGP, las cuales deberán ser liquidadas de manera concentrada por el juzgado de origen.

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO, LA SALA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY;

RESUELVE:

PRIMERO. CONFIRMAR el fallo de data 02 de mayo de 2023, proferida por el Juzgado Diecisiete (17º) Civil del Circuito de esta ciudad, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO. CONDENAR en costas en segunda instancia a la parte demandante, para lo cual se fija como agencias en derecho la suma de (1) S.M.M.L.V de conformidad con lo previsto en el Acuerdo No. PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura. Dichas costas serán liquidadas conforme el Art. 366 del CGP.

Ejecutoriada la presente providencia, **DEVUÉLVASE** el expediente al juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE,


ANDRÉS MAURICIO BELTRÁN SANTANA
Magistrado

(Ausencia justificada)
JULIÁN ALBERTO VILLEGAS PEREA
Magistrado


FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES
Magistrado