

TEMA: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA - Requiere de la acreditación de todos los elementos que son propios de la responsabilidad, donde se incluye la prueba del daño. Las simples dudas sobre la forma en que fue diligenciada una historia clínica no son constitutivas de la afectación a un bien jurídico del paciente. / **DICTAMEN PERICIAL** - Al momento de apreciar el dictamen, la ausencia de una especialidad médica por parte del perito, aunque es un elemento para valorar, no es motivo suficiente para por ese sólo hecho restarle todo valor probatorio, pues también debe analizarse su contenido. /

HECHOS: El señor (EDER) pretende que se declare la responsabilidad civil contractual de la E.P.S. SURA por la inadecuada atención médica y por la tardanza en los diagnósticos, tratamientos y cirugías, en consecuencia, se condene por perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente, daño a la salud y perjuicio moral. El juez de primer grado negó las pretensiones de la demanda. Corresponde a esta Sala, determinar si, existió confesión espontánea de un hecho que engloba la responsabilidad; analizar si existe un error en la valoración probatoria del juez de primera instancia, pero únicamente respecto de la realización de la cirugía de apófisis estiloides.

TESIS: En el ámbito de la práctica médica, la responsabilidad se rige bajo los presupuestos de la culpa probada, toda vez que la medicina opera bajo el principio de probabilidad y no se encuadra dentro de una ciencia exacta. Por lo tanto, la presunción de culpa resultaría inviable, ya que implicaría una carga desproporcionada sobre los profesionales de la salud, quienes no pueden garantizar resultados absolutos debido a la naturaleza inherentemente incierta y variable de los tratamientos y diagnósticos médicos. La Corte Suprema lo ha sostenido al aseverar que “vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con una equivocada diagnosis ocasionen”. (...) Es claro que adicional al elemento subjetivo de la conducta, como en toda responsabilidad, tiene que existir un daño. Bien es sabido que existe una “regla primordial del derecho de responsabilidad, que enuncia que sin perjuicio no hay responsabilidad”, pues “el daño es un elemento indispensable para su existencia” y “debe ser probado por quien lo sufre, so pena de que no procesa su indemnización. (...) Resaltó la Corte Suprema de Justicia que “a partir de la omisión total de la historia clínica, o de la presencia de tachaduras, enmendaduras, borrones, intercalaciones etc., o del aporte de una incompleta, pueda el juez, atendidas las circunstancias, deducir un indicio más o menos grave en contra de la entidad o el profesional demandado”. Pero se trata sólo de eso, de un indicio, más no de la acreditación de la causación del daño por el solo efecto de la omisión en el cumplimiento del deber profesional” (...) La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha delineado criterios para la valoración del dictamen pericial, de los cuales se resalta en este punto la “calificación e idoneidad del experto”, según la cual “se deben corroborar sus credenciales; la preparación académica en la materia analizada, la experiencia adquirida en el campo, o en una combinación de ambas. También se debe tener en cuenta la experiencia forense acreditada por el perito en el ejercicio de su labor en otros litigios en donde se haya discutido la cuestión indagada” (...) Independientemente de que el perito no tenga estudios posgraduales en medicina, se insiste, ese criterio es insuficiente por sí solo para desdeñar la totalidad del valor de convicción del dictamen. Sin embargo, sí llama la atención la variadísima cantidad de temas sobre los que el médico-cirujano ha fungido como experto en procesos judiciales, que van desde traumas con secuelas; pasando por muerte y complicaciones por cirugías estéticas; afecciones cardiacas; asuntos obstétricos y neonatales; peritonitis, entre otros. Además de lo diletante de su conocimiento respecto de muy diversas áreas especializadas de la medicina, lo cierto es que no se observa algún ribete especial en su conocimiento respecto del asunto de fondo que ahora se resuelve. (...) En este caso; a pesar de la

conclusión que arrojó en el informe pericial, al ser contradicho en audiencia, el mismo perito fue el que confirmó que no existió daño, veamos: Dijo específicamente que el dolor cervical a la palpación “no es consecuencia de la cirugía”, y cuando el juez le preguntó sobre cuáles “son las consecuencias negativas que pudo haber tenido la intervención”, todo lo detalló en términos de posibilidad, nunca indicó que se estaba frente a un daño concreto del demandante. Indicó: “el paciente puede quedar con dolores, puede tener consecuencias de la manipulación de estos tejidos, pueden influir en esta área de la garganta y cuello”. Sin embargo, después dijo que “el paciente sigue con la misma sintomatología” anterior a la cirugía. (...) Se resalta que los resultados dañinos alegados en el recurso no coinciden con los que se presentaron en los hechos del escrito introductorio que en verdad se limitaron a “altísimas alteraciones en el nivel masticatorio y de deglución, ahondando aún más su grave problema de esófago”. No hay referencia a ese daño en el recurso, tal vez porque el mismo perito postulado por los pretensores descartó esa posibilidad. (...) Es la misma historia clínica la que muestra que tal daño al nivel masticatorio, de deglución y de esófago realmente no existe. Con posterioridad a la cirugía se ven ayudas diagnósticas que así lo reflejan. (...) Como quedó expuesto, a pesar de que existen dudas frente al llenado de la historia clínica en el cual se omitió información relevante, lo cierto es que ninguno de los reparos propuestos por la parte demandante respecto de la prueba del daño prosperó, pues quedó plenamente acreditado que no existió afección alguna con la realización de la cirugía de apófisis estiloides. En ese sentido, se confirmará la decisión de primer grado. (...)

MP. BENJAMÍN DE JESÚS YEPES PUERTA

FECHA: 29/10/2024

PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA CUARTA CIVIL DE DECISIÓN

Medellín, veintinueve (29) de octubre de dos mil veinticuatro (2024)

Proceso:	Responsabilidad Civil Médica
Radicado:	05001310301520180020401
Demandante:	Édgar Darío Eusse Rojas
Demandada:	SURA E.P.S. S.A.
Providencia	Sentencia nro. 052
Tema:	La prueba de la responsabilidad civil médica requiere de la acreditación de todos los elementos que son propios de la responsabilidad, donde se incluye la prueba del daño. Las simples dudas sobre la forma en que fue diligenciada una historia clínica no son constitutivas de la afectación a un bien jurídico del paciente. Al momento de apreciar el dictamen, la ausencia de una especialidad médica por parte del perito, aunque es un elemento a valorar, no es motivo suficiente para por ese sólo hecho restarle todo valor probatorio, pues también debe analizarse su contenido.
Decisión:	Confirma
Ponente	Benjamín de J. Yepes Puerta

Procede la Sala a emitir sentencia mediante la cual se resuelve el recurso de apelación interpuesto y sustentado por la parte demandante en contra de la sentencia proferida por escrito el día 29 de septiembre de 2021 por el Juzgado Quince Civil del Circuito de Oralidad de Medellín en el proceso verbal con pretensión de responsabilidad civil médica promovido por Édgar Darío Eusse Rojas¹ en contra de SURA E.P.S. S.A.

I. SÍNTESIS DEL CASO.

¹ Inicialmente, la demanda comprendía como promotores al que se enunció como el núcleo familiar del señor Édgar Darío (01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl. 411 y 421); sin embargo, al subsanar tras la inadmisión, vía reforma (01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl. 434.), excluyó a todos los demandantes distintos al señor Eusse Rojas.

1. Fundamentos fácticos².

1.1. Afirmó Édgar Darío Eusse Rojas que se encontraba afiliado al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social, en SURA E.P.S. S.A.

1.2. A partir del año 2000, comenzó a presentar alteraciones en su columna a nivel cervical y dorsolumbar. Aseguró que padecía un *“desorden en meniscos y tendones oclusares patero femorales en ambas rodillas”* y una insuficiencia coronaria.

1.3. Narró que el 19 de septiembre de 2010 sufrió una caída que afectó su aparato endogástrico. Preciso que en su historia clínica se documentó que el paciente padece de lumbalgia crónica causada por una hernia discal en las cavidades L3, L4 y L5. Además, presentaba obesidad mórbida, condición que limita su movilidad y contribuyó al deterioro de su estructura ósea en la región lumbosacra y en las rodillas. A pesar de esos diagnósticos, SURA no proporcionó tratamiento o cirugía para promover la recuperación de su estado de salud o para mitigar las patologías.

1.4. La EPS ordenó realizar una cirugía de apófisis estiloides para el día 24 de julio de 2006 y 11 de enero de 2007. Aseguró que dicha cirugía no tenía mayor importancia y con su realización se le ocasionó alteraciones en el nivel masticatorio y de deglución, detonando un problema más profundo en el esófago, *lo que se convirtió en una pérdida de oportunidad para recuperar su estado de salud.*

1.5. Tras una evaluación realizada por un médico particular, concluyó que *“el trastorno ocular que presenta es poco significativo para la discapacidad en su columna y rodillas que le impiden notablemente su movilidad”*. En consecuencia, estimó que la EPS debió priorizar un tratamiento y cirugía para la hernia discal en su columna. Según la evaluación, la intervención tardía puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, como la paraplejía.

1.6. Literalmente dijo el apoderado: *“Enseña mi mandante que el [sic] necesita revisión con un grupo interdisciplinario de neurocirujanos intervencionistas de tercer nivel y fisiatras patólogos, quienes están en la capacidad plena de certificar los riesgos y consecuencias de la realización de la cirugía o por el contrario la*

² 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl. 434.

consecuencia y riesgos por no haberla realizado desde el momento en que se detectó hasta la fecha, toda vez que la cirugía y los diagnósticos reales no se han realizado”.

1.7. Y adicionó *“me muestra mi mandante que de manera personal ha consultado sobre las indicaciones y riesgos: Cirugía de columna vertebral”*, y detalló como hechos una extensa conceptualización que incluyó: objetivo, fundamentos teóricos, riesgos y contraindicaciones, lo mismo que técnicas quirúrgicas para el tratamiento de hernias discales, donde incluyó laminotomía, discectomía, microdiscectomía, laminectomía, colocación de dispositivos interespinosos, artrodesis, nucleotomía percutánea, entre otros. En vista de que ninguno de estos procedimientos ha sido implementado en su tratamiento, el paciente concluyó que existe negligencia por parte de la EPS en la gestión de su caso.

1.8. Desde el día 5 de Julio de 2013 se encuentra pensionado por invalidez derivado de los problemas de salud detallados.

1.9. Preciso que, por causa de las patologías en su salud, no puede realizar las actividades de esparcimiento y recreación con su familia, sin que, a pesar de esta situación, la EPS haya realizado algún tratamiento y cirugía que permitan su recuperación total. Esto ha generado una alteración en su estado emocional, pues tiene momentos de depresión y se encuentra en un proceso de separación de su cónyuge.

1.10. Sugirió que de acuerdo con el análisis de su historia clínica, se puede evidenciar la negligencia médica por la tardanza para realizar los exámenes que requería para emitir el diagnóstico y a su vez, el tratamiento oportuno, lo que finalmente se tradujo en limitaciones físicas.

1.11. Indicó que al realizar consulta con galenos particulares y enseñarles su historia clínica, coincidieron con que debía ser evaluado por un grupo interdisciplinario de neurocirujanos intervencionistas de tercer nivel y fisiatras patólogos, para que determinen la posibilidad y las consecuencias de la realización de una intervención en la columna, para el tratamiento de la hernia alojada en esta, que actualmente no ha recibido ningún tratamiento u orden para la realización de exámenes o cirugía, si así lo requería.

2. Síntesis de las pretensiones.

2.1. Pretendió que se declarara la responsabilidad civil contractual de la E.P.S. SURA *“por la inadecuada atención médica y por la tardanza en los diagnósticos, tratamientos y cirugías, lo que se tradujo en una pérdida de oportunidad para la recuperación de su salud”*.

2.2. Consecuencialmente, solicitó que se condenara por los siguientes perjuicios:

Por concepto de *perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente*, el valor de \$5.000.000.

Por concepto de daño a la salud al verse *alteradas las condiciones de existencia*, la suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Misma cifra que solicitó por concepto de perjuicio moral.

3. Contestación de la demanda³.

La entidad demandada señaló que no es cierto que el accionante hubiese presentado alteraciones en su columna desde el año 2000, como tampoco lo es que haya omitido la atención a las dolencias descritas en la demanda. La EPS autorizó los servicios, atenciones, medicamentos y procedimientos necesarios para el manejo integral de su estado de salud. Entre estos servicios se incluyen el tratamiento en la clínica del dolor, consultas con neurología y bloqueos cervicales.

Esgrimió que el demandante fue atendido de forma constante por especialistas, que han conceptuado que el dolor lumbar que padece no es susceptible de cirugía y debe ser manejado exclusivamente mediante tratamiento paliativo, debido a los riesgos que dicha intervención entraña. Señaló que él *“rechazó la continuidad del tratamiento para el dolor lumbar y ha omitido concurrir a algunas atenciones requeridas para el control de sus patologías”*.

Respecto de la caída, indicó *“...que no existen elementos de juicio para afirmar que de dicho evento hubiese derivado una alteración en su aparato*

³ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. Pág.467.

endogástrico”. Señaló que los diagnósticos lumbares del paciente se han visto agravados por su sobrepeso. Se trata de un paciente con múltiples comorbilidades que complican su tratamiento y mejoría. No obstante, advirtió que la EPS SURA ha atendido en tiempo y forma todas las condiciones del paciente de manera adecuada e idónea.

Aseveró que la cirugía de resección de apófisis estiloides no generó alteraciones, ni una pérdida de la oportunidad, y mucho menos tiene relación alguna con los problemas lumbares que aquejan al demandante. Reprochó los hechos basados en informes a los que no se acompañan los documentos que acrediten la idoneidad del profesional que lo suscribió, el cual no cumple con los requisitos necesarios para ser considerado un dictamen pericial, y las afirmaciones y conclusiones que contiene carecen de respaldo.

Informó que no le consta que al demandante pudo habersele practicado una cirugía, que ni siquiera refirió cuál es. Así como tampoco le consta la *afirmación genérica carente de sustento* referida a los comentarios de otros médicos. Advirtió que la situación de salud que afecta al demandante obedece al cúmulo de patologías que lo han aquejado y no a una falla en la prestación del servicio médico proporcionado.

Dentro de las descripciones de las atenciones brindadas al paciente, resaltó la del 29 de noviembre de 2010, donde el médico tratante dejó consignado que el dolor era *“somático - depresión”* y detalló *“que era un paciente ‘obeso, sin patología relevante para tratamiento quirúrgico, con wadell de ++, por ahora se iniciara tratamiento con bloqueo, pero se le informa que la causa mayor de su dolor es el sobre peso”*. Adicionalmente, recalcó que el paciente fue reacio al tratamiento, el cual suspendió, ya que no aceptó la realización de un bloqueo.

Con base a los hechos narrados, se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda y formuló como excepciones las que denominó: *“Cumplimiento de las obligaciones a cargo de la EPS SURA (PAGO)”*, *“Ausencia de culpa. Diligencia y cuidado”* y *“Ausencia de nexo de causalidad”*.⁴

4. Sentencia de primera instancia⁵.

⁴ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. Pág.483.

⁵ 01PrimerInstancia / 16.SentenciaPrimerInstancia.

El juez de primer grado negó las pretensiones de la demanda. Para el efecto, discurre sobre el marco normativo aplicable, y recapituló las actividades procesales que se surtieron al interior del proceso. Al momento de valorar la prueba, indicó que el caso concreto se debe resolver con base *“en la regla de la ciencia más que en la lógica y la regla de la experiencia”*. Sostuvo que de los testimonios técnicos y de la documentación médica pudo concluir que el tratamiento proporcionado al paciente fue el apropiado, pues los expertos que testificaron en el proceso concluyeron que aquel debía ser de carácter paliativo y psiquiátrico, en lugar de quirúrgico. Los testimonios técnicos, dice, fueron consistentes con las normas y principios científicos de su especialidad.

Expuso que *“todos los médicos que intervinieron dentro del proceso a excepción del perito [refiriéndose al de la parte demandante], manifestaron que la intervención de la apófisis estiloides no es degenerativa o con consecuencias adversas para el paciente, situación está que al principio trato [sic] de endilgársele a la intervención de ella por parte del demandante [sic], como es los daños referidos en la columna vertebral, sino que por el contrario [sic], debe considerársele como una dolencia menos, de la que se generó una oportuna intervención”*. Encontró probado que *“el mecanismo de deglución es normal”*.

Destacó la declaración de Fabio Enrique Álvarez, auditor de SURA, quien afirmó, después de un análisis de la historia clínica, que el paciente *“somatiza las enfermedades”*, razón por la cual, la EPS le brindó atención psicológica.

De la declaración del ortopedista Gabriel Eduardo Flórez Medina, quien atendió al demandante, destacó que después de ordenarle varios exámenes, no volvió a consulta. Este dijo que al valorarlo encontró *“un paciente ansioso, depresivo, psicótico, etc, por lo cual lo remitió a consulta por psiquiatría, también por medicina vascular y le recomendó hacer ejercicios ya que es un paciente con obesidad y le ordenó una electromiografía”*.

Encontró que esas afirmaciones entran en contradicción con el dictamen pericial, el cual cuestionó debido a la falta de especialización del perito en el área pertinente, por lo que le restó total eficacia probatoria.

5. Impugnación⁶.

El apoderado judicial de la parte demandante cuestionó tal decisión mediante apelación, señalando su inconformidad con la valoración probatoria. Sostuvo que se valoró de forma inadecuada la historia clínica, ya que entiende que allí se acreditó que la intervención quirúrgica realizada por el médico Alberto Velásquez Uribe no fue conforme a la *lex artis*, ya que no tenía claro el diagnóstico, el cual era necesario para la cirugía, y ello se encuentra probado, además, con las declaraciones de los profesionales Adolfo Cumplido y Gabriel Flórez, que manifestaron que se debía tener claro el diagnóstico antes de operar. Dijo haber probado que las apófisis estiloides del demandante eran normales. Esa intervención, según el dictamen rendido, dejó *“unas cicatrices internas que hoy generan dolores”* cervicales. Por demás, la contraparte no probó la diligencia y cuidado en la realización de dicho procedimiento.

Como consecuencia, afirmó, *“existe un nexo de causalidad entre el daño sufrido por mi cliente y la falta de diligencia y cuidado realizada por el doctor ALBERTO VELÁSQUEZ URIBE, al hacer una cirugía de tal magnitud, así, sin evaluar exhaustivamente al paciente y sin tener en cuenta, de que existían exámenes diagnósticos previos en la historia clínica que mostraron el correcto estado de las apófisis estiloides”*.

Subrayó que la historia clínica presenta deficiencias en su elaboración, pues no documentó adecuadamente los procedimientos realizados durante la cirugía. Lo cual constituye un indicio en su contra. Reprocha que el juez basó su decisión en *“testigos técnicos que no tienen la experiencia ni la idoneidad para tratar lo padecimientos que aquejan al demandante, esto es, ninguno es cirujano de cabeza y cuello”*.

Por último, indicó que la demandada aceptó el hecho séptimo de la demanda y aseguró que *“en el consentimiento informado no le propusieron tratamiento y no fue firmado su voluntad, sino que fue un acto impuesto, con la promesa de mejora dentro de unos años y con la amenaza de no prestarle más servicios de salud”*.

5.1. El pronunciamiento de la parte no apelante⁷.

⁶ 01PrimeraInstancia / 18.MemorialApelacion

⁷ 02SegundaInstancia / 07MemorialAlegatos.

Frente a los reparos relacionados con la falta de consentimiento informado y el indebido diligenciamiento de la historia clínica, señaló que estos temas no fueron objeto del litigio, por lo que no es posible someterlos a debate en esta etapa procesal, al no haber sido discutidos oportunamente durante el curso del proceso.

Respecto al argumento sobre la presunta falta de diagnóstico y tratamiento adecuado de las patologías, afirmó que la historia clínica refleja la coherencia de los diagnósticos, la idoneidad de los profesionales de la salud y la pertinencia de los tratamientos proporcionados. Agregó que las condiciones médicas del demandante pueden explicarse por *"afecciones de tipo emocional y las falencias en su autocuidado"*. Asimismo, precisó que sus afecciones óseas *"están relacionadas con padecimientos degenerativos propios de la edad, tales como la osteocondritis, así como con afecciones de tipo emocional como la depresión y la ansiedad"*.

Por su parte, en lo que concierne a la indebida valoración probatoria, argumentó que los testigos médicos presentados fueron categóricos en afirmar que las atenciones brindadas al paciente fueron oportunas e idóneas, y que la cirugía de apófisis estiloide realizada no presentó complicaciones. Añadió que *"la polisintomatología presentada por el señor Edgar Darío Eusse puede obedecer a causas no orgánicas o psicológicas"*, tal como fue explicado por los especialistas que declararon durante el proceso.

En cuanto a la prueba pericial, sostuvo que el dictamen rendido en el proceso [refiriéndose al presentado por SURA] desvirtúa la existencia de responsabilidad civil médica atribuible a la EPS, al acreditar la idoneidad, pertinencia y oportunidad de las atenciones médicas proporcionadas al demandante en relación con cada una de sus patologías. Además, el dictamen confirmó la pertinencia y adecuación de la cirugía de apófisis estiloide practicada al señor Eusse.

Por consiguiente, enfatizó que la valoración probatoria realizada fue correcta, ya que no se cumplen los presupuestos necesarios para la configuración de la responsabilidad civil médica, toda vez que no se demostró un tratamiento inadecuado en la prestación de los servicios médicos. En este sentido, el estado de salud actual del accionante obedece al curso normal y previsible de sus patologías.

Por otro lado, frente al hecho séptimo de la demanda, advirtió que no se aceptó responsabilidad civil alguna, limitándose a admitir la realización de uno de los procedimientos quirúrgicos sin que de este hecho se desprendan las consecuencias alegadas por la parte actora.

II. Problema Jurídico.

Corresponde a esta Sala, determinar si, tal y como lo sostiene el recurrente, existió confesión espontánea de un hecho que engloba la responsabilidad. Además, se debe analizar si existe un error en la valoración probatoria del juez de primera instancia, que lo llevó a no dar por probado, estándolo, el indebido proceder constitutivo de un daño, pero únicamente respecto de la realización de la cirugía de apófisis estiloides.

III. PLANTEAMIENTOS SUSTENTATORIOS DE LA DECISIÓN

3.1. Realizado el control de legalidad establecido en el artículo 132 del Código General del Proceso, no se advierte vicio ni irregularidad alguna que configuren nulidad; igualmente, se consideran reunidos los presupuestos procesales requeridos para proferir una decisión de fondo, no habiendo discusión frente a este punto.

De otro lado, es claro que la competencia de este Tribunal se circunscribe en examinar únicamente las concretas inconformidades señaladas por los apelantes, pues como lo ha establecido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, *“...Es en el Código General del Proceso donde se implementó el «recurso de apelación» en el campo civil, mismo que refiriéndose a sentencias contempla para el reclamante tres pasos distintos: la interposición, la exposición del reparo concreto y la alegación final. En ese orden de ideas, el inconforme durante el término de ejecutoria deberá discutir los elementos de la providencia que le generen malestar y expresar de forma breve los mismos, toda vez que el enjuiciador de segundo grado solamente basará su examen en las objeciones concretas que el suplicante haya formulado tal y como lo describe el inciso 1º del artículo 320 Ibídem, siendo competente únicamente para pronunciarse de lo expuesto por ese sujeto procesal tal y como reza el inciso 1º del canon 328 siguiente. Seguidamente tiene operancia la etapa ante el superior, no menos importante y destinada al desarrollo y sustento*

de lo ya anunciado en precedencia⁸(...)", siendo por tanto que a los aspectos puntuales de los reparos, debidamente sustentado, es que nos ocuparemos.

Además, se precisa que si bien en esta instancia no se radicó memorial con la sustentación del recurso de alzada, lo cierto es que al admitirse, en el auto se indicó expresamente que *"los reparos y la sustentación de la alzada fueron esbozados en el escrito arrimado dentro de los tres días siguientes al proferimiento de la decisión"*⁹. Todo ello, antes de la sentencia STC9311-2024 de la Corte Suprema de Justicia y de la sentencia T-350 de 2024 de la Corte Constitucional, en el cual se varió el criterio respecto del precedente que venía sosteniendo frente al acto sustentación del recurso de apelación de sentencia.

Es decir, el acto procesal se realizó estando decantada, para ese momento, una posición muy clara en la Sala de Casación Civil¹⁰. Así las cosas, en aras de respetar la seguridad jurídica y de la jurisprudencia vigente para esa data, según la cual la parte apelante pudo legítimamente guardar silencio entendiendo que la sustentación ya estaba realizada, se procede a resolver el recurso, además como garantía efectiva de la doble instancia elemento estructural del derecho de acceso a la administración de justicia.

3.2. Presupuestos de la responsabilidad médica

En el ámbito de la práctica médica, la responsabilidad se rige bajo los presupuestos de la culpa probada, toda vez que la medicina opera bajo el principio de probabilidad y no se encuadra dentro de una ciencia exacta. Por lo tanto, la presunción de culpa resultaría inviable, ya que implicaría una carga desproporcionada sobre los profesionales de la salud, quienes no pueden garantizar resultados absolutos debido a la naturaleza inherentemente incierta y variable de los tratamientos y diagnósticos médicos. La Corte Suprema lo ha sostenido al aseverar que *"(...) vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con una equivocada diagnosis ocasionen"*¹¹.

⁸ (STC 11429-2017). (STC 2423-2018 y STC 3969-2018), reiterada en Sentencia STC 4673-2018.

⁹ Segunda instancia / 04AutoAdmiteApelacion

¹⁰ Se resalta, de entre muchas, la STC3508-2022. Rad. 11001-02-03-000-2022-00741-00. M.P. Francisco Ternera Barrios.

¹¹ CSJ, SC3253-2021, Rad. 08001 31 03 010 2010 00067 01 citando sentencias del 26 de noviembre de 2010 y del 28 de junio de 2011.

Con base en lo anterior, en principio, de conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, es en el demandante en quien descansa la obligación de demostrar los presupuestos axiológicos de la pretensión. La Corte ha sostenido que *“la jurisprudencia ha comprendido que en el ámbito de la actividad médica, el régimen que gobierna la responsabilidad del profesional sanitario y de las instituciones que prestan sus servicios a los pacientes es el de la culpa probada, con lo cual, en línea de principio, corresponde al paciente o a quien demande por la atención que se le brindó o por una mala praxis médica, demostrar la culpa de quienes participaron en el acto médico o de las personas que con su actuar negligente, descuidado o imperito causaron un daño”*¹².

Por demás, es claro que adicional al elemento subjetivo de la conducta, como en toda responsabilidad, tiene que existir un daño. Bien es sabido que existe una *“regla primordial del derecho de responsabilidad (...) que enuncia que sin perjuicio no hay responsabilidad”*, pues *“el daño es un elemento indispensable para [su] existencia”* y *“debe ser probado por quien lo sufre, so pena de que no procesa su indemnización”*¹³.

3.3. Delimitación de la causa fáctica y el reparo sobre la aceptación del hecho séptimo

En el referido hecho se detalló la realización de la cirugía de apófisis estiloides en procedimientos de julio de 2006 y de enero de 2007, e indicó que ello ocasionó alteraciones a nivel masticatorio y de deglución, y que ahondó su problema de esófago. Ahora bien, no coincide lo dicho en el recurso respecto de la supuesta aceptación de ese hecho, con la forma en que realmente se contestó. Lo que verdaderamente ocurrió es que la demandada reconoció la realización del procedimiento, pero expresamente negó que ello hubiese generado alteraciones en la salud del paciente, y sostuvo que ello no tiene ninguna incidencia a nivel lumbar¹⁴. Ninguna aceptación se advierte, más allá de que efectivamente se realizó un procedimiento quirúrgico.

Así las cosas, no prospera el reparo según el cual la parte demandada confesó el hecho donde, según el demandado, se narró la estructura de la

¹² CSJ SC3253 de 2021, en igual sentido SC3604 de 2021 y SC4786-2020.

¹³ HENAO, Juan Carlos. *El daño*. Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 1998, págs. 38 – 39.

¹⁴ 01PrimeralInstancia / 02CDO01.PDF. fl 470.

responsabilidad, por ello, se procede a resolver los reparos probatorios en sentido estricto.

3.4. Todos los reparos en la valoración probatoria que apuntan a que la responsabilidad está acreditada

El recurrente adujo que no existía certeza en el diagnóstico de síndrome de Eagle, presupuesto necesario para la realización de la cirugía de apófisis estiloides. Al respecto, consta que el 27 de abril de 2006 un Staff médico, tras describir que el paciente tenía un dolor crónico en la base de la lengua y haber sido amigdalectomizado dos veces, con aumento de dolor en el lado derecho, planteó como diagnósticos provisionales el síndrome de Eagle o una neuralgia¹⁵. Mismas posibilidades diagnósticas que se evidencian en documentos del 30 de mayo siguiente¹⁶. Lo cierto es que esa remisión de interconsulta deja ver que, para el Staff médico, el paso a seguir independiente del diagnóstico definitivo, era la cirugía finalmente realizada. En el primero de los documentos mencionados se lee: *“en nuestra clínica no hay nadie que tenga experiencia en la cirugía de apófisis estiloides”*¹⁷.

Ahora bien, es cierto que existe un documento en el que consta la lectura de un TAC de cuello realizado por la radióloga Vanessa García Gómez, en el que expresa como hallazgo: *“la longitud, configuración y apófisis [sic] de las apófisis estiloides es normal en forma bilateral”*¹⁸. Ese documento es anterior a las intervenciones de resección de dicha estructura ósea, y no existe en el expediente la imagen diagnóstica de esa lectura. Ahora bien, en sí, la imagen diagnóstica no debe hacer parte de la historia clínica, ello se desprende del párrafo segundo del artículo 11 de la Resolución 1995 de 1999¹⁹, donde se establece que *“en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos [sic] y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservada para futuros análisis, acto en el cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente”* (Énfasis intencional).

¹⁵ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl 313

¹⁶ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl 321 - 323

¹⁷ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl 313

¹⁸ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl 58

¹⁹ “Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica”

Revisada la historia clínica hecha por el cirujano oncólogo de cabeza y cuello que realizó la intervención, advirtió que *“según historia anterior tiene síndrome de Eagle, más de lado derecho”*, sin embargo, ninguna anotación hizo sobre una imagen diagnóstica. En su declaración, él mismo advierte en primer lugar que esa en verdad no era la radiografía del asunto, que era un TAC y que en todo caso ese documento por sí solo no era suficiente, pues habría que tener la imagen dado que muchas cosas que se ven en allí, no son las mismas que se ven en radiología, acepta que no dejó referencia de imagen alguna, pero insiste en que sí tuvo acceso a la radiografía para poder haber hecho el diagnóstico, y porque *no se podía hacer a ciegas* ala cirugía, solo que fue una omisión no consignarlo, debiendo hacerlo. Y si bien es cierto que las deficiencias en el llenado de la historia clínica pueden constituir un indicio en contra de la actuación del galeno, la jurisprudencia es clara en que *“la defectuosa elaboración de una historia clínica no hace automáticamente responsables al profesional o institución médica”*²⁰.

Resaltó la Corte Suprema de Justicia que *“a partir de la omisión total de la historia clínica, o de la presencia de tachaduras, enmendaduras, borrones, intercalaciones etc., o del aporte de una incompleta, pueda el juez, atendidas las circunstancias, deducir un indicio más o menos grave en contra de la entidad o el profesional demandado”*. Pero se trata sólo de eso, de un indicio, **más no de la acreditación de la causación del daño por el solo efecto de la omisión en el cumplimiento del deber profesional**²¹. (Énfasis de la sala). Pero como fuere, si en gracia de discusión de allí se pudiera derivar alguna responsabilidad, e incluso sobre el diagnóstico, lo cierto es que el daño, como elemento preponderante de la responsabilidad, no está probado, como se verá.

El apelante se duele en el recurso de que el juez fundó su providencia en los dichos de testigos técnicos que no tienen que ver con la especialidad que requiere el demandante. Es por lo menos llamativo que a pesar de ese reproche el demandante trate de fundar el daño en los dichos del perito que aportó, médico general. Esa fue una de las razones por las cuales el juez de primer grado les restó valor suasorio a los dichos del perito Ríos Noreña.

Si bien las *credenciales* del perito son relevantes de cara a la fiabilidad de sus dichos en ciertos aspectos muy especializados de la medicina, como sin duda

²⁰ CSJ, SC3253-2021, Rad. 08001 31 03 010 2010 00067 01

²¹ CSJ, SC5641-2018, retomada en SC3253-2021.

lo es el que acá se analiza, lo cierto es que la Sala considera que la ausencia de especialización médico quirúrgica de quien sustentó el dictamen no es por sí sólo un motivo para quitarle todo valor de convicción probatoria. La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha delineado criterios para la valoración del dictamen pericial, de los cuales se resalta en este punto la *“calificación e idoneidad del experto”*, según la cual *“[s]e deben corroborar sus credenciales; la preparación académica en la materia analizada, la experiencia adquirida en el campo, o en una combinación de ambas. También se debe tener en cuenta la experiencia forense acreditada por el perito en el ejercicio de su labor en otros litigios en donde se haya discutido la cuestión indagada”*²².

Independientemente de que el perito no tenga estudios posgraduales en medicina, se insiste, ese criterio es insuficiente por sí solo para desdeñar la totalidad del valor de convicción del dictamen. Sin embargo, sí llama la atención la variadísima cantidad de temas sobre los que el médico-cirujano ha fungido como experto en procesos judiciales, que van desde traumas con secuelas; pasando por muerte y complicaciones por cirugías estéticas; afecciones cardíacas; asuntos obstétricos y neonatales; peritonitis, entre otros²³. Además de lo diletante de su conocimiento respecto de muy diversas áreas especializadas de la medicina, lo cierto es que no se observa algún ribete especial en su conocimiento respecto del asunto de fondo que ahora se resuelve.

En todo caso, el análisis del fondo de sus dichos es lo que constituye el verdadero criterio de valoración de su fiabilidad, ya que, como lo ha dicho la jurisprudencia, se debe *“examina[r], ante todo, la consistencia, claridad y solidez dada por la validez del método o técnica subyacente, la utilización en los hechos del caso y la ilación lógica entre los fundamentos y la conclusión resultante”*²⁴. Es en este punto donde las conclusiones, principalmente sobre la ocurrencia del daño, caen estrepitosamente. El perito concluyó que *“después de esas cirugías el paciente ha quedado con secuelas permanentes como es el dolor local constante que interfiere en la calidad de vida”*²⁵.

Llegar a esa conclusión, sin duda, requiere de un análisis integral de la historia clínica del paciente, asunto sobre el cual se le indagó al sustentar el

²² CSJ, SC5186-2020. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

²³ Primera instancia / 03CDO02.PDF, fl. 298 - 300

²⁴ CSJ, SC5186-2020. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

²⁵ Primera instancia / 03CDO02.PDF, fl. 297

dictamen. La apoderada de la demandada inquirió: *“usted tuvo la oportunidad de revisar la totalidad de la historia clínica del paciente”*, a lo que el perito respondió que sí, pero que en el dictamen solo hizo un resumen²⁶. Sin embargo, cuando le preguntaron que si el paciente había consultado por psicología o psiquiatría dijo que no, que no lo vio, que se ocupó de otras cosas de la historia, y con anterioridad había referido no haber visto interconsultas con psiquiatría. Cuando le pusieron de presente uno de los apartados de la historia clínica donde se observa consulta por la remisión a psiquiatría, preguntó la fecha, y anotó que no había analizado esos apartados, porque, dijo: *“la historia que yo revisé fue hasta el año 2011”*²⁷.

Eso es relevantísimo, ya que la tesis de los profesionales de la medicina que lo han atendido es que los dolores del paciente tienen origen psiquiátrico, no orgánico. Y son muchos los médicos y especialistas que lo han dejado asentado así en la historia clínica del paciente. El médico Juan Fernando Jiménez dejó anotado el 17 de diciembre de 2015: *“pte [paciente] muy complicado, llora, magnifica, con somatomorfo (...) cualquier movimiento es un dolor”*²⁸ allí se indicó que era reacio al tratamiento. El especialista en dolor y cuidado paliativo del Instituto Colombiano de Dolor Daniel Campuzano Escobar dejó asentado tras atención de julio de 2016: *“evaluado por gran cantidad de especialistas – no se ha encontrado causa orgánica del dolor siempre está polisintomático estado de hiperalgesia generalizado con hiperextensión del dolor y síntomas difusos inespecíficos (...) evolución muy tórpida, todos los días tiene un nuevo síntoma”*²⁹.

La médica Catalina Arroyave Gómez (con aval de cardiólogo) en historia de junio de 2016 realizada en el centro del ejercicio y rehabilitación cardiaca dejó anotado: *“relata todos sus diagnósticos con palabras textuales de las historias clínicas, y muy confundido porque cualquier término que no esté [sic] en su entendimiento, ya se angustia”* y más adelante se detalló, *“paciente con patología psiquiátrica, llega con lluvia de ideas, se aprende absolutamente todos los diagnósticos de paraclínicos, pero en su discurso solo demuestra que está más [sic] confundido con esa información, mezcla conceptos de una y otra área, es muy difícil hacerlo entender”*³⁰. El ortopedista Gabriel Eduardo Flórez Medina, en historia tras atención por su especialidad de febrero de 2016 dejó dicho: *“paciente revela una cantidad enorme de patologías de las cuales enumera una por una y repite las*

²⁶ [05001310301520180020400_L050013103015CSJVirtual_02_20210810_093000_V.mp4](#), desde 00:46:15

²⁷ [05001310301520180020400_L050013103015CSJVirtual_02_20210810_093000_V.mp4](#), desde 00:51:00

²⁸ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl 58

²⁹ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl 250

³⁰ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl 254 y 256

lesiones lo cierto es que al reinterrogarlo solo refiere dolor lumbar irradiado (...) refiere perdida de la memoria y repite en forma incesante los síntomas con lujo de detalles”. Allí recomendó: “requiere urgente cita con psiquiatría ojo urgente esta [sic] en una fase maniaca con síntomas psicóticos [sic]”³¹.

De lo narrado, entre otras cosas, resulta bastante relevante que diversos profesionales hayan detallado que existe hiperalgesia en el paciente. Ello es así, porque el perito de los demandantes cimenta el daño en que el paciente refiere dolor al tacto en el lugar donde se realizó la cirugía de apófisis estiloides, y llegó a esa conclusión, como se evidenció, sin tener en cuenta los antecedentes del señor Édgar. El neurocirujano de apellido Cumplido, que atendió al demandante y acudió como testigo técnico, explicó la anotación en la historia clínica referida a la hiperalgesia generalizada de la siguiente forma: *“significa que son personas que tienen reacciones exageradas dolorosas, por decir algo, digamos que una persona tiene una hernia discal en la región lumbar y que se va a operar de la región lumbar, y se le coge un brazo y se le levanta y grita del dolor; eso es una hiperalgesia que no tienen absolutamente nada que ver con el origen de la otra enfermedad”³².*

Misma explicación dio el ortopedista Flórez Medina, quien, como ya se vio, atendió al demandante. En audiencia explicó que la hiperalgesia significa, en un paciente, *“que realmente le duele todo, o tiene mucho dolor ante una situación que es inocua o que es menor, tiene una reacción al dolor exagerada; pues el simple hecho de tocar una articulación, desencadena en una respuesta física, facial, mental, de dolor, de una cosa menor. O sea, una respuesta exagerada al simple hecho de examinarlo, por decir algo (...) también se nota cuando uno toca al paciente y simplemente el hecho de palparlo genera dolor”³³.*

Para ese testigo técnico, es evidente que ello es lo que ocurre en este paciente. Haber tenido esa información respecto del diagnóstico del señor Eusse era necesario para el perito, pues la conclusión requería de otros recaudos o previsiones, que, sin duda, no tuvo. Es que son varias las anotaciones en la historia clínica donde se dice que no se encuentra causa orgánica³⁴ del dolor, se detalla hiperalgesia, *“múltiples puntos gatillo, dolor en todo el cuerpo y se encuentra signos*

³¹ 01PrimerInstancia / 02CDO01.PDF. fl 274

³² 04 AUDIENCIA CD1 / [0500131030152018002040020200117094826.wmv](#), desde 01:09:05

³³ 04 AUDIENCIA CD1 / [0500131030152018002040020200117094826.wmv](#), desde 00:28:35

³⁴ Así lo hizo saber el perito Bernardo Soto al explicar la historia clínica, a lo que explicó que gran cantidad de especialistas y con varias ayudas diagnósticas no han encontrado una causa orgánica, se llega a la conclusión de que hay un componente mental. [05001310301520180020400_L050013103015CSJVVirtual_01_20210810_093000_V.mp4](#) desde 01:13:00 y 01:25:00

de wadell”³⁵. Esas precauciones eran las que debía tener el perito ante un paciente con esas anotaciones³⁶; pues su conclusión se funda precisamente en el examen del paciente que presenta dolor al tacto, y para ello no tuvo en cuenta todo lo narrado en la historia clínica, frente a lo cual, de haberlo sabido, debió proceder de forma más detallada. Y aquí toma relevancia la ausencia de explicación del método, clave en los dictámenes periciales, pues de ninguna manera explicó cuál fue la intensidad o forma de la palpación, por lo que la conclusión se desluce.

En todo caso, a pesar de la conclusión que arrojó en el informe pericial, al ser contradicho en audiencia, el mismo perito fue el que confirmó que no existió daño, veamos. Dijo específicamente que el dolor cervical a la palpación “no es consecuencia de la cirugía”, y cuando el juez le preguntó sobre cuáles “son las consecuencias negativas que pudo haber tenido la intervención”, todo lo detalló en términos de posibilidad, nunca indicó que se estaba frente a un daño concreto del demandante. Indicó “el paciente **puede quedar con dolores (...) puede tener consecuencias** de la manipulación de estos tejidos (...) **pueden influir** en esta área de la garganta y cuello”³⁷. Sin embargo, después dijo que “el paciente sigue con la misma sintomatología”³⁸ anterior a la cirugía.

Todo ello se refuerza con lo que exteriorizó después de que se le hizo caer en la cuenta de que no había revisado la totalidad de la historia clínica, y ante la pregunta: “usted sería tan amable de explicarle al despacho ¿con base en qué concluye usted que hasta la fecha el [demandante] todavía presenta dolores como consecuencia de la cirugía?”, respondió: “ojo, que yo no estoy diciendo de la cirugía, ojo. Yo estoy diciendo que el paciente continúa con los mismos síntomas que tenía antes de la cirugía, y se esperaba que el paciente después de la cirugía, esos síntomas iban a desaparecer, sino ciento por ciento, al menos en un porcentaje muy elevado”³⁹. Nótese que en la misma historia clínica que realizó el cirujano se puede leer que el paciente indicó para la época de la cirugía tenía molestia en garganta hace 20 años y se exacerbó hace 8 años. Entonces, cabe preguntarse ¿cuál daño?

³⁵ 03CDO02, fl 184. En este caso, anotación del médico adscrito al Instituto Colombiano del Dolor Daniel Campuzano

³⁶ En la historia clínica se evidencia que ante el examen físico se dejaba la anotación de que se encuentran signos de wadell, clave en el análisis de dolores sin causa orgánica. Al respecto, véase, entre otras VILLALOBOS VARGAS, Katherine y MADRIGAL RAMÍREZ Édgar. “Valoración médico legal de la simulación en lumbalgia crónica de índole laboral”. En Revista Clínica HSID v10-N1, 2020.

³⁷ [05001310301520180020400_L050013103015CSJVirtual_02_20210810_093000_V.mp4](#), desde 00:17:45

³⁸ [05001310301520180020400_L050013103015CSJVirtual_02_20210810_093000_V.mp4](#), desde 00:20:03

³⁹ [05001310301520180020400_L050013103015CSJVirtual_02_20210810_093000_V.mp4](#), desde 00:52:02

En esa línea, se resalta incluso que en el consentimiento informado para la intervención se indicó que esta podía tener riesgos complicaciones “y no ser posible la mejoría”⁴⁰. La afirmación expuesta en el recurso respecto de que “se duele el demandante de que el consentimiento informado no le propusieron el tratamiento y no fue firmado su voluntad [sic], sino que fue un acto impuesto, con la promesa de mejora dentro de unos años y con la amenaza de no prestarle más los servicios”, realmente se queda en ser una mera afirmación. Ningún hecho se narró en la demanda respecto de problemas con el consentimiento informado como lo dijo el apoderado de la parte demandada al descorrer el traslado del recurso; ello constituye una alegación nueva, y en todo caso, efecto alguno tiene en el presupuesto del daño. Además, no existe elemento de convicción que lo indique, ni siquiera la declaración del demandante.

Nótese que el accionante y su entonces apoderada no asistieron a la audiencia inicial y el señor Édgar no aportó excusa que le exonerara de las consecuencias procesales y probatorias. Así, en primer lugar, no sólo debe aplicarse la consecuencia del numeral 4 del artículo 372 del Código General del Proceso según la cual “la inasistencia injustificada del demandante hará presumir ciertos los hechos en que se fundan las excepciones propuestas por el demandado siempre que sean susceptibles de confesión”, sino que también fue la oportunidad que dejó pasar para detallar en qué consistía verdaderamente el daño que dijo padecer (sin ampliar la causa fáctica), o detallar las circunstancias previas a su intervención quirúrgica, que, dicho sea de paso, no hizo en la demanda.

Volviendo sobre el elemento daño, en el recurso se dijo que fue el procedimiento quirúrgico que le generó los dolores cervicales que lo han obligado a consultar con el Instituto del Dolor. Sobre sus remisiones al referido instituto, ya se dejó sustentado cuál fue el criterio de los profesionales allí adscritos que lo atendieron. Por otro lado, específicamente sobre los dolores cervicales, el perito Bernardo Soto, especialista en neurocirugía y subespecialista en cirugía vascular, siendo responsable con el ámbito de su conocimiento, expresó que no podía conceptuar sobre si el síndrome de Eagle fue bien diagnosticado, pero que sí evidenció de la historia clínica que ninguna afectación cervical generó la cirugía; asunto distinto era -dijo- que el paciente no hubiera mejorado⁴¹; todo ello consecuente con lo que se viene discurriendo.

⁴⁰ 02CDO01FL552-556, fl 1.

⁴¹ [05001310301520180020400_L050013103015CSJVirtual_01_20210810_093000_V.mp4](#),

En todo caso, se resalta que los resultados dañinos alegados en el recurso no coinciden con los que se presentaron en los hechos del escrito introductorio que en verdad se limitaron a *“altísimas alteraciones en el nivel masticatorio y de deglución, ahondando aún más su grave problema de esófago”*. No hay referencia a ese daño en el recurso, tal vez porque el mismo perito postulado por los pretenses descartó esa posibilidad. El apoderado demandante le preguntó *“¿en esta apófisis estiloides se insertan músculos, ligamentos, que al ser extirpada esa apófisis puedan complicar los músculos de la faringe, de la masticación, del señor Édgar Darío Eusse?”*, el médico Muñoz respondió: *“No. No. Ahí no hay una relación para que aparezcan estos síntomas, al contrario, deben desaparecer”*⁴².

Es la misma historia clínica la que muestra que tal daño al nivel masticatorio, de deglución y de esófago realmente no existe. Con posterioridad a la cirugía se ven ayudas diagnósticas que así lo reflejan. En TAC de cuello contrastado del 27 de noviembre de 2010 se puede leer: *“el espacio masticador, parafaríngeo, la cavidad oral y el espacio retrofaríngeo no demuestran alteraciones”*⁴³. En videofluoroscopia de la deglución de agosto de 2015, en la fase preoral y oral, *“procesó, integró transitó, trituró y masticó todas las consistencias alimenticias evaluadas. Tiempo de tránsito oral normal, se observó latencia en el proceso de masticación de la galleta”*. En la fase faríngea se observó *“reflejo de deglución dentro del tiempo normal”*⁴⁴.

Respecto del esófago, se anotó: *“apertura del esfínter esofágico superior e inferior normal. Se observó vaciamiento muy lento. Regurgitación y RGE espontáneo para los líquidos”*. Ahora bien, además de que ningún profesional ha sugerido siquiera la posibilidad de que la resección de dos huesos que salen del cráneo incidan en los procesos esofágicos, lo cierto es que en la historia clínica se puede leer que desde el año 2002 que el demandante tiene *“reflujo gastroesofágico ácido patológico”*⁴⁵, asunto confirmado también en marzo de 2006, antes de la cirugía, donde se concluyó que tenía una *“alteración en la motilidad esofágica”*⁴⁶.

3.5. Conclusión

⁴² [05001310301520180020400_L050013103015CSJVirtual_02_20210810_093000_V.mp4](#), desde 00:30:18

⁴³ 02CDO01.PDF, fl 88

⁴⁴ 02CDO01.PDF, fl 238 y 300.

⁴⁵ 02CDO01.PDF, fl 24.

⁴⁶ 02CDO01.PDF, fl 297.

Como quedó expuesto, a pesar de que existen dudas frente al llenado de la historia clínica en el cual se omitió información relevante, lo cierto es que ninguno de los reparos propuestos por la parte demandante respecto de la prueba del daño prosperó, pues quedó plenamente acreditado que no existió afección alguna con la realización de la cirugía de apófisis estiloides. En ese sentido, se confirmará la decisión de primer grado y se condenará en costas a la parte demandante, para el efecto el magistrado ponente fijará como agencias en derecho la suma de \$1'300.000.

IV. DECISIÓN.

Con fundamento en lo expuesto, **la Sala Cuarta de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad Constitucional y legal,

FALLA:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida 29 de septiembre de 2021 por el Juzgado Quince Civil del Circuito de Oralidad de Medellín por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte demandante. El magistrado sustanciador fija como agencias en derecho la suma de \$1'300.000.

TERCERO: NOTIFÍQUESE esta providencia a los sujetos procesales y **DEVUÉLVASE** el expediente al Juzgado de origen.

Proyecto discutido y aprobado en sala de la fecha

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados, (Firmados electrónicamente)

BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA

JULIÁN VALENCIA CASTAÑO

PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA

Firmado Por:

Benjamin De Jesus Yepes Puerta
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Julian Valencia Castaño
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 010 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Piedad Cecilia Velez Gaviria
Magistrada
Sala 002 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **485a5032be7ca3c096dfbbc67c93d247e174e8b4d2bae101e503ba4540d12e37**

Documento generado en 29/10/2024 11:37:59 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>