

**CORTE SUPREMA DE JUSTICIA  
SALA DE CASACIÓN CIVIL**

Magistrado Ponente  
**Pedro Octavio Munar Cadena**

Bogotá, Distrito Capital, veintiséis (26) de noviembre de  
dos mil diez (2010).

Ref.: Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01

Decide la Corte el recurso de casación interpuesto por la CLÍNICA EL BOSQUE LTDA. contra la sentencia proferida el 1º de agosto de 2006, por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, dentro del proceso ordinario promovido por EFRAÍN ARENAS CUBILLOS y MARÍA ASCENSIÓN MONTENEGRO DE ARENAS frente a la EMPRESA DE ENERGÍA DE BOGOTÁ y la recurrente, al cual fueron vinculadas las aseguradoras COLMENA S.A. y LA PREVISORA S.A.

**ANTECEDENTES**

1. La parte actora pidió declarar a las entidades demandadas civil y solidariamente responsables de las "graves e irreversibles secuelas" sufridas por la menor Leandra Tatiana Arenas Montenegro como consecuencia del servicio médico de salud prestado por el prenombrado centro asistencial -intervención quirúrgica y cuidados pos-operatorios-, por orden de la otra entidad encartada; subsecuentemente, reclamó que se condenara a las demandadas a indemnizarles los perjuicios morales, fisiológicos y materiales -daño

emergente y lucro cesante-, en la cuantía señalada en la demanda o en la que sea tasada por los peritos, como también a que asuman todos los costos de rehabilitación de la menor.

2. Sustenta sus pretensiones en la situación fáctica que se sintetiza, así:

2.1 El señor Arenas Cubillos afilió a su nieta Leandra Tatiana Arenas Beltrán, hoy hija adoptiva, al servicio de salud a que tiene derecho en la Empresa de Energía Eléctrica de Bogotá, en su condición de pensionado, habiendo ésta expedido en mayo de 1997 el carnet respectivo.

2.2 La citada entidad estableció convenios de adscripción con entidades hospitalarias y profesionales para la atención de sus empleados y beneficiarios, entre ellas con la Clínica El Bosque Ltda.

2.3 La menor Arenas Beltrán acudió en consulta con el doctor Héctor Gabriel Gómez Velásquez, médico general del Departamento de Salud y Bienestar de la empresa de energía en mención, quien la remitió donde el doctor Gabriel Oliveros Abrajaim, especialista también adscrito a ese servicio, para que le tratara una corrección de estrabismo.

2.4 Realizados los exámenes de rigor y la evaluación del anesthesiologo, el médico Oliveros Abrajaim practicó, el 17 de junio de 1997, en el citado centro hospitalario, la aludida cirugía, pero la paciente en la etapa pos-operatoria empezó a convulsionar, en "forma exagerada y anormal", siendo atendida por los pediatras sólo seis horas después de que presentó esa sintomatología, momento en el que ya "una hipertemia maligna" había causado estragos irreversibles, daño que tuvo ocurrencia por "una falla en el servicio".

2.5 La Secretaría de Salud Distrital adelantó contra la clínica una investigación por esos hechos, habiendo encontrado que existieron fallas en la asistencia médica prestada a la infante, por lo que sancionó a dicha entidad con la imposición de una multa, según la Resolución 00361.

2.7 El 24 de octubre de 1997, la empresa de Energía Eléctrica de Bogotá, por conducto de Codensa S.A., requirió al señor Arenas Cubillos para que devolviera el carnet de Leandra Tatiana, aduciendo que su afiliación como beneficiaria no reunía los requisitos legales. Por tal razón, éste instauró una acción de tutela que terminó amparando los derechos de la niña, en virtud de que el juez constitucional dispuso que aquella debía continuar prestándole los servicios asistenciales, médicos y farmacéuticos, como también la rehabilitación requerida.

2.8 Los demandantes están legitimados para ejercer la acción, por cuanto adoptaron a la menor, según sentencia proferida por la Juez 10 de Familia de Bogotá, el 27 de julio de 1998, atendiendo a que siempre habían actuado como sus padres, dado que los biológicos -Oscar Javier Arenas Montenegro y Sandra Milena Beltrán Ávila-, por falta de recursos no podían cumplir con su obligación.

3. La demanda fue admitida y replicada por las demandadas, quienes se opusieron a la prosperidad de las pretensiones. La clínica adujo en su defensa la "ausencia de culpa o cuasidelito" y "la fuerza mayor", mientras que la empresa de energía alegó otras más que no es del caso reseñar.

4. El centro asistencial llamó en garantía a la sociedad "Seguros Colmena S.A.", que alegó "la inexistencia de las obligaciones

reclamadas". La previsorora S.A., también llamada por la otra demandada, igualmente planteó varias excepciones.

5. Tras haberse surtido la instrucción del proceso y la etapa de alegatos, el juez cognoscente falló el asunto, mediante sentencia de 19 de octubre de 2005, en la que acogió las súplicas de la demanda y condenó a las aseguradoras llamadas en garantía al pago de las indemnizaciones hasta el monto asegurado.

6. El Tribunal revocó lo resuelto respecto de la Empresa de Energía de Bogotá y la aseguradora la Previsorora S.A., y en lo demás confirmó la sentencia apelada.

### LA SENTENCIA DEL TRIBUNAL

Luego de asentar las razones que lo conducían a revocar la condena impuesta a la Empresa de Energía, las cuales, dado el alcance del recurso, huelga reseñar, se adentró en el examen de la situación de la clínica, punto en el que estimó que no existía discusión respecto de que allí se le practicó a la menor Leandra Tatiana una cirugía para corregir un estrabismo; que la paciente desarrolló un cuadro de hipertermia maligna y que la complicación se presentó en el pos-operatorio; que la hipertermia maligna es un hecho de rara ocurrencia y su aparecimiento puede obedecer a factores genéticos; que es una situación fortuita y que, además, de ella no es posible predicar la existencia de medicamentos o de procedimientos que impidan su ocurrencia; y que el tratamiento aplicado a la niña se sujetó a las normas que regulan el tema.

Asentó, a continuación, que la prestación de servicios médicos y hospitalarios constituye una obligación de medios, por lo que

al demandado, para liberarse de responsabilidad, le basta demostrar que actuó con diligencia y con sujeción a las reglas técnicas pertinentes, en aras de poner al descubierto la ausencia de culpa en la producción del daño. Y para apuntalar esa consideración señaló que la doctrina, de manera uniforme, ha precisado que " (...) dicha prueba consiste en demostrar que ejecutó la prestación a su cargo, esto es la serie de actos (...) previstos por la ciencia y el arte médico para el tratamiento del caso que el paciente le confió: que estudió la historia y particularidades del paciente; que en presencia de los síntomas consultados y percibidos y hecha la evaluación de su estado de salud ordenó los exámenes previos a su intervención para precisar el diagnóstico, si no acertado por lo menos consecuente en esas circunstancias y determinó la terapéutica correspondiente; que preparó al paciente con las drogas e indicaciones para la intervención quirúrgica; que se rodeó del personal auxiliar especializado y experimentado; que recluyó al enfermo oportunamente en un hospital; que disponía y utilizó los equipos adecuados; que practicó las incisiones e hizo las operaciones requeridas y en la forma prevista por su técnica; **que controló los síntomas vitales del operado**; que intervino al paciente en condiciones de asepsia; que dio las órdenes y las instrucciones apropiadas para el control post-operatorio; que explicó al paciente o a su familia los efectos y las precauciones a ser tomadas durante este período; que mantuvo un control y vigilancia sobre el enfermo, su progreso; etc. (...)’ ”.

Descendió luego al campo probatorio y advirtió que el Instituto de Medicina Legal conceptuó que la clínica actuó observando las normas de excelencia en el tratamiento de la crisis que afectó a la niña a raíz de la hipertermia maligna; empero, le restó mérito probatorio a tal experticia porque, a su juicio, sus conclusiones, por no presentar soporte demostrativo alguno, son

especulativas, aplicables a nivel teórico pero no al caso concreto, amén que no permiten establecer si en realidad los galenos tuvieron en cuenta los signos vitales, o si simplemente actuaron rigiéndose por su experiencia, ya que de acuerdo con lo probado esos datos no fueron consignados por la enfermera. Por el contrario, encontró que el centro hospitalario fue sancionado por las fallas presentadas "en la calidad del servicio asistencial prestado a los menores", mediante Resolución No.000361, acto administrativo al que le reconoció un especial poder de convicción, en la medida que detalla pormenorizadamente los errores en que incurrió el colectivo médico y paramédico en el manejo del caso, amén que reseña aspectos omitidos en el estudio efectuado por el Instituto de Medicina Legal; además, que es relevante por la inmediatez de su práctica y la espontaneidad de sus conclusiones.

Arguyó, igualmente, que la ausencia de reporte de los datos no sólo importaba para fijar el cumplimiento de la norma técnica consignada en el protocolo, sino, especialmente, por su específica finalidad, esto es, la de llamar la atención de los médicos sobre la real situación de la paciente, omisión que, según la Secretaría de Salud, impidió la recolección de datos relacionados con la temperatura corporal y ritmo cardíaco, cuestión que retardó el diagnóstico de la hipertermia maligna, por cuanto los signos vitales constituyen un síntoma de manifestaciones de alarma que indican la aparición de complicaciones, cuya ausencia provocó que los médicos creyeran que la sintomatología presentada por la menor era una respuesta normal a la anestesia, conclusión que " 'careció del debido soporte diagnóstico y la cual solo estuvo fundada en los soportes de experiencia' ".

Infirió, entonces, que la ausencia de determinación de los signos vitales de la menor había sido la causa de la confusión del cuerpo médico que atendió el pos-operatorio, al punto que transcurrieron ocho horas sin establecerse la naturaleza de las complicaciones presentadas por aquella, pues ellos contemplaban la posibilidad de una anomalía surgida de la aplicación de "novalgina", salvo la doctora Bresciani Otero, quien sin necesidad de revisar a los pacientes, pero atendiendo la sintomatología que le relataron presentaban, diagnosticó de inmediato un cuadro de hipertermia maligna, descartando que obedeciera a los efectos secundarios del referido medicamento.

Destacó que en el centro asistencial en un mismo día se registraron, casi en forma simultánea, dos cuadros con similares características, lo cual obligaba a que los médicos tratantes aguzaran su ingenio en aras de establecer la causa de la anomalía, agotando todas las posibilidades, especialmente porque los afectados eran niños, lo cual motivaba una particular atención para evitar las graves consecuencias.

Adujo, también, que una vez detectada la causa de la complicación, la atención prodigada no fue tan oportuna como lo demandaba la situación, pues el dantroleno sólo fue suministrado luego de haber transcurrido 3 horas y 15 minutos desde cuando la menor presentó un episodio de fiebre de 39 grados, amén que no se controló de inmediato la temperatura, mediante enfriamiento externo, con la aplicación de hielo, del cual, tampoco existían suficientes provisiones en el dispensario.

Dijo que la responsabilidad de la clínica no se apoya en el tratamiento intraoperatorio, ni en el surgimiento de la hipertermia maligna, "pues este es un hecho de rara ocurrencia, calificable como imprevisto", como tampoco por la actuación surtida desde cuando se suministró "el dantralone" hasta cuando se dio de alta a la menor. Más adelante precisó que dicha responsabilidad estribaba en las omisiones en las que incurrió la demandada una vez que la menor comenzó a desarrollar el cuadro, escenario en el que no actuó con la diligencia requerida, lo cual provocó que no se detectara la hipertermia y que se produjeran las secuelas que materializaron el daño, las que habrían sido menores si se hubiere diagnosticado a tiempo la aludida enfermedad, pues, según medicina legal, "el diagnóstico y tratamiento precoz de la hipertermia son esenciales".

Finalmente, el Tribunal abordó el análisis relativo a la inconformidad de la parte actora con la tasación de los perjuicios, como la planteada por Seguros Colmena S.A., hoy Liberty Seguros S.A., examen que tampoco es relevante trasuntar.

### LA DEMANDA DE CASACIÓN

Denuncia el recurrente, en el único cargo que formuló contra la sentencia opugnada, la violación de los artículos 1º de la Ley 95 de 1890, 1616 y 2341 del Código Civil, a causa de haber incurrido en diversos errores de hecho, pues omitió valorar los testimonios de Sandra Bresciani Otero, Jorge Ariel Marín y Luz Marina de Fátima Stevens Forero, como también la resolución inhibitoria proferida el 30 de enero de 1998, por la Fiscalía 23 Seccional de Bogotá, dentro de la investigación adelantada contra el

anestesiólogo Octavio Segura Guerrero, y el dictamen médico legal allí practicado, omisiones que lo condujeron a dar por probada, sin estarlo, la culpa de la clínica y a no reconocer la causal de exoneración de responsabilidad por ella alegada, esto es, "la fuerza mayor o caso fortuito", ya que está acreditado que se trató de una situación imprevisible, a la cual no fue posible resistirse.

Agrega que el juzgador sustentó su decisión únicamente en la Resolución No.000361 de 7 de abril de 1999, mediante la cual la Secretaría Distrital de Salud de esta ciudad sancionó al establecimiento sanitario, sin tomar en consideración los demás medios de persuasión recaudados -salvo el dictamen pericial a que hizo referencia en el texto de la sentencia-, incumpliendo así "con el deber de estudiar, analizar y valorar la totalidad del material probatorio", amén que omitió exponer razonadamente el mérito asignado a cada uno de ellos.

Luego de transcribir los aspectos mas sobresalientes de esos testimonios, reseña que omite ahora la Corte, pues la abordará más adelante, acota el impugnante que si el sentenciador hubiere valorado esas declaraciones habría concluido que el retraso en la identificación de la enfermedad no se debió a la supuesta omisión de la toma de signos vitales a los pacientes, sino a la atipicidad del cuadro clínico presentado, la simultaneidad de dos casos en personas sin vínculos de consanguinidad -teniendo en cuenta que se trata de una patología congénita- y la necesidad de descartar otras opciones diagnósticas que se acomodaban más a los signos y síntomas presentados. Añade que el numeral 8º de la situación fáctica expuesta en la demanda ratifica lo exótico del caso, pues se trata de dos menores, sin vínculos de parentesco, a los cuales se les

brindó la misma atención y con los que desplegó un mismo acto médico.

Arguye, también, que el juzgador ad quem pasó por alto la resolución inhibitoria emitida por la Fiscalía 23 de la Unidad Segunda de Vida emitida en la investigación adelantada contra el anesthesiólogo que atendió al otro menor, doctor Octavio Segura Guerrero, como también el dictamen pericial allí practicado, pruebas que conciernen con el mismo acto médico aquí debatido y, por tanto, son idóneas, conducentes y pertinentes.

De la citada decisión trasunta el aparte en que el fiscal asentó que " 'al imputado, doctor Octavio Segura Guerrero, con los antecedentes que presentaba el infante -producto esto de la información suministrada por sus padres- folio 3 del anexo 1- no le era previsible detectar la enfermedad para así proceder de una manera diferente, no hubo en el galeno falta de previsión (...)' " ya que la hipertermia maligna " '(,,,) es hereditaria y es un riesgo inherente al acto anestésico previsible pero no prevenible' ", y destaca que dicho funcionario concluyó que " 'así las cosas no puede prevenirse algo que no se conoce (...)' ", amén que tomó en consideración el dictamen médico legal allí practicado, en el cual se conceptuó que " 'el tratamiento brindado al menor una vez detectada la enfermedad fue apropiado (...)' ".

Insiste en que el Tribunal le confirió pleno mérito probatorio a la Resolución No.000361 de 7 de abril de 1999, porque, a su juicio, "fue emitida en la época de ocurrencia de los hechos", sin advertir la existencia de una experticia coetánea a ella, esto es, la rendida en la investigación penal, en la que el perito analizó el acto médico y no

encontró falla alguna en el tratamiento brindado a los susodichos pacientes.

Igualmente, le reprocha al juzgador *ad quem* haber preterido las providencias dictadas por el Tribunal de Ética Médica, mediante las cuales éste exoneró de responsabilidad al director de la prenombrada entidad de salud y a los galenos que atendieron a los niños, decisiones en las que esa corporación consideró que si hubo alguna demora en hacer el diagnóstico y en iniciar un tratamiento, ella no obedeció a desidia, imprevisión, indiferencia o descuido porque siendo la hipertermia maligna una entidad muy rara (su frecuencia varía, según los diferentes autores entre un caso para 7000 administraciones de anestésicos productores del síndrome hasta unos 65.000 en otras estadísticas) ya tenían los médicos tratantes una razón estadística muy valedera para dudar en acogerse a ese diagnóstico en forma rápida y confiada" (folio 9 fte y vto.); además que no se podía estar solicitando dantroleno, droga escasa, de composición inestable y costosa cada vez que se presenta alguna reacción anormal posanestésica, que pueda ser parte de esa terrible complicación".

Afirma que si el fallador hubiera examinado esa pieza procesal en conjunto con las demás que omitió valorar habría encontrado la explicación del porqué la tardanza en el suministro del dantroleno a los menores y, obviamente, habría inferido que era un medicamento de difícil consecución y conservación, por lo que no medió culpa alguna por parte del personal médico de la entidad accionada; de igual modo, hubiere advertido que la omisión en la toma de signos vitales no está probada y, de estarlo, ella no fue la causa del resultado lesivo, toda vez que los signos y síntomas eran inespecíficos e indicaban cualquier otra enfermedad, y tan así es

que la hipertermia maligna, conforme lo afirmó el doctor Marín, se produce al administrar el agente anestésico y no en el posoperatorio como aquí ocurrió.

Reitera que la decisión opugnada tomó como prueba plena la resolución administrativa proferida por la Secretaría de Salud Distrital, la cual es una mera actuación administrativa, en la que se estudiaron las posibles fallas presentadas en la atención brindada, pero no fueron las que desencadenaron el resultado fatal. Por concentrarse en el examen de esa determinación, el juzgador se abstuvo de valorar las demás pruebas aportadas.

De igual modo, sostiene que tal omisión aparejó que el sentenciador le restara credibilidad al dictamen rendido por Medicina Legal, en el cual los peritos manifestaron:

a) “ *la discusión sobre si hubo o no adecuada práctica médica en el caso de la niña no se centraría en todos los días en que estuvo en la UCI y cuando luego pasa al piso. La revisión de la historia clínica permite ver como fueron los médicos muy cuidadosos en sus órdenes y manejos médicos. Se solicitaron todos los exámenes posibles para establecer las condiciones neurológicas de la paciente. Tampoco puede centrarse el análisis del caso en el momento de la cirugía y del acto anestésico porque no se describen complicaciones transoperatorias ni en el acto anestésico’* ”;

b) “ *la atención médica se ajustó a las normas de excelencia de la práctica médica y las complicaciones que se presentaron surgieron de una práctica médica que se ajustó a las normas de excelencia de la práctica médica en Colombia’* ”, pues la “ *descripción del manejo de las convulsiones se ciñe a lo protocolizado*

*internacionalmente y en el manejo del síndrome convulsivo no hubo fallas' ”;*

*c) “ ‘en la literatura mundial la mayoría de los eventos de HM están referidos durante el procedimiento quirúrgico y las primeras manifestaciones clínicas son la rigidez de la musculatura mandibular (espasmo trismomasetero) asociada con flacidez de los músculos de las extremidades y la presencia de fiebre. En el caso de Leandra Tatiana, la niña salió de la cirugía sin novedad y estando en la sala de recuperación la primera anomalía que se describe es el haber convulsionado' ”;*

*d) “ ‘(...) en los niños es frecuente que se presenten convulsiones febriles, se podía pensar en una convulsión febril en principio; sin embargo, de acuerdo con la historia clínica en el momento de la convulsión no se presentaba fiebre' ”;*

*e) “ ‘en toda la revisión sobre la H.M. (hipertermia maligna) que se realizó no está descrito que el paciente presente como primer síntoma una convulsión”, por eso consideró que en este caso “la convulsión fue un hecho aislado y puesto que la niña después de la dosis de rivotril continuaba convulsionando el caso clínico se comportaba como un status convulsivo y el médico decidió administrar a la niña pentotal y luego tiopental' ”;*

*f) con respecto a la historia clínica asentó que pese a su desorganización “ ‘(...) cuenta con todos los elementos necesarios para evaluarla. Están las notas de evolución de los médicos tratantes, figuran las órdenes médicas, hay cuadros de evolución diaria de la UCI en los cuales se detallan todos y cada uno de los signos e índices diagnósticos y pronósticos utilizados. Las notas de enfermería están bien detalladas' ”;*

*g) relativamente a la administración del dantroleno a la paciente confirmó el dicho de los testigos, en cuanto que se trata de un medicamento de difícil*

consecución, habida cuenta que los expertos dijeron que "(...) en los países muy ricos es posible que en cada sala de anestesia tengan ampollas de dantroleno para ser usadas en caso de necesitarse. En nuestro país la situación es la siguiente: puesto que el dantroleno es un medicamento muy costoso y su vida útil después de envasado no es superior a seis meses no lo tenemos disponible en forma permanente. Como un interés gremial y académico la sociedad de anestesiología ha tenido disponible en Bogotá algunas ampollas de dantroleno que se almacenan en salas de cirugía de la clínica San Pedro Claver y cuando se presenta un caso de estos, los anesthesiólogos se comunican con el médico pionero de esta idea y el medicamento se envía al sitio requerido en el momento en que se solicite las veinticuatro horas del día (...)", además, " 'el sistema nacional de salud colombiano no tiene contemplado dentro del vademécum de fármacos nacional esta droga. Es decir, no hay una obligación para que todos los hospitales y clínicas del país tanto privados como estatales tengan la droga (...)' "

Precisa el impugnante que la convulsión no conducía a sospechar de una H.M., porque, conforme a lo dictaminado, dicho signo no se encuentra descrito como típico de tal patología, máxime que ese síntoma se presentó después de la supuesta omisión de la verificación de los signos vitales al ingreso de la menor a la sala de recuperación. Súmase a ello, que la peritación, según lo dispuesto en el artículo 233 Ibídem, es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos técnicos o artísticos, de ahí que el juzgador tenía que apoyarse en especialistas médicos para dilucidar el caso debatido, por tratarse de un tema que requiere conocimientos de medicina, ciencia totalmente ajena al saber jurídico; por consiguiente, aquel, al desestimar la experticia por ser genérica y teórica, desconoció que el objeto de ella era analizar el acto médico y en tal labor necesariamente tenía que partir de sólidos conocimientos científicos.

Arguye, además, que la paciente no respondió satisfactoriamente al dantroleno, cuestión que evidencia una situación realmente exótica, como lo reconocieron los expertos, pues señalaron que " '(...) debemos subrayar que una vez iniciado el dantroleno la niña siguió presentando hipertermia y los médicos en sus notas consignaron como un aspecto preocupante que pese al dantroleno la hipertermia no se lograba controlar satisfactoriamente. Vemos como la paciente entra en el grupo de pacientes con respuestas paradójicas a la droga' ", situación que tampoco tomó en consideración el Tribunal, que " 'debió haber realizado un exhaustivo análisis de la causalidad, a partir de la valoración de la totalidad de las pruebas' "

Por último, alega que la prenombrada entidad de salud no estaba obligada a tener la medicina requerida para el tratamiento de la fatal enfermedad, por lo que no podía reprochársele la falta de aquella, pues, según dijo el perito, inclusive " 'para marzo de 2004 la consecución del dantroleno en Bogotá sigue dependiendo de la gestión de la Sociedad Colombiana de Anestesiología. En entrevista a las principales clínicas de Bogotá con mayor disponibilidad de recursos económicos en ninguna se cuenta de forma permanente e inmediata con el dantroleno en las salas de cirugía' "

## CONSIDERACIONES

1. Como la responsabilidad debatida en este asunto, en línea de principio, concierne con la ejecución del acto médico y el supuesto incumplimiento de algunas obligaciones paramédicas (no tomar los signos vitales, omisión que habría impedido un acertado diagnóstico), conviene memorar cómo esta Sala ha sostenido

(sentencias de 12 de septiembre de 1985 y 22 de julio de 2010) que el acuerdo ajustado entre un establecimiento clínico y el paciente está integrado: 1) por las **obligaciones explícitamente estipuladas por las partes** (v. gr. las relacionadas con los servicios de enfermera permanente, custodia y vigilancia especial, acompañante, entre otras, que ineludiblemente deben pactarse por ellas; 2) **por las derivadas de la naturaleza misma del acuerdo** y 3) **por aquellas que por ley le pertenecen**, “deberes todos estos que pueden ser de disímil temperamento, pues pueden concernir, conforme lo señala autorizada doctrina, con: a) *el acto médico propiamente dicho*, esto es, con la actividad desplegada en orden a obtener el alivio o la curación del enfermo mediante la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de su enfermedad y, de ser el caso la cirugía que se recomiende; b) con ciertos actos de *asistencia sanitaria de carácter auxiliar* (paramédicos), tales como suministrar los medicamentos prescritos, inyectar calmantes, realizar ciertos exámenes, controlar signos, etc.; y, finalmente, c) cuando el negocio jurídico envuelve un *pacto de hospitalización*, toda la actividad relativa al aspecto hotelero del servicio sanitario que, valga la pena destacarlo, asume un carácter marcadamente instrumental en cuanto se endereza a facilitar la asistencia médica, y que le impone al deudor, entre otras, las obligaciones de proporcionar alojamiento y manutención al enfermo” (casación de 22 de julio de 2010).

También subrayó esta Corporación en el reseñado fallo que puede acontecer que el paciente pacte con el centro sanitario que éste asuma de manera integral la ejecución de esas tres especies de actos o, por el contrario, es posible que las escindan para encargarle el cumplimiento de los dos últimos, mientras que acuerda separadamente con un profesional de su preferencia la atención médica propiamente dicha, “hipótesis en la cual, como es apenas obvio colegirlo, la responsabilidad civil suele igualmente desdoblarse”.

*"En tratándose de la responsabilidad directa de las referidas instituciones, con ocasión del cumplimiento **del acto médico en sentido estricto**, es necesario puntualizar que ellas se verán comprometidas cuando lo ejecutan mediante sus órganos, dependientes, subordinados o, en general, mediando la intervención de médicos que, dada la naturaleza jurídica de la relación que los vincule, las comprometa. En ese orden de ideas, los centros clínicos u hospitalarios incurrirán en responsabilidad en tanto y cuanto se demuestre que los profesionales a ellas vinculados incurrieron en culpa en el diagnóstico, en el tratamiento o en la intervención quirúrgica. Por supuesto 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).*

*"Empero, a esa conclusión no se opone que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, asiente determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica en el caso concreto. En efecto, como quiera que es posible que una rigurosa aplicación de la disposición contenida en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad*

reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima, no es insensible la Corte ante esa situación, motivo por el cual asienta que, teniendo en consideración las particularidades de cada caso en concreto, lo que repele indebidos intentos de generalización o de alteración de los principios y mandatos legales, y en la medida que sea posible, puede el juez acudir a diversos instrumentos que atenúan o "dulcifican" (como lo denominan la doctrina y la jurisprudencia españolas) el rigor del reseñado precepto.

"Así, dependiendo de las circunstancias del asunto, se insiste una vez más, es posible que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 del C. de P.C.); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio *res ipsa loquitur* (como cuando se olvida una gasa o material quirúrgico en la zona intervenida, o se amputa el miembro equivocado, etc.); o teniendo en consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico deduzca una "culpa virtual" o un "resultado desproporcionado", todo lo anterior, se reitera aún a riesgo de fastidiar, sin que sea admisible la aplicación de criterios generales que sistemática e invariablemente quebranten las reglas de distribución de la carga de la prueba previstos en el ordenamiento.

"Ahora, si de los perjuicios producidos con ocasión de la realización de los actos de asistencia sanitaria de carácter auxiliar (paramédicos), o los derivados de pacto de hospitalización, se trata, no puede olvidarse que la actividad de los establecimientos prestadores del servicio de salud está reglamentada y, subsecuentemente, supeditada al cumplimiento de una serie de deberes y obligaciones de

*diverso temperamento. Así acontece, por ejemplo, en lo concerniente con las condiciones que deben reunir las instalaciones donde funcionan, con el equipamiento técnico y las exigencias de mantenimiento del mismo, con los materiales y productos empleados, con el control del riesgo infeccioso (esterilización y desinfección de los dispositivos médicos, profilaxis, calidad del agua, limpieza, descontaminación, gestión de los desechos, etc.), con los requisitos cualitativos y cuantitativos del talento humano con el que cuentan, aspectos todos estos en los que deben sujetarse a las exigencias legales, cuya inobservancia en cuanto genere perjuicios a los pacientes es fuente de responsabilidad, es decir, la entidad hospitalaria será responsable de su resarcimiento.*

*“Trátase, en fin, de un conjunto de requisitos técnicos, organizativos e instrumentales mínimos previstos en el sistema y que generan unos estándares que deben cumplirse, de modo que su inobservancia pone de presente una ineficiente organización en la prestación del servicio. En el mismo sentido, el cabal cumplimiento de la “lex artis ad hoc”, impone la implementación de una serie de medidas que tornan la organización en eficaz para el cumplimiento de sus obligaciones, en esta hipótesis, el incumplimiento de estos requerimientos compromete la responsabilidad de tales entidades por fallas funcionales.*

*“Por lo demás, es evidente, y así lo ha puesto de relieve la reiterada jurisprudencia de esta Corporación (sentencias de 12 de septiembre de 1985, 1º de febrero de 1993, 18 de octubre de 2005, entre otras), que dichas entidades también adquieren una obligación de seguridad, definida como aquella en virtud de la cual una de las partes en la relación comercial se obliga a devolver, al concluir el objeto de la prestación, sanos y salvos tanto a la persona del otro contratante como sus bienes, obligación esta que puede ser de **resultado**, en cuyo caso*

el deudor se compromete a evitar que el acreedor sufra un accidente en la ejecución del contrato que lesione su persona o sus bienes, por lo que le incumbe probar un hecho extraño para exonerarse de responsabilidad; o, por el contrario, puede tratarse, en hipótesis más reducidas, de un "deber general de prudencia y diligencia", enderezado a disponer de los medios necesarios para prevenir la producción de cualquier accidente.

"Todo lo anterior sin olvidar que los establecimientos dedicados al tratamiento de enfermos mentales igualmente asumen los deberes de vigilancia y custodia del paciente." (Sentencia de 22 de julio de 2010).

2. Ahora, ahondando en el examen del **acto médico propiamente dicho**, ha de decirse, con un fin marcadamente ilustrativo y sin necesidad de aludir al aspecto concerniente con la prevención de las enfermedades, propio, igualmente, del quehacer médico y de tanta relevancia hoy, que se trata de toda aquella actividad mediante la cual el galeno se compromete a emplear su habilidad y sapiencia con miras a curar al enfermo; para tal efecto, debe desarrollar un conjunto de labores encaminadas al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de aquel y, de ser el caso, a intervenirlo quirúrgicamente.

2.1 Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico y, en este caso, al anesthesiólogo, pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, *verbi gratia*, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o aleas propias de la ciencia médica, o aquellas que se derivan del estado del paciente o que provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o

de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, entre otras, las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.

Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.

El estado del paciente y sus reacciones orgánicas también pueden generar situaciones francamente imprevisibles que debe evaluar el juzgador al momento de determinar la responsabilidad médica; así, un marcado deterioro del estado de la salud puede incrementar el riesgo anestésico y quirúrgico, o el suministro de ciertos fármacos puede ocasionar en el enfermo reacciones inesperadas – alérgicas, tóxicas, idiosincrásicas, etc.-, que en la actualidad no es posible evitar con los recursos que la ciencia y la técnica médica ofrecen, como tampoco paliar algunos de sus efectos.

Incluso, no puede soslayarse que el quehacer médico, pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasione un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere concurrido

culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suele concluir que la llamada "iatrogenia inculpable", noción que también involucra los métodos terapéuticos y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometa su responsabilidad.

Otro tanto ha de decirse respecto del riesgo anestésico, entendido como la probabilidad de pérdida o daño derivada del obrar del anesthesiologo y que comprende los accidentes, complicaciones o secuelas asociadas con el del acto anestésico que sean imprevisibles e inevitables. Y en el ámbito quirúrgico, el riesgo corresponde a un concepto clínico -pronóstico-, fundado en la apreciación de la morbilidad, resistencia individual y operación, evaluación a la que es sometido el paciente antes de la intervención, a efecto de establecer su predisposición a sufrir afecciones en la intervención quirúrgica o en el posoperatorio, para evitar o minimizar tales consecuencias.

En fin, el riesgo puede estimarse "como la posibilidad de ocurrencia de determinados accidentes médico-quirúrgicos que, por su etiología, frecuencia y características, resultan imprevisibles e inevitables". Desde esa perspectiva, en línea de principio, tanto el riesgo quirúrgico como el anestésico no son reprochables al galeno, por su imprevisibilidad e inevitabilidad y, por ende, no suelen generar obligación reparatoria a cargo de éste.

Tales reflexiones resultan útiles en la comprensión del caso aquí debatido, toda vez que, hay que subrayarlo, el fallo recurrido partió de la premisa de que el padecimiento de la hipertermia maligna por la menor aquí afectada no era cuestión imputable al anesthesiologo o al establecimiento clínico, vale decir, que lo asimiló a un alea médica, de manera que la imposición de la condena resarcitoria no la fundó en ese supuesto, sino en la demora en formular la diagnosis de la

enfermedad y en la dilación de su tratamiento, aspectos a los que se contrae la censura.

2.2 Para efectos de aquilatar los alcances de la impugnación, es oportuno retomar el análisis de algunos aspectos del deber asistencial que incumbe a los médicos, concretamente, los relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, cuestiones estas que son particularmente descollantes en este asunto, pues, itérase, la responsabilidad endilgada a la clínica se afinca en las demoras que respecto de ellos coligió el sentenciador.

2.2.1 El *diagnóstico* está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la "anamnesia", vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.

Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar,

en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.

En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el **error culposo** en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; 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 un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.

Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.

Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron.

En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse *ex ante*, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.

**2.2.2 El tratamiento** consiste, en un sentido amplio, en la actividad del médico enderezada a curar, atemperar o mitigar la enfermedad padecida por el paciente (tratamiento terapéutico), o a preservar directa o indirectamente su salud (cuando asume un carácter preventivo o profiláctico), o a mejorar su aspecto estético.

En el primero de esos aspectos, que es el que interesa al caso, el tratamiento asume un fin eminentemente curativo, entendido este no solo en el sentido de sanar al paciente, sino, también, dependiendo de las circunstancias del caso, el de impedir el agravamiento del mal, o el de hacerlo más llevadero, o mejorar sus

condiciones de vida e, incluso, en el caso de enfermos terminales, mitigar sus padecimientos. Así las cosas, el facultativo se encuentra ante una ponderación de intereses en la que, atendiendo las reglas de la ciencia, debe prevalecer aquella consideración que le brinde la mayor probabilidad de alcanzar la finalidad propuesta. Por lo demás, no puede olvidarse que aquel goza de cierta discreción para elegir, dentro de las diversas posibilidades que la medicina le ofrece, por aquella que considere la más oportuna, todo esto, por supuesto, sin soslayar el poder de autodeterminación del paciente.

Por último, el tratamiento debe comenzar a la brevedad que las circunstancias lo reclamen, tanto más en cuanto su eficacia dependa de la prontitud con la que actúe sobre la persona.

3. La hipertermia maligna (H.M.), según la literatura médica, es "un síndrome clínico fármaco genético que se manifiesta como una crisis hipermetabólica cuando un individuo susceptible es expuesto a un agente anestésico desencadenante", cuyos signos clínicos habitualmente se producen en el quirófano, pero pueden retrasarse hasta que el paciente llega a la sala de cuidado posanestésico. Éstos incluyen "elevación inexplicable del dióxido de carbono del final de la espiración durante la anestesia general, incremento marcado de la ventilación minuto durante ventilación espontánea, rigidez muscular, acidosis, taquicardia, hipertensión, taquipnea, hipertermia, piel moteada, espasmo del músculo masetero, hiperkalemia, coagulación intravascular diseminada, incremento de la creatinina fosfato quinasa, mioglobina en sangre y orina, pruebas de coagulación alteradas y evidencia de rhabdomiolisis"; empero, la identificación temprana de un episodio de H.M. no es fácil, porque muchos de los signos clínicos son variables e inespecíficos, amén que para su diagnóstico tan sólo se cuenta con la prueba de cafeína halotano -biopsia muscular-, catalogada como el estándar de oro, la

que no sólo es costosa sino que en Colombia hasta hace poco se empezó a trabajar en su implantación. (Boletín del Comité Nacional de Hipertermia Maligna y la Revista Colombiana de Anestesiología. Publicaciones Oficiales de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación "Scare", Julio de 2005 y trimestre No.1 de 1994, respectivamente).

En el citado boletín también se expone que la causa de esa sintomatología es el incremento en la salida del calcio del retículo sarcoplásmico, generado por una mutación heredada en el gen receptor de la rianodina, el cual está en la membrana de dicho retículo. Y con relación al tratamiento de esa patología explica que diagnosticada la enfermedad de inmediato debe iniciarse el mismo, lo cual demanda, en síntesis, tomar las medidas requeridas para dar por terminado el acto anestésico, combatir la hipoxemia y la acidosis, controlar la temperatura corporal y contrarrestar las posibles complicaciones; incluso, según los especialistas en el tema, el dantroleno sódico (dantrium) es el único fármaco específico en el tratamiento de la H.M., capaz de revertir la causa inicial de ella -la liberación de calcio-, de ahí que sostienen que la administración temprana del mismo es vital, porque si se hiciera tardíamente, luego que el retículo sarcoplasma haya repletado todo su calcio, es inefectivo puesto que su principal efecto es prevenir la liberación del calcio (Revisión Bibliográfica Actualizada de la Hipertermia Maligna. Revista Horizonte Médico, volumen 7, No.1, junio 2007).

4. Ahora, en el caso en litigio, el fallo opugnado, itérase, radicó la responsabilidad atribuida a la clínica "El Bosque S.A" en la culpa en que ésta habría incurrido en la ejecución del acto médico -retraso en la diagnosis y en el tratamiento de la enfermedad-, y en el supuesto incumplimiento de una obligación paramédica a su cargo, concretamente, la falta de control de los signos vitales de la paciente,

lo cual habría ocasionado el retraso en el diagnóstico de la H.M. con las graves repercusiones en la salud de ésta.

El tribunal concluyó, ciertamente, que en la producción del hecho dañino, cuyo resarcimiento aquí se reclama, medió la culpa del centro asistencial demandado, en virtud de que no actuó con la diligencia y cuidado requeridos para evitar las secuelas de la hipertermia maligna sufrida por Leandra Tatiana, por cuanto, por un lado, el personal que atendió la complicación presentada por la menor durante la etapa posoperatoria no tomó sus signos vitales, omisión que habría retrasado la diagnosis de la enfermedad por ella padecida; y, por el otro, que una vez fue identificado el mal no le administró oportunamente el medicamento requerido, pues lo hizo después de haber transcurrido 3 horas y 15 minutos, amén que "a pesar de los estados febriles no intentó, de inmediato, el control de la temperatura mediante enfriamiento rápido externo".

La censura denuncia que esa conclusión es fruto de una indebida apreciación probatoria, pues el juzgador ad quem pretirió los medios de convicción referidos en el cargo, los cuales acreditan que el personal que atendió la complicación no incurrió en las omisiones imputadas y que el retraso en el diagnóstico obedeció a la atipicidad de los síntomas; empero, como se verá, sólo logra demostrar la estructuración de tal yerro fáctico frente a las inferencias concernientes con el retraso del diagnóstico y el uso de medios físicos para bajar la temperatura, más no respecto a la administración tardía del fármaco indicado para el tratamiento de la hipertermia maligna -dantroleno-, cuestión que por sí sola compromete la responsabilidad de la clínica y, por ende, mantiene la sentencia confutada.

4.1 En punto de lo concluido en el fallo impugnado respecto a la demora en la formulación de la diagnosis, se tiene que la

inferencia allí deducida contradice manifiestamente lo que las pruebas muestran sobre ese particular aspecto, toda vez que lo que ellas revelan es que el cuerpo médico de la institución hospitalaria actuó con diligencia frente al cuadro clínico presentado por Leandra Tatiana, pero pese a su esmerado empeño en identificar la enfermedad padecida, por la atipicidad de los síntomas, no fue factible diagnosticarla inmediatamente. Además, es patente que soportó la aludida deducción, fundamentalmente, en el fallo administrativo de la investigación adelantada por la Secretaría Distrital de Salud de esta ciudad (Resolución No.000361 de 7 de abril de 1999), el que, además de estar erróneamente sustentado, en principio, sólo acredita "su existencia, clase de resolución, el autor y la fecha de la misma".

En efecto, según consta en el resumen de la historia clínica (f.490 y s.s., C.1), la intervención quirúrgica practicada a la niña se llevó a cabo "a las 10 a.m. del día 17 de julio de 1997", habiéndosele administrado "anestesia inhalatoria con sevorane sin ninguna complicación intraoperatoria, procedimiento de duración de una hora"; luego de haber salido de la sala de cirugía le fue aplicada dipirona intramuscular para el dolor, "una hora después la paciente presenta cuadro convulsivo que cedió a la administración de pentotal, posteriormente presenta nueva crisis convulsiva que cede a la nueva administración de tiopental", momento en que fue atendida por el grupo de anestesia y se interconsulta al departamento de pediatría para su estudio, igualmente, "se practicó intubación orotraqueal y por la persistencia del cuadro convulsivo se inició goteo con rivotril, bolo de epamin y goteo de pentotal con lo cual se logra yugular la convulsión, al examen físico FC 150 FR 22 temperatura 37,7 grados centígrados en este momento bajo efectos de sedantes y anticonvulsionantes, en ventilación mecánica, gases arteriales con estado ácido básico normal y saturación en 98% con tensión arterial media de 50 frecuencia cardiaca de 200, inicia hipertermia hasta de 40 grados centígrados, se

**aplican medios físicos y compresas frías**, nuevamente presenta movimientos convulsivos en ojos y parpados por lo cual se continúan goteos de anticonvulsivantes, se interpreta el cuadro clínico como hipertermia maligna”.

Jorge Ariel Marín Grisales, anesestesiólogo en la intervención quirúrgica -corrección de estrabismo- practicada a Leandra Tatiana, atestó que dicho procedimiento lo inició hacia las 10:00 a.m. del día 17 de julio de 1997 y duró como hora y media, habiéndole administrado anestesia general de acuerdo con su edad y los requerimientos del acto anestésico, sin que durante su ejecución hubiere “percibido algún síntoma o signo que hiciera prever alguna complicación durante la cirugía”; que al finalizar, la niña fue trasladada a la sala de recuperación donde llegó despierta y fue vigilada constantemente, habiendo presentado “después de dos a tres horas” de estar allí “un cuadro de convulsiones tónico crónico”, el cual cedió “al tratamiento médico en forma parcial, ya que media hora después empezó a deteriorarse su estado con convulsiones mas frecuentes y trastorno de signos vitales, especialmente de oxigenación”, situación por la que sospechó un cuadro catastrófico por la sintomatología presentada, de ahí que fue sometida a “un tratamiento clínico intensivo, que consta de intubación para ventilación permanente, líquidos permanentes, exámenes generales de laboratorio, en fin una terapia de sostenimiento intensivo”; y después de transcurrir “unas tres o cuatro horas” del advenimiento del mentado síntoma presentó “un estado febril”, por lo que se realizó “una junta clínica” con la participación de los pediatras y el neurólogo de la institución, quienes empezaron a sospechar que podría tratarse de una H.M., motivo por el cual pidieron asesoría al director del Centro de Hipertermia Maligna en Colombia y la pediatra intensivista, ubicándola luego en la UCI, en donde continuó con los cuidados intensivos brindados en la unidad posoperatoria.

Dicho deponente afirmó que a las 14:00 horas del día de los hechos aún no se había identificado la hipertermia maligna "por la atipicidad en que se presentó", pues generalmente se presenta "en el inicio de la anestesia", situación que condujo a pensar a sus colegas que la sintomatología correspondía a la reacción a un medicamento (novalgina); además, dejó en claro que la única prueba de diagnóstico existente para ese mal es la biopsia muscular, la cual no la hacían en Colombia, aunado a que en la consulta preanestésica se informó que no existían antecedentes y factores predisponentes;

Luz Marina de Fátima Steveens Forero, coordinadora de la sala de cirugía de la clínica, quien dijo haber laborado el día de los hechos aproximadamente hasta las 5:30 p.m., explicó que "la cirugía transcurrió normalmente" (folio 356, C.1) y que encontrándose la menor en recuperación presentó complicaciones, por lo que enseguida llamó al doctor Marín Grisales, quien asumió inmediatamente el caso, junto con el neurocirujano y el pediatra de la clínica; igualmente, que el director de ésta se apersonó de la situación y a la paciente le fueron tomados laboratorios y rayos X, como también administrado medicamentos, cumpliéndose todas las órdenes médicas, incluso, "se aplicaron medios físicos para bajar la temperatura" (f.357, C.1). Refirió, así mismo, que ese día se presentaron dos casos similares y lo único que advirtieron en común fue la aplicación de novalgina, disponiéndose practicar una prueba de toxicología, además, aseveró que para controlar la temperatura a la niña le dieron medicinas y le colocaron hielo en todo el cuerpo, anotando que en las salas de cirugía cuentan con una nevera en la que siempre hay hielo, amén de la reserva que tienen en la cafetería. Por último dijo que la H.M. es una enfermedad difícil de identificar y son pocos los casos en que se presenta, e igualmente que la clínica no tenía el fármaco prescrito para su

tratamiento, pero que la institución donde lo había atendía 24 horas y al requerirse era "despachado inmediatamente".

Sandra Bresciani Otero, pediatra intensivista y quien conoció del caso por interconsulta, narró que aproximadamente hacia las 7:30 p.m. arribó a la clínica y encontró a los niños intubados, monitoreados y bajo el cuidado de un equipo medico, siendo informada por éste que habían tenido convulsiones, alteración en el tono muscular y fiebre, por lo que su impresión diagnóstica fue hipertermia maligna y dispuso, entonces, continuar con la estabilización de los pacientes y administrarle dantroleno, medicamento de difícil consecución, incluso cuando se le indagó si tuvo a su disposición los elementos requeridos para atender la emergencia contestó: "a las siete y media de la noche cuando yo hice el diagnóstico se consiguió el dantroleno y estuvo"; así mismo, aseveró que "el cuadro clínico que inicialmente presentaron los menores no son inequívocamente de una hipertermia maligna" (escalofrío, náuseas y convulsiones), pues "pueden indicar muchas cosas (f.107, C.2), con relación al supuesto retardo en el diagnóstico dijo: "no es fácil de hacer ese diagnóstico de hipertermia maligna, los signos clínicos y síntomas son inespecíficos y pueden ser asociados a otra enfermedad, no necesariamente a la hipertermia maligna, y agregó "yo llegue a las siete y media de la noche. El cuadro clínico en ese momento se ajustaba al diagnóstico de hipertermia maligna, reunían las características para hacerla pensar. Eran dos niños sanos, después de anestesia, a pesar de que eran en diferentes salas, con diferentes anesthesiólogos y que era pues muy raro como una ganarse la pésima lotería (sic), es que es así, tenían fiebre, acidosis respiratoria y metabólica, las convulsiones, eso se apuntaba hacia la hipertermia maligna, por eso se pidió el dantroleno. Pero muy seguramente antes no tenían todos los signos y síntomas para hacerla pensar, no sé exactamente cuando tiempo había

transcurrido, pero es que es muy bizarro el cuadro" (folios 107 y 108, C.2).

El pediatra Ricardo Orlando Jaiquel, en la declaración trasladada a este proceso a petición de la actora, relató que fue solicitado por el servicio de recuperación hacia las 14:55 o 15:00 p.m. para atender el caso en cuestión, encontrando a Leandra Tatiana bajo el efecto de drogas anticonvulsivantes y "con signos vitales estables" y procedió a examinarla, observando que otra vez presentaba convulsiones, por lo que le administró rivotril, ante el cual cedió la crisis, e igualmente se realizó la intubación orotraqueal y se le colocó ventilación mecánica previendo una depresión respiratoria; además, en ese lapso de tiempo le tomaron exámenes paraclínicos como cuadro hemático, parcial de orina, potasio, calcio, glicemia; sodio, cloro, gases arteriales, encontrándose una acidosis respiratoria e hipoglicemia, y como se repitió el cuadro convulsivo le suministró epamin logrando controlarlo; luego "fue la aparición de fiebre, que apareció a las 17:00 más o menos, la cual fue incrementándose abruptamente hasta llegar aproximadamente a 39 grados centígrados o 309.5 por lo que se inició el manejo con medios físicos" y es en ese momento cuando se empieza a sospechar el cuadro de hipertermia maligna. De igual modo, destacó que ambos niños les aplicaron novalgina y los anestésicos administrados fueron diferentes.

Octavio Segura Guerrero, anesthesiólogo del otro menor afectado, precisó en la declaración que rindió ante la Secretaría de Salud del Distrito, trasladada a petición de la actora, los siguientes aspectos: a) Que la técnica de anestesia general empleada fue inhalatoria y utilizó como agente anestésico "Halotano"; b) Que antes de trasladar al menor a la sala de recuperación le fue aplicada novalgina intramuscular; c) Que la crisis convulsiva de éste inició hacia las 12:30 p.m.; d) Que después de ocurrir esa situación, la niña Arenas

Montenegro presentó dificultad respiratoria y movimientos tónico clónicos; e) Que ante ese cuadro analizaron con el anesestsiólogo de ésta los elementos comunes, esto es, el oxígeno, la solución endovenosa y los líquidos administrados, los que estaban en buenas condiciones, como también enviaron a toxicología la dipirona; f) Que como los niños continuaron convulsionando y "su monitoreo era mas o menos estable" llamaron al pediatra y al neurólogo de turno, como también al jefe de la UCI, quienes se apersonaron del caso; g) Que tomaron los exámenes de laboratorio pertinentes, desde gases arteriales hasta electrolitos; h) Que asumieron el tratamiento sintomático de los niños, los cuales manifestaban en su monitoreo cambios muy semejantes, sin presentar hasta estos momentos temperatura; i) Que los pacientes luego tuvieron taquicardia, elevación del CO<sub>2</sub> y temperatura superior a 39 grados, cuadro que los condujo a considerar que se trataba de una hipertermia maligna, de ahí que consultaron con el jefe del Comité de hipertermia maligna de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y emprendieron la consecución del dantroleno; j) Que el aumento de temperatura en los niños se registró hacia las 16:00 p.m.; k) Que durante los 25 años de su ejercicio profesional no había presenciado un cuadro de hipertermia maligna y que la forma como se presentó en este caso difiere de la evolución sintomática referida por la teoría conocida por él, pues es profesor de la Escuela Colombia de Medicina; l) Que en los dos casos en referencia la sintomatología se presentó en forma tardía y oculta, de ahí que se ocuparon de descartar una intoxicación por fármacos o una reacción neurológica toxica.

Miguel Otero Cadena (folios 2 y s.s., C.6), director de la clínica demandada para esa época, refirió que Sebastián salió de recuperación sin novedad y dos horas después tuvo vómito, frío y contracturas musculares, regresándolo a dicha sala; seguidamente, Leandra Tatiana presenta también contracturas musculares, detrimento

de la función respiratoria, siendo trasladada a recuperación donde le administran medicamentos, la intuban y le colocan ventilador, pero entre las 3:00 y las 4:00 p.m. se le subió la temperatura, además padece hipoxia, hipercapnia, hiperglicemia, de ahí que sospecharon que se trataba de una hipertermia maligna, situación que consultaron con el director del Comité respectivo, la pediatra intensivista, el neurocirujano, el neurólogo, los pediatras y el jefe de la unidad de cuidados intensivos. Dio cuenta también de que el único examen existente para detectar la mentada enfermedad era la biopsia de músculo esquelético disponible sólo en 10 centros de Estados Unidos y al que debe asistir el paciente para su práctica.

Ana Elizabeth Bejarano (folios 83 a 86, C.6), auxiliar de enfermería que recibió los niños, explicó que el personal de recuperación le entregó los niños entre 11:00 y 11:30 a.m., primero a Sebastián y luego a Leandra Tatiana, luego de haber transcurrido "unos quince o veinte minutos" el niño tuvo náuseas y frío, por lo que el doctor Segura ordenó administrarle zofran, pero unos minutos antes de la 1:00 p.m. volvió a valorarlo el doctor Franco, a quien le pareció que tenía convulsiones y dispuso trasladarlo nuevamente a recuperación. De igual modo, dijo que no controló los signos vitales a los infantes porque ellos se incomodan con cualquier aparato que se les coloque, pero también dejó en claro que el horario de turno que el día de los hechos le correspondió era de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

Carmen Elisa Riaño Rojas (folios 75 a 77, C.6), auxiliar de enfermería, declaró que el día de los hechos recibió el turno de la sala de recuperación a la 1:00 p.m., encontrando a Sebastián intubado, monitoreado y con signos vitales estables, ya le habían administrado pentotal; posteriormente, hacia la 1:30 p.m. pasaron a esa sala a la niña, quien "estaba somnolienta y los signos vitales inestables, todavía no estaba convulsionando", situación que informó al anesthesiólogo -Dr.

Marín Grisales-, el que dispuso suministrarle oxígeno, pero luego empezó a convulsionar por lo que este médico ordenó administrarle dextrosa al 5% más natrol y katrol, y como esa sintomatología no cedió llamaron al doctor Orlando Jaiquel, pediatra que la intubó, le ordenó exámenes de laboratorio y le administró pentotal, y ante la persistencia de las convulsiones le formuló rivotril. Agregó, que entre las 3:00 y 3:30 p.m. consultaron con el neurocirujano -Dr. Aristizabal-, quien recetó epamin y pidió exámenes de gases arteriales nuevamente.

Doris Stella Chuquin Rozo (folios 89 y s.s., C.6), auxiliar de enfermería -circulante de salas de cirugía-, atestó que Tatiana presentó dificultad respiratoria, entre la 1:00 y 1:15 p.m., además, que ella le controló los signos vitales a los niños (tensión arterial y frecuencia cardíaca) y los comparó con la hoja de record de anestesia, encontrándolos estables.

De ese material probatorio se extraen, entonces, las siguientes inferencias:

4.1.1 En primer lugar, contrariamente a lo concluido por el Tribunal, la prueba evidencia que a la menor Leandra Tatiana sí le fueron controlados los signos vitales, durante la evolución del cuadro clínico que presentó, pues, como bien puede observarse, en el resumen de la historia clínica así consta, y lo reafirma la prueba testimonial; en efecto, el anesthesiólogo Marín Grisales expresamente dijo: **“durante el tiempo que la niña estuvo en la sala de recuperación se encontraba bajo completa monitorización: pulsoximetría (sic), eletrocardiografía continua, presión no invasiva y temperatura cutánea ...”** (folios 36 a 39, C.6); la señora Steevens Forero manifestó: “sí, se les realizó monitoría a los dos menores, pero no recuerdo exactamente las cifras, pero en la niña la oximetría variaba mucho y si el anesthesiólogo soltaba la cánula, ella no respiraba sola y

posteriormente comenzó a presentar (...) elevación de temperatura hasta 39 grados y sus convulsiones eran muy continuas ..." (folio 4, C.6); el pediatra Ricardo Orlando Jaiquel afirmó que cuando llegó a examinar la niña (14:55 a 15:00 p.m.) la encontró "con signos vitales estables" (folio 47, C.6); el anestesiólogo Segura Guerrero, cuando refirió el discurrir del cuadro clínico de los pacientes en mención, aseveró que "su monitoreo era mas o menos estable" (folio 59, C.6) y la auxiliar Doris Stella Chuquin enfatizó haber controlado los signos vitales a los niños, incluso, los comparó con la hoja de record de anestesia y los encontró estables.

Esas atestaciones sobre la toma de los signos vitales a Leandra Tatiana en modo alguno están en contradicción con lo dicho sobre el particular por la auxiliar de enfermería Ana Elizabeth Bejarano (f.84, C.6), porque si bien ella afirma no haberlos controlado, también es claro que sólo atendió a los prenombrados menores hasta la 1:00 p.m., hora en que hizo entrega del turno, momento para el cual apenas empezaron a presentarse algunos síntomas, inclusive, ninguno ligado ineludiblemente con la hipertermia maligna; además, Luz Marina Steeves Forero (coordinadora de las salas de cirugía y esterilización de la clínica) corroboró tal dicho, pues dijo que la referida auxiliar el día de los hechos atendió el turno de la mañana (folio 45, C.6).

Si el sentenciador hubiese tomado en consideración las atestaciones reseñadas, no le habría restado mérito probatorio a la experticia rendida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (folios 62 a 121, C.3), en la cual el perito conceptuó que "el hecho de no haberse registrado estos signos vitales por la enfermera no puede entenderse como que los médicos obviaron los signos vitales de la paciente o no los conocieron para tomar sus decisiones", habida cuenta que si la niña fue intubada, le administraron pentotal y rivotril, le colocaron grandes volúmenes de líquidos

endovenosos, necesariamente le controlaron aquellos, porque, por un lado, esta droga es depresora del sistema nervioso y obliga a una monitorización cuidadosa de aquella, y por el otro, los médicos tenían que conocerlos para decidir el manejo del cuadro clínico.

4.1.2 En segundo lugar, las referidas pruebas acreditan que la dificultad para diagnosticar la hipertermia maligna realmente obedeció a la atipicidad de la sintomatología presentada por Leandra Tatiana y al marco temporal en que se desarrolló, cuestiones que, en las circunstancias en que tuvieron ocurrencia, justifican el hecho de que el cuerpo médico, pese a que actuó con toda la diligencia y cuidado que el caso ameritaba, no hubiese identificado dicha enfermedad cuando comenzó la complicación.

Los elementos de persuasión ponen de presente que la sintomatología de la enfermedad no apareció en el acto anestésico, como suele acontecer, sino mucho más adelante, en la fase posoperatoria, además que la menor no evidenció "espasmo del masetero", "rigidez muscular" y "cambios cutáneos", formas de presentación más frecuente de la hipertermia maligna; así mismo, los signos de ese terrible mal fueron apareciendo durante el transcurso de la tarde, al punto que algunos de los síntomas más indicativos, como son el incremento rápido de la temperatura corporal por encima de los 39° C., el aumento del CO<sub>2</sub>, la acidosis respiratoria y metabólica, tan sólo hicieron presencia, aproximadamente, después de las 4:30 de la tarde.

Con razón, entonces, los galenos sólo pudieron determinar que la niña padecía hipertermia maligna a la hora en que así lo concluyeron, pues, por un lado, antes el cuadro clínico no era inequívocamente indicativo de ella, amén que la presencia coetánea de dos casos, era francamente excepcional (como ganarse "una pésima

lotería" lo definió una testigo técnica); y, por el otro, la identificación temprana de un episodio de ese mal no era fácil porque, como se ha precisado, muchos de los signos clínicos son inespecíficos, esto es, varían de una persona a otra; de ahí su escaso valor para el diagnóstico diferencial o el pronóstico, además que son síntomas atípicos, porque en algunos pacientes se producen manifestaciones inusuales.

Puestas así las cosas, es patente que, a juicio de esta Corporación, que en punto del diagnóstico de la enfermedad no puede imputársele a la demandada, como lo hiciera el sentenciador acusado, un error culposo que comprometa su responsabilidad.

4.2. Y si bien puede decirse que el sentenciador de segundo grado también incurrió en el yerro que el recurrente le enrostra relativo a la supuesta inaplicación de medios físicos (hielo) para combatir la fiebre, lo cierto es que la censura no logró enervar la inferencia de ese juzgador según la cual la entidad demandada se demoró en el suministro del dantrolene, consideración que no luce ilógica o contraevidente frente al contenido objetivo de los elementos de juicio atrás reseñados.

4.2.1 El tribunal, ciertamente, incurrió en el error de apreciación probatoria imputado por la censura, al colegir que los médicos no intentaron, en forma inmediata, "el control de la temperatura mediante enfriamiento externo", pues el resumen de la historia clínica y los testimonios de Luz Marina Steveens Forero y Ricardo Orlando Jaiquel -pediatra-, evidencian que aquellos utilizaron hielo para bajar la fiebre a la niña; así, en el citado documento se lee: "(...) la paciente fue atendida por el grupo de anestesia y posteriormente se interconsulta al departamento de pediatría para su estudio (...) inicia hipertermia hasta 40° centígrados, se aplican

medios físicos, hielo y compresas frías" (folio 494, C.1); la señora Steveens Forero manifestó: "se utilizaron medios por medicamentos, y medios físicos, colocar al paciente en hielo en todo el cuerpo para bajar la temperatura rápidamente" (folio 357, C.1); y el mencionado pediatra informó que la paciente presentó fiebre, la cual "fue incrementándose abruptamente hasta llegar aproximadamente a 39 grados centígrados o 39.5 por lo que se inició el manejo con medios físicos" (folios, 47 y 48, C.6).

4.2.2 No obstante, y esto es supremamente relevante en este asunto, conforme se anunció atrás, no es factible tildar de absurda la inferencia atinente a la tardía administración a la paciente del medicamento prescrito para el manejo de la H.M., ni hay manera de afirmar que la misma contraría flagrantemente el contenido objetivo del acervo probatorio, pues resulta lógico razonar de esa manera, si se tiene en cuenta, por un lado, que los testigos dicen que el cuerpo médico identificó la H.M. cuando la menor presentó altas temperaturas y que ello acaeció aproximadamente, minutos más o menos, hacía las 5:00 p.m., diagnosis confirmada por la pediatra intensivista a las 7:30 p.m., y la historia clínica reporta que el dantrolene fue suministrado a la paciente a las 22:00 horas; y, por el otro, que la administración temprana de dicho fármaco era vital en el tratamiento de la referida enfermedad, además, de que éste podía obtenerse por conducto de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, durante las 24 horas del día.

En efecto, el doctor Marín Grisales manifestó que "(...) solamente cuando se presentó la fiebre, se pensó en hipertermia maligna, la fiebre se presentó dos horas después, de iniciada la sintomatología se afirmó que era hipertermia maligna (sic)"; el anestesiólogo Segura Guerrero, al describir el cuadro clínico presentado por los prenombrados menores, aseveró "(...) posteriormente comenzaron a presentar taquicardia, elevación del CO<sub>2</sub>

y temperatura arriba de 39 grados, esto hizo pensar más sobre la posibilidad de hipertermia maligna (...); el pediatra Ricardo Orlando Jaiquel afirmó que la fiebre "apareció a las 17:00 más o menos, la cual fue incrementándose abruptamente hasta llegar aproximadamente a 39 grados centígrados o 39.5 con lo que se inició el manejo con medios físicos, en este momento se comienza a sospechar el cuadro de hipertermia maligna (...); el doctor Miguel Otero Cadena refirió que "(...) aproximadamente hacía las 3 y media o 4 de la tarde, los menores presentan en forma sucesiva primero el niño y luego la niña, aumento de la temperatura corporal, que rápidamente y en menos de una hora alcanzan temperaturas de 39° centígrados. Con los datos de contracturas musculares similares a convulsiones, la hipoxia, una hipercapnia con cifras altas de retención de CO<sub>2</sub>, hiperglicemia, se sospecha la posibilidad del desarrollo de un síndrome de hipertermia maligna (...)", además, refiriéndose a la diagnosis y tratamiento de la H.M., dijo que "(...) a pesar de ser tan poco frecuente, el hecho de suceder casi en forma simultánea en dos pacientes, la aparición de los signos mencionados anteriormente obliga a sospechar el síndrome e iniciar de inmediato el manejo como si se tratara de hipertermia maligna. Las recomendaciones que existen al respecto, señalan incluso que ante el aumento de 2° centígrados en una hora es indicación de iniciar el tratamiento de la hipertermia maligna (...); y el cirujano que intervino a la menor -Dr. Oliveros Abrajim- expresó "yo llegue como a las 5:15 p.m. aproximadamente, Tatiana estaba aún en sala de recuperación intubada, con respirador, con líquidos intravenosos y convulsionando para lo cual le estaban aplicando medicamentos. Pregunté al anesthesiólogo que me había asistido en la mañana en la cirugía, qué era lo que había pasado, a lo que me respondió que después de haberla pasado a recuperación que el niño y la niña habían comenzado a convulsionar, que no se sabía la causa, que podía ser una reacción a la anestesia, que podía ser una hipertermia maligna o que podía ser una reacción a un medicamento

que habían usado en común. Ellos, el cuerpo médico, a esa hora sospechaba que se trataba de una hipertermia maligna y como tal la estaban tratando (...).

Esa diagnosis fue confirmada por la intensivista Sandra Bresciani, quien dijo que hacía las 7:30 p.m. atendió a los menores y enterada del cuadro clínico su "impresión diagnostica fue hipertermia maligna", por lo que sugirió obtener el dantrolene, fármaco que de acuerdo con lo reportado en la historia clínica fue administrado a la paciente a las 10:00 p.m., pues en ella se registró "(...) 22HS. Se pasa dantrolene 2 mg/kg. (...)" (f. 646 vto., c.1).

Transcurrieron, pues, alrededor de cinco horas desde el momento en que los síntomas eran más claramente indicativos de la enfermedad, y así lo contemplaban los facultativos, hasta cuando le suministraron a la niña el aludido medicamento. Inclusive, sigue siendo inexplicable la demora si se contabiliza el tiempo a partir del momento en que la Dra. Bresciani diagnosticó de manera rotunda la enfermedad (7.30 p.m.).

Súmase a lo anterior, que la coordinadora de la sala de cirugía manifestó que aunque "(...) el medicamento que se debe suministrar cuando se sabe que es una hipertermia no está a disposición de la clínica sino que existe un teléfono donde se atiende las 24 horas y en que en el momento en que se necesite es despachado inmediatamente" (f.357, c.1. Se subraya), disponibilidad a la que también hizo referencia el doctor Jorge Ariel Marín Grisales, pues dijo que "la única droga que se usa para tratar la contracción excesiva muscular es el dantrolene en Bogotá existe un centro de hipertermia maligna el cual durante las 24 horas tiene a disposición el dantrolene la cual es de difícil consecución (...).

Por otra parte, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses conceptuó que "(...) si la H.M. es fulminante entonces se necesita urgentemente un tratamiento adecuado para que el paciente sobreviva.> El dantrolene es el fármaco para el tratamiento específico. (...). El dantrolene detiene rápidamente el aumento del metabolismo y secundariamente se traduce en el regreso a los niveles normales de las catecolaminas y del potasio. Los mecanismos homeostáticos del organismo restablecen rápidamente la presión arterial y la frecuencia cardíaca y la actividad simpática vuelve a la normalidad. (...)". Y más adelante informa que "el diagnóstico y tratamiento precoz de la H.M. son esenciales. (...)", además informa que "(...) Como un interés gremial y académico la Sociedad de Anestesiología a tenido disponible en Bogotá algunas ampollas de dantrolene que se almacenan en las salas de cirugía de la Clínica San Pedro Claver y cuando se presenta un caso de estos, los anestesiólogos se comunican con el médico pionero de esta idea y el medicamento se envía al sitio requerido en el momento que se solicite las 24 horas del día. Esta ha sido una forma de sortear la situación ya que no es posible por problemas estrictamente económicos tener ampollas de dantrolene en todas las instituciones donde se realizan cirugías".

En ese contexto probatorio, la conclusión atinente a que en la producción del hecho dañino medió la culpa del centro asistencial, entre otras razones, porque a la paciente no le fue aplicado oportunamente el aludido medicamento, sino sólo después de haber transcurrido varias horas luego de presentar un episodio de fiebre de 39°, ni por asomo pugna ostensiblemente con la lógica y la evidencia de las pruebas; de manera, pues, que lo que el recurrente aduce en su favor -que esa droga en el país es de difícil consecución, dado su costo y su corta vida útil-, es una apreciación contraria a la situación que acaba de reseñarse y con la que, simplemente, pretende justificar la

demora en la administración del dantrolene, trayendo a colación cuestiones que con independencia de cuán atendibles puedan parecer, de ninguna manera muestran una notoria equivocación del sentenciador, pues en el punto éste valoró los medios de convicción sin violentarlos y en ejercicio de la autonomía que para el efecto le asistía.

El censor, en últimas, lo que busca es oponer, al criterio del tribunal, el suyo propio, disputa en la que, desde luego, no puede aspirar salir victorioso a pesar de la agudeza que pueda tener su razonamiento, por la sencilla razón de que clausurado el debate probatorio en las instancias, la sentencia allí proferida queda revestida por una presunción de acierto y legalidad, la cual en el terreno de los hechos sólo cederá ante la demostración de un yerro ostensible, amén de trascendente, el que ciertamente no se vislumbra en este caso, en punto de la demora en el tratamiento.

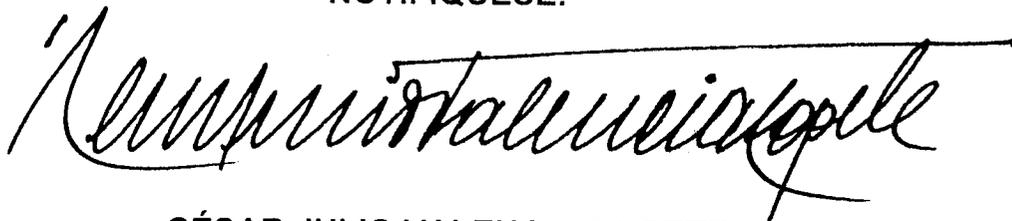
Como el referido argumento no sólo permanece incólume, sino que, en sí mismo considerado, resulta suficiente para mantener la decisión combatida, el cargo no puede abrirse paso, así se hubieren estructurado los demás yerros denunciados.

## DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **NO CASA** la sentencia proferida el 1º de agosto de 2006, por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, dentro del proceso ordinario promovido por Efraín Arenas Cubillos y María Ascensión Montenegro De Arenas frente a la Empresa de Energía de Bogotá y La Clínica El Bosque S.A., al cual fueron vinculadas las aludidas aseguradoras.

Costas a cargo de la parte recurrente. Tásense.

NOTIFÍQUESE.

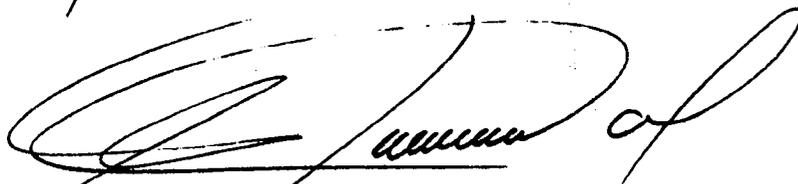


CÉSAR JULIO VALENCIA COPETE

JAIME ALBERTO ARRUBLA PAUCAR  
EN COMISIÓN DE SERVICIOS



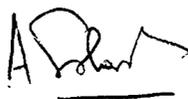
RUTH MARINA DÍAZ RUEDA



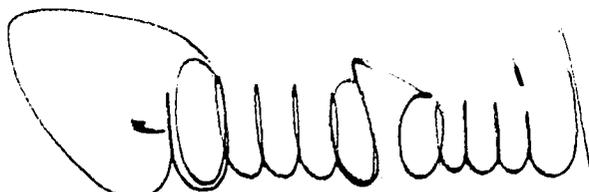
PEDRO OCTAVIO MUNAR CADENA



WILLIAM NAMÉN VARGAS



ARTURO SOLARTE RODRÍGUEZ



EDGARDO VILLAMIL PORTILLA