



JUZGADO CUARENTA Y CINCO CIVIL DEL CIRCUITO
j45cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., diez (10) de febrero de dos mil veintidós (2022).

Radicación: 2010-0340
Demandante: Victoria Aurora Triana Puentes, Víctor María Triana Rivera, Héctor José Triana Puentes y Marleny Triana Puentes
Demandados: Médicos Asociados S. A. (propietaria de Instituto Médico de Especialistas Fundadores S. A.), Colombiana de Salud S. A. Juan Carlos Diez Palmas.
Proceso: Responsabilidad Civil Extracontractual Médica.

Surtido el trámite de la instancia, procede el Despacho a tomar la decisión de fondo que corresponde en este asunto, acorde con lo normado en el numeral 5 del artículo 373 del C. G. del P. y lo motivado en la audiencia celebrada el pasado 28 de enero, previo el recuento de los siguientes,

ANTECEDENTES

1. Los señores Victoria Aurora Triana Puentes, Víctor María Triana Rivera, Héctor José Triana Puentes y Marleny Triana Puentes, por conducto de apoderado judicial, demandaron a Médicos Asociados S. A. (propietaria de Instituto Médico de Especialistas Fundadores S. A.), a Colombiana de Salud S. A. y a Juan Carlos Diez Palmas, con el fin de que se realicen las declaraciones y condenas que se sintetizan a continuación:

A. Se declare la responsabilidad civil de Médicos Asociados S. A. (propietaria de Instituto Médico de Especialistas Fundadores S. A.), Colombiana de Salud S. A. y Juan Carlos Diez Palmas, como consecuencia de la mala práctica médica brindada al señor Jaime

Enrique Triana Puentes, en la clínica Fundadores, durante los meses de febrero a junio de 2008, que finalmente desencadenó en su muerte.

B. Se condene solidariamente a los demandados a la indemnización de todos los daños y perjuicios materiales e inmateriales a favor de los accionantes, los cuales se estimaron así:

❖ **DAÑOS INMATERIALES A TÍTULO DE DAÑO MORAL**

- Para Victoria Aurora Triana Puentes 100 SMLMV o el máximo valor que reconozca la Corte Suprema de Justicia.
- Para Víctor María Triana Rivera 100 SMLMV o el máximo valor que reconozca la Corte Suprema de Justicia
- Para Héctor José Triana Puentes 100 SMLMV o el máximo valor que reconozca la Corte Suprema de Justicia
- Para Marleny Triana Puentes 100 SMLMV o el máximo valor que reconozca la Corte Suprema de Justicia

❖ **POR CONCEPTO DE PERJUICIOS A LA VIDA RELACIÓN**

- 400 SMLMV a todo el grupo familiar.

❖ La indexación de las condenas conforme al IPC.

❖ Por las costas y agencias en derecho.

2. Las anteriores pretensiones se cimentaron sobre las circunstancias fácticas que a continuación se sintetizan:

i. Que el señor Jaime Enrique Triana Puentes (Q.E.P.D.), nació el 8 de agosto de 1961.

ii. Que el mismo era docente y se encontraba afiliado al régimen especial de educadores.

iii. Que falleció el 29 de junio de 2008 en la Clínica Fundadores, como consecuencia de una infección de origen intrahospitalario, la cual fue tratada de forma inadecuada.

iv. Que el paciente se contagió después de una intervención quirúrgica practicada en febrero de 2008, por presentar un tumor de buen pronóstico a nivel craneoencefálico.

v. Que la infección no fue diagnosticada a tiempo y siempre confundieron los abscesos con supuesta metástasis.

vi. Que el señor Jaime Enrique era hijo de Clemencia del Carmen Puentes de Triana (fallecida) y Víctor María Triana Rivera.

vii. Que el mismo tenía 3 hermanos: Victoria Aurora, Héctor José y Marleny Triana Puentes.

viii. Que con su vínculo familiar tenía buenas relaciones, siendo una familia unida, estructurada en los valores tradicionales de las familias colombianas (solidaridad, amor y preocupación de unos por los otros).

ix. Que el señor Jaime Enrique Triana Puentes el 14 de febrero de 2008, en su lugar de trabajo – Colegio Agustiniano Norte-, presentó cuadro convulsivo, siendo trasladado e ingresado a la Clínica Nicolás de Federmann.

x. Estando en dicho centro médico el señor Triana vuelve a convulsionar y por esa razón fue remitido a la Clínica Fundadores ese mismo día, “toda vez que no contaban con la infraestructura para manejar al paciente”.

xi. Que el paciente ingresó a la Clínica Fundadores sobre las 10+23 PM y allí le ordenaron “resonancia magnética de cerebro”, practicada por el Hospital San José, la cual mostró una masa en la región frontal derecha de dos centímetros con importante edema “perilesional”, sospechándose de un absceso cerebral o masa tumoral.

xii. Que el 19 de febrero, el neurocirujano de la Clínica Fundadores decidió programar al señor Triana para intervención quirúrgica y así reseca la masa tumoral.

xiii. El 21 de febrero de 2008 le fue practicada “craneotomía frontal posterior derecha más recesión de tumor”, cirugía realizada por el Dr. Juan Diez, de la que se aduce se desgarró la “duramadre” a nivel del seno longitudinal superior en la pared lateral.

xiv. Que el tumor fue remitido a patología y en el informe se determinó “astrocitoma de bajo grado de malignidad”.

xv. En el post operatorio se evidenció hemiparesia izquierda sin ningún otro hallazgo médico, evolucionando favorablemente el paciente, tolerando vía oral, con fuerza en las extremidades.

xvi. Que durante el primer periodo de hospitalización, esto es, del 14 de febrero al 21 de abril de 2008, el señor Triana Puentes presentó complicaciones respiratorias (neumonía). Sin embargo, el médico neumólogo no lo valoró de forma periódica y oportuna, pues, desde el 22 de febrero, fecha en la cual presentó dificultad respiratoria y le ordenaron radiografía de tórax y valoración con la respectiva especialidad, solo hasta el 27 de ese mes fue visto. Lo anterior, pese a que el diagnóstico era “posible neumonía de origen intrahospitalario”.

xvii. Que después de 5 días de la solicitud de valoración por neumología, el galeno consultado solicitó una tomografía de tórax, resultado que fue conocido el 3 de marzo y consideró que el mismo debía ser evaluado teniendo en cuenta la biopsia, motivo por el cual no inició ningún tratamiento adicional.

xviii. Que el 29 de febrero Jaime Enrique presentaba tos ocasional, pero con buenas condiciones generales y el 1º de marzo presentó dificultad respiratoria.

xix. El 5 de marzo, el paciente es valorado por oncología y neurocirugía quienes consideraron, respectivamente, “astrocitoma grado uno” o “astrocitoma de bajo grado sensible a radioterapia”. Ese mismo día neurocirugía cerró interconsulta.

xx. Para el 7 de marzo de 2008, el neumólogo de forma errónea (se aduce), estableció la posibilidad de metástasis a nivel pulmonar, practicándosele al paciente lavado bronquial y biopsia.

xxi. Por su parte, el oncólogo el 10 de marzo de 2008 consideró realizar el tratamiento de radioterapia por consulta externa, lo cual significaba el cierre de la interconsulta con oncología.

xxii. Se insistió en que el señor Jaime Enrique Triana Puentes, luego de la cirugía, presentó infección a nivel cerebral, básicamente “abscesos”, los cuales no se diagnosticaron de forma oportuna.

xxiii. Neumología, el 15 de marzo de 2008, da salida y control por consulta externa, misma opinión que le mereció al médico general el 18 siguiente. Esto, pese a no haber salido el resultado de la biopsia practicada.

xxiv. El 19 de marzo, el paciente presentó convulsión, cancelándose su alta, día para el cual se recibe biopsia pulmonar la cual no arrojó lesión tumoral.

- xxv.** Ante la convulsión, se ordenó tac de cráneo y nueva valoración por neurocirugía, análisis que reveló varias lesiones en el cerebro, que se informa “fueron consideradas como metástasis” por parte del Dr. Juan Carlos Diez, considerando un “glioblastoma multiforme de mal pronóstico”.
- xxvi.** Que la supuesta metástasis correspondía a abscesos y durante la primera hospitalización las complicaciones neurológicas y pulmonares se interpretaron de forma errada, toda vez que los médicos tratantes no realizaron seguimiento estricto al paciente, faltó comunicación y alcance al caso clínico, lo que conllevó a que el señor Triana Puentes no se le determinara oportunamente la infección que padecía, como tampoco se le administró un adecuado manejo antibiótico.
- xxvii.** Que, durante su hospitalización le practicaron exámenes de radiología y química sanguínea, los cuales sugerían infección a nivel neurológico y pulmonar. Además, de presentar picos febriles.
- xxviii.** En la radiografía de tórax del 21 de marzo se evidenciaron signos de neumonía, la cual se alega es de origen intrahospitalario, como leucocitosis, por lo cual se inicia estudio de posible foco infeccioso.
- xxix.** El 22 de marzo el médico internista consideró cuadro de respuesta inflamatoria sistémica de posible origen infeccioso. No consideró que fuera de origen urinario o pulmonar, motivo por el cual solicitó que fuera evaluado como posible foco el sistema nervioso central, solicitando valoración por infectología y una tomografía cerebral de control.
- xxx.** Siendo valorado por neurología, se consideró una posible infección central. Ante el riesgo de abscesos y presión intracraneal aumentada, no se realiza punción lumbar y se decide iniciar tratamiento con antibióticos de amplio espectro, siendo evidente el deterioro del paciente.
- xxxi.** Que el 25 de marzo el señor Triana es valorado por infectología, quien considera posible absceso cerebral y neumonía de origen hospitalario, galeno de quien se afirma no ostentaba el título de la especialidad para dicho momento.
- xxxii.** Desde el 26 al 30 de marzo, el señor Jaime es solo valorado por médicos generales. En esa última data, neurología consideró que el citado señor cursaba una neumonía y posibles abscesos cerebrales o recidiva del tumor.

- xxxiii.** El 2 de abril el neurocirujano consideró un glioblastoma, sin realizar estudios complementarios para descartar su criterio.
- xxxiv.** El 4 de abril se le realiza radiografía de tórax la cual es compatible con neumonía multilobar.
- xxxv.** El 5 es valorado por neurología donde se refiere mejoría del paciente, sin fiebre, continuándose el tratamiento antibiótico con “vancomicina y cefipime”.
- xxxvi.** El 8 de abril, es valorado por neumología ordenándose tomografía de tórax.
- xxxvii.** El 9 de abril el médico demandado valoró al paciente e insiste en que las lesiones que aparecen en las tomografías de control corresponden a metástasis, igual opinión le merecen las lesiones pulmonares y bajo ese criterio consideró que el paciente no se beneficiaría de un nuevo tratamiento neuroquirúrgico, debiendo ser manejado en forma domiciliaria y decide otra vez cerrar su interconsulta.
- xxxviii.** La misma conclusión le mereció al médico infectólogo y neumólogo, por lo cual, suspenden los antibióticos y se cierra interconsulta con esas especialidades.
- xxxix.** Oncología valora al paciente el 11 de abril, considerando necesarios los resultados de histoquímica de las muestras de tejido cerebral extraídas para determinar el tipo de tumor y el tratamiento -radioterapia y quimioterapia. Este servicio también cerró interconsulta.
- xl.** Hasta el 11 de abril el señor Jaime no recibió tratamiento antibiótico específico y adecuado para su infección, la cual se afirma persistía, dándosele alta el 12 de abril y manejo hospitalario domiciliario.
- xli.** Que de acuerdo con la notas de enfermería, el señor Jaime Triana toleraba vía oral, se encontraba alerta y orientado sin ningún tipo de acceso venoso.
- xlii.** Que pese a la evolución satisfactoria del señor Jaime, después de un “tratamiento antibiótico parcial”, lo cierto era que la infección persistía a nivel neurológico y pulmonar, no siendo tratada de forma adecuada, subsistiendo en su cuerpo y finalmente lo llevó a la muerte.
- xliii.** Que el 19 de abril es reingresado a la Clínica Fundadores el señor Jaime Enrique por picos febriles, náuseas y deterioro físico.

xliv. Desde la valoración de ingreso se consideró que el diagnóstico era de naturaleza infecciosa “neurinfección”, “sepsis de foco no claro”.

xlv. Que a partir de la segunda hospitalización el tratamiento fue adecuado para intentar controlar la infección, pero fue tardío.

xlvi. El 20 de abril es valorado por neurocirugía quien considera que el paciente cursa absesos cerebrales, por lo cual el Dr. Julio Fonnegra, el 22 siguiente realizó drenaje, lo cual, según anuncia, demuestra los verdaderos padecimientos del señor Triana, descartándose la “supuesta metástasis”.

xlvii. Luego de la cirugía, el señor Jaime fue llevado a cuidados intensivos donde le dieron manejo antibiótico consistente en vancomicina, metronidazol, ceftriazona (sic), permaneciendo en dicha ala por 20 días sin evolución satisfactoria -nunca se pudo controlar la respuesta infecciosa e inflamatoria sistémica-.

xlviii. El 23 de abril de 2008, el señor Triana continúa con picos febriles, realizan hemocultivos y urocultivos, prueba de VIH negativa, permaneciendo en UCI hasta el 17 de mayo, con manejo de fenitoina. Se exalta que el señor Triana tenía importante compromiso pulmonar y hemocultivos negativos.

xlix. Que las muestras de las lesiones de cerebro fueron enviadas al laboratorio, cuyo cultivo arrojó que la bacteria causante de la infección era *actinobacillus sp.*

i. El 14 de mayo de 2008 se le practicaron al paciente exámenes de rayos x, evidenciándose derrame pleural, realizándosele toracotomía basal izquierda el 19 siguiente por el servicio de cirugía.

ii. El señor Jaime Enrique Triana permaneció en la unidad de cuidados intensivos hasta el 18 de mayo de 2008, tiempo durante el cual se aduce su salud fue precaria, presentando signos de respuesta inflamatoria sistémica.

iii. Qué durante la segunda hospitalización las valoraciones por neurocirugía, neumología e infectología no fueron continuas ni oportunas.

liii. Que hasta el 10 de mayo de 2008, el paciente fue nuevamente valorado por el infectólogo, quien decidió ajustar el tratamiento antibiótico a meropenen, suspender cloranfenicol y continuar con vancomicina.

liv. Ubicado en piso, el 21 de mayo de 2008, el paciente fue valorado por medicina interna, quien consideró que la infección en el sistema nervioso central estaba resuelta, motivo por el cual ordenó hemocultivos y formuló

cefazolina, pidiendo valoración con neurología para verificar si existe o no infección.

Iv. En esa misma fecha neurología al no verificar cuadro febril, consideró que la infección al sistema nervioso central estaba resuelta. No obstante, el médico general evidenció infección urinaria ordenando estudios tales como “urocultivos con pseudomona sensible a piperailina tazobactam”. Además, se consultó al internista quien ordenó “iniciar 4.5 g c/8 horas (sic)”.

Ivi. El 22 de mayo se realizó punción lumbar, con resultado anormal “disminución de glucosa y aumento de PMN (polimorfonucleares células de defensa)”.

Ivii. Por ser cercana la cirugía, los resultados permitían sospechar una meningitis residual secundaria a abscesos cerebrales, por lo que sugirieron procesar lactato y tratar por 15 días el absceso cerebral con antibiótico ceftriaxona.

Iviii. El 23 de mayo de 2008, ante la fiebre, neurología e infectología deciden continuar con piperacilina y tazabactam.

Iix. Sigue en evolución médica y el 25 el señor Jaime deja de responder al llamado. El 26 de mayo presenta fiebre.

Ix. El 27 de mayo medicina interna – infectología cambia medicación por picos febriles a Cefipime 6 gramos día por 15 días.

Ixi. Persistiendo la fiebre y ante la evidencia médica de presencia sugestiva de lesiones residuales de ganglios basales, se cambió el esquema antibiótico adicionando metronidazol.

Ixii. El 30 de mayo el paciente presentó alteración a nivel hidroelectrolítico.

Ixiii. El 1 de junio el infectólogo determina que el señor Jaime ha mejorado lentamente, considerando el tratamiento antibiótico finalizado. Por su parte neurocirugía consideró que el tac mostraba resolución completa de abscesos.

Ixiv. En valoración del 4 de junio el paciente presentó cuadro febril, constatándose mediante resonancia nuclear magnética abscesos basales izquierdos con formación de anillos.

Ixv. Que para el 13 de junio de 2008, el señor Enrique se le evidenció neumonía nosocomial e ingresa a cuidados intensivos y allí se descubre absceso residual a nivel cerebral más hidrocefalia. En tal momento se informa que el deterioro del señor Jaime es progresivo, con respuesta inflamatoria e infecciosa imposible de controlar. Fallece el 29 de junio de 2008.

ACTUACIÓN PROCESAL

1. El proceso fue admitido por Juzgado Treinta y Seis Civil del Circuito de Bogotá mediante auto de 24 de agosto de 2010 (fl. 230 Cdno. 1), ordenando notificar a los demandados, otorgándoles el término de Ley (20 días) para ejercer su derecho de defensa y contradicción.

2. El Dr. Juan Carlos Diez Palma se notificó de manera personal el 16 de septiembre de 2010 (fl. 231), quien contestó la demanda en tiempo y propuso como medios de defensa los siguientes:

- Ausencia de causa para demandar por la adecuada práctica médica del Dr. Juan Carlos Diez Palma en cumplimiento de la *lex artis* en medicina.
- Inexistencia de un actuar culposo en la actuación suministrada al paciente por parte del Dr. Juan Carlos Diez Palma en su tratamiento.
- La obligación del médico es de medios mas no de resultados.
- Ausencia de culpa.
- Ausencia de nexo de causalidad
- Inexistencia de error diagnóstico excusable por parte del Dr. Juan Carlos Diez Palma.
- Ausencia de daño y ausencia de imputación del presunto daño al Dr. Diez.

3. Por su parte Médicos Asociados S. A. se notificó de manera personal el 23 de septiembre de 2010 (fl. 248), contestando la demanda en tiempo y proponiendo como medios de defensa los siguientes:

- Obligación de medio y no de resultado en el ejercicio médico.
- Inexistencia de la obligación de indemnizar.
- Inexistencia de responsabilidad civil.
- Inexistencia del daño y ruptura del nexo causal.
- Genérica.

Asimismo denunció en pleito a los señores Julio Roberto Fonnegra Pardo y Pedro Vicente Vásquez Enciso, procedimiento admitido mediante auto de 8 de

junio de 201 (fl. 27 Cdno. 3), otorgándose el término de noventa (90) días para notificarlos, no obstante, dicho lapso fue superado sin integrar el contradictor.

4. A su turno, Colombiana de Salud S. A. se notificó por aviso (fl. 664 Cdno. 1, tomo 2), quien contestó en tiempo y propuso como medios de defensa los siguientes:

- Obligación de medio y no de resultado en el ejercicio médico.
- Inexistencia de la obligación de indemnizar
- Inexistencia de responsabilidad civil inexistencia de daño y ruptura del nexo causal.
- Genérica.

5. Médicos Asociados S. A. en calidad de propietaria del Instituto Médico de Especialistas Fundadores se notificó por conducta concluyente (fl. 570), quien contestó en tiempo y propuso como medios de defensa los siguientes:

- Obligación de medio y no de resultado en el ejercicio médico.
- Inexistencia de la obligación de indemnizar.
- Inexistencia de responsabilidad civil. Inexistencia del daño y ruptura del nexo causal.
- Genérica.

6. En oportunidad, llamaron en garantía a la Compañía Aseguradora de Finanzas S. A., tramite admitido el 8 de junio de 2011 (Cdno. 2 fl. 8.)

La aseguradora convocada se notificó el 29 de septiembre de 2011 (fl. 11) y propuso como medios de defensa los siguientes: “ausencia de cobertura de perjuicios inmateriales o extrapatrimoniales”, “ausencia de cobertura por no encontrarse el médico Juan Carlos Díaz Palma dentro de los médicos asegurados”, “deducible” y “máximo valor asegurado”

7. En iguales términos, el Dr. Juan Carlos Diez Palma, convocó a La Previsora S. A., siendo admitido su llamamiento por auto de 24 de junio de 2011 (Cdno. 4 fl. 17).

Como medios de defensa frente a la demanda inicial propuso los siguientes: “ausencia de responsabilidad”, “ausencia de pretensiones y/o estimaciones de perjuicio”, “excesiva tasación de perjuicios orales”, “adhesión a las excepciones plateadas por el llamante en garantía”, “adhesión a las excepciones plateadas por la parte pasiva”.

Respecto al llamamiento planteó: “inoperancia del llamamiento en garantía a la previsor S. A. compañía de seguros por indebida notificación”, “ausencia de cobertura de la póliza 1006778 para el evento”, adhesión a las excepciones plateadas por el llamante en garantía”, “adhesión a las excepciones plateadas por la parte pasiva”, “prescripción”, “limite del valor asegurado”, “sublite contractual por daños morales”, “pago en exceso del valor del deducible pactado”, “limitación del valor asegurado a la disponibilidad de la póliza”, “excesiva tasación de perjuicios”, “reducción de costas del proceso”.

8. Una vez trabada la relación jurídico procesal y remitido el proceso al Juzgado 13 Civil del Circuito de Descongestión de esta urbe, se ordenó correr traslado de las contestaciones a la demanda y los llamamientos en garantía, conforme lo disponía el canon 399 del C. P. C. (fl. 666 Cdno. 1, Tomo 2).

9. El apoderado actor describió traslado de los medios de excepción propuestos (fls. 670 a 672), señalándose fecha para la audiencia prevista en el artículo 101 del C P. C, celebrándose el 21 de febrero de 2013. Allí, se declaró fracasada la audiencia de conciliación, dada la inasistencia de Colombiana de Salud S. A. y su apoderado judicial.

No se encontraron medidas de saneamiento por adoptar y cada extremo procesal asistente se ratificó en los hechos, pretensiones y medios de contradicción propuestos.

10. El 15 de marzo de 2013 se abrió el proceso a pruebas (fl. 727 Cdno. 1 tomo 2), decretándose algunas de las oportunamente solicitadas, auto que fue recurrido por las partes al echarse de menos testimonios requeridos.

Resueltos los medios de impugnación presentados manteniéndose la negativa en escuchar a los deponentes (fls. 749 a 760), muchos de estos técnicos, se ordenó dar trámite al recurso subsidiario de apelación, continuado con la instrucción del proceso.

La Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá desató los recursos de apelación a favor de los impugnantes el 19 de julio de ese año, razón por la cual el periodo probatorio se extendió hasta el año 2015, inclusive.

11. Luego de recaudar los testimonios ordenados, el proceso fue remitido a este estrado judicial el 9 de diciembre de 2015 (fl. 1081 Cdo. 1, tomo 3), donde se evidenció la falta de práctica de las pruebas periciales, razón por la que se requirió a las partes interesadas en prestar colaboración al despacho diligenciado las comunicaciones libradas al Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses y la Asociación Colombiana de Neurología.

Con posterioridad las pruebas fueron desistidas (fl. 1106 Cdo. 1, tomo 3) y, en consecuencia, se clausuró el debate probatorio, señalándose fecha para la audiencia prevista en el artículo 373 del C. G. del P. el 4 de febrero de 2019.

Ante el cambio de titular del despacho, en proveído de 8 de marzo de 2019 (fl. 1115, Cdo 1, tomo 3) se fijó como nueva fecha el 5 de abril de esa misma anualidad.

Para la data indicada no se pudo adelantar la diligencia programada, pues la titular del despacho fue objeto de hurto de documentos, entre estos, piezas documentales del expediente, para lo cual el 9 de abril se adelantó su reconstrucción, previa denuncia ante las autoridades penales.

12. Reconstruido el dossier, se señaló fecha para la diligencia de instrucción y juzgamiento con fines únicos de alegatos y sentencia para el 5 de noviembre de 2021.

En la respectiva vista pública se recibieron los alegatos de conclusión de las partes y, acorde a lo previsto en el inciso 3º del numeral 5º del canon 373 del C. G del P., se anunció el sentido del fallo acogiendo las pretensiones de la demanda, haciendo una breve exposición de sus fundamentos.

13. No obstante lo anterior, el 16 de noviembre siguiente, estando el proceso para emitir la sentencia, se vio la necesidad decretar una prueba de oficio, con fundamento en lo preceptuado en los artículos 169 y 170 del C. G. del P. Puntualmente, al no encontrarse dentro del expediente el registro civil de nacimiento del señor Jaime Enrique Triana Puentes, pieza procesal indispensable para acreditar el parentesco entre este y los demandantes, así, se requirió al extremo actor para que en el término de cinco (5) días aportara el respectivo folio.

Adicionalmente, el despacho, atendiendo a las previsiones del numeral 1º del artículo 278 del C. G. del P., sugirió a las partes que elevaran petición conjunta para la emisión de sentencia escrita de manera anticipada, esto es, sin necesidad de acudir nuevamente a audiencia para alegatos y emitir fallo, teniendo en cuenta la apretada agenda del despacho que impondría que tal diligencia tuviera lugar hasta la siguiente anualidad.

13. El apoderado de la parte demandante aportó el registro civil del *de cuius*, del cual se corrió traslado a los demás sujetos procesales y sus apoderados quienes permanecieron silentes, señalándose fecha para alegatos y sentencia para el 28 de febrero de 2022.

Siendo la oportunidad procesal respectiva, se procede a resolver lo que en derecho corresponde:

SENTENCIA

1. No se observa causal de nulidad que pueda invalidar lo actuado, ni reparo que formular en contra de los llamados presupuestos procesales, toda vez que los requisitos exigidos por la Ley se encuentran presentes, pues se verifica por el despacho que la demanda reúne las exigencias rituarías que le

son propias, los extremos procesales gozan de capacidad para ser partes y comparecer al proceso y, además, la competencia, atendiendo a los factores que la delimitan, radica en este Juzgado.

2. Gravitando la controversia en torno a la responsabilidad médica de carácter extracontractual, tiene sentado la doctrina y la jurisprudencia que para que salga avante la acción deben concurrir los siguientes requisitos:

- a) El perjuicio y su cuantificación
- b) El hecho dañino de naturaleza culposa y,
- c) El nexo causalidad.

Esto, puesto que a voces del artículo 2341 del C. C. “[e]l que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido”.

3. En punto al primer tópico, debe entenderse aquel sufrimiento, menoscabo o detrimento en sentido ‘*natural*’, en virtud del cual, se transgrede un bien jurídico tutelado o mejor aún, un derecho que goza de amparo legal, de suerte que, faculte al demandante a exigir la respectiva indemnización.

En palabras de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia: “[e]l criterio para establecer la existencia del daño es, entonces, normativo; lo que quiere decir que los valores, principios y reglas del propio sistema jurídico dictan las pautas para determinar lo que debe considerarse como daño” (sentencia de 30 de septiembre de 2016).

3.1. Dicha afectación bien puede transgredir derechos patrimoniales, como extrapatrimoniales; en este evento en particular, justamente fueron los segundos los que se arguyeron lesionados y cuya indemnización se persigue, tanto por daño moral, como por daño a la vida de relación.

3.2. Evidencia hay en el plenario del fallecimiento del señor Jaime Enrique Triana Puentes el 29 de junio de 2008, hecho ocurrido en las instalaciones del Instituto Médico de Especialistas Fundadores, por “choque séptico”, “absceso cerebral” y “neumonía nosocomial”, punto sobre la cual incluso no existe disenso entre las partes, atendiendo a las manifestaciones realizadas por ellas en los alegatos de conclusión.

Dicho acontecimiento fatal, por demás, se confirma con la documental obrante a folio 229 del tomo 1, correspondiente al registro civil de defunción y el certificado antecedente No. 802225680-7 visto a folio 1 del cuaderno de la historia clínica.

3.3. Igualmente, refulge de los documentos visibles a folios 2 al 6 del cuaderno 1 y los aportados el 24 de noviembre de 2021, por lo cuales se coteja el vínculo de parentesco entre el finado Jaime, su progenitor y hermanos, consanguinidad que ya deja entrever que la pérdida del ser querido bien pudo conllevar a la aflicción íntima en sus familiares.

3.4. Justamente sobre la cercanía familiar y la consecuente tragedia vivida por los parientes del señor Jaime tras su fallecimiento, relató la testigo Ana Isabel Galvis Barragán, testigo y amiga de la familia, quien el asistió en su estancia en el hospital, cuando en lo relativo a la muerte del señor Jaime narró el duro proceso que significó para sus padres y hermanos, incluidos su esposa e hijos:

“La muerte de Jaime Triana fue terrible para toda su familia tanto que la mamá señora Clemencia se vio muy afectada en su salud falleció al año siguiente, la Dra. Victoria hermana de él, también sufrió muchísimo porque era su hermano preferido. A su esposa y sus hijos también le afectó mucho especialmente a Jaimito hijo que estudia en el colegio Agustiniانو Norte su ausencia ha sido muy duro para él”.

3.5. Del mismo modo lo describió el señor Miguel Arturo Castañeda Suárez, amigo de la familia, donde informa que cuidó al señor Jaime Triana en la Clínica en las noches y se enteró sobre su muerte el 29 de junio de 2008. Enfatizó en las dificultades anímicas de los demandantes y la progenitora del señor Triana que enfermó y “al año y medio murió”.

3.6. Por su parte Rubiel Alirio Casas Bedoya, exteriorizó el duro momento que representó para su amiga y compañera de trabajo Victoria Aurora Triana Puentes la enfermedad y muerte del hermano. Igualmente para el entorno familiar, siendo uno de los puntos de preocupación para ella que el Instituto Médico Fundadores “no tenía los especialistas para el tratamiento que necesitaba Jaime”.

3.7. En sentir del Juzgado los medios demostrativos acopiados dan efectiva cuenta de los padecimientos que en su interior sufrieron los aquí demandantes con la defunción de su hijo y hermano, con quien tenían una relación cercana, de la que devino una tragedia familiar, al punto incluso que su señora madre también falleció al poco tiempo posterior, con influencia, según todos los declarantes, del deceso de su hijo que la afligió en demasía.

Para el Despacho entonces, hay certeza del perjuicio moral que padecieron los actores, cuya cuantificación será analizada en momento posterior en este fallo de hallarse acreditados los presupuestos de la responsabilidad civil reclamada.

3.8. No así en cambio, dígame desde ya, tiene certeza el Juzgado del daño a la vida de relación que el papá y hermanos demandantes del señor Jaime hayan podido sufrir a causa de su deceso, puesto que las probanzas acopiadas no dan visos de la modificación de sus proyectos de vida o de las carencias concretas que hubiesen podido repercutirles la muerte de su familiar y que les impidan ejercer labores cotidianas o disfrutes de vida en particular, ni lo que se conoce como los efectos de la vida social no patrimonial, o aún la existencia de algún daño en su salud, fisiológico o estético que la jurisprudencia civil patria ha venido incluyendo en aquél amplio concepto.

Recuérdese al efecto que el daño a la vida relación es considerado como “una privación objetiva de la posibilidad de realizar actividades cotidianas o de la dificultad que representa su ejecución en las condiciones posteriores al evento traumático, bien sea para la víctima directa o para las personas más allegadas a ella que vean alteradas sus condiciones de vida en razón del cuidado y atención especial que deban prodigarle o de otras circunstancias

particulares, ésta es apreciable por medio de proyecciones externas que permitan colegir la imposibilidad, obstaculización o pérdida de interés en las acciones que se realizarían en el marco del goce de la experiencia personal, en familia o en ámbitos sociales, y que hacen más placentera la existencia humana, como actividades de tipo lúdico, deportivo o de esparcimiento, o incluso, aquellas no agradables, pero componentes de la rutina diaria, que no pueden realizarse”¹.

Obsérvese que la privación misma de la presencia de su ser querido no comporta, per se, la alteraciones de las condiciones de vida que implica el daño a la vida de relación, sino que es necesaria la acreditación de esa modificación en la vida cotidiana, individual o social, de cada uno de los demandantes a raíz del fallecimiento de su familiar, a lo que se agrega que tal pérdida y la congoja que causa el no poder volver a verlo, a conversarle o a compartir con un ser querido, se encuentran cobijados dentro de la categoría de daño moral, pues, finalmente, viene a ser esa afectación o tristeza íntima en el individuo perjudicado, distinto del daño a la vida de relación que tiene tintes disímiles y aquí ya planteados con amplitud.

Es por ello que este perjuicio reclamado no podría ser reconocido por este Despacho.

4. En lo que concierne a la existencia del hecho dañino debe dejarse claro que no basta la sola la protección a bien jurídico y su quebrantamiento como ya se refirió en líneas precedentes, sino que, atendiendo al tipo de responsabilidad endilgada el elemento culpa, como factor preponderante en este tipo de juicios, debe encontrarse suficientemente acreditado en cabeza de los demandados.

4.1. En el caso bajo estudio se identifican al menos cuatro señalamientos tendientes a establecer dicha culpabilidad, que deberán ser examinados a la luz de los medios de persuasión incorporados, dando alcance al principio “*onus probandi incumbit actori*” enmarcado en los artículos 164 y 167 del C. G del P., pues “toda decisión judicial debe fundarse en las pruebas regular y

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia SC3728-2021-2005-00175-01.

oportunamente allegadas al proceso”, incumbiendo “a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.

4.2. Son objeto de reproche los siguientes:

- i) Mala praxis.
- ii) Error diagnóstico.
- iii) Padecimiento de una enfermedad nosocomial.
- iv) Falta de atención médica.

4.3. Entonces para dar estudio a tales señalamientos, debemos partir teniendo en mente que este tipo de acción indemnizatoria [la médica], sólo se deriva a partir de la **culpa probada**, toda vez que, en línea de principio, el médico sólo asume el compromiso de hacer como experto los esfuerzos posibles desde la perspectiva de la ciencia médica bien para tratar, remediar o mitigar las dolencias del paciente, propósito para el cual deberá aplicar todo su conocimiento con apego a la correspondiente *lex artis*, sin que puedan garantizar o exigírsele un resultado, pues no se comprometen a “sanar el enfermo, **sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones**”². (subrayado y negrita fuera de texto).

5. Emerge de la historia clínica adosada en tres tomos, que el señor Jaime Enrique Triana para el 14 de febrero de 2008, consultó el servicio de urgencia de la Clínica Federman, por cuadro convulsivo, registrándose dicho evento de la siguiente manera:

“Hora 4:35 PM. Motivo de consulta: se desmayó. Hora de atención: 17:23. Paciente que ingresa a la institución en compañía conocido por haber sufrido lipotimia con pérdida del conocimiento. Posteriormente presentó dolor precordial tipo opresión” (Folio 61, Tomo 1).

². Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia de 3 de noviembre de 1997.

Historia cl. 675606
Diagnóstico evento coronario agudo+ Síndrome convulsivo
Complejidad alta
Tipo sencilla
Jornada nocturna”

5.4. Ahora, en el área de urgencias de la citada institución, sobre las 22:45 del 14 de febrero de 2008, fue recibido el señor Triana “en camilla de ambulancia, remitido por clínica Federmann con DX de síndrome convulsivo, paciente consiente alerta orientado en las tres esferas tiene líquidos LV en MSD canalizado en Federmann con un yelco 18 permeable con fecha 14-feb-08 tiene una extensión de anestesia con SSN cerrada y otra mescal en buretrol rotulado como fenitoína con una base de 140 cc cerrados, se acomoda en la unidad y se controlan signos” (fl. 192 vuelto).

5.5. Entre las 22:50 y 23:30 de esa noche, es visto el paciente por el Dr. Galindo Varela, quien ordena “tac cerebral simple” y “valoración por neurología”, rescatándose que para el día siguiente, sobre las 7:00 AM, la condición del paciente era buena, con un glasgow de 15/15.

5.6. A las 23:50, es interpretado el tac simple de cráneo el cual no evidenció hematomas, pero permitió visualizar “imagen radica opaca nivel del vértex no clara” (fl. 111 vuelto), que acorde a los documentos de evolución clínica, luego de los análisis y sus resultados (fl. 118), es verificada una “masa frontal derecha con edema vasogénico”, estableciéndose como primera posibilidad diagnóstica enfermedad neoplásica primaria, recomendándose “resonancia magnética completa con gadolinio”.

5.7. En esa misma fecha -14 de febrero de 2008-, el doctor Camilo Galindo, atendiendo los resultados del tac simple, adoptando como conducta valoración por neurología y medicina interna y la práctica de la resonancia magnética recomendada por el doctor Álvaro Flechas Tamayo, médico radiólogo; conducta que incluso motivó la salida del paciente de la Clínica Federmann (fl. 63 historia clínica).

5.8. Por neurología es valorado hasta el 16 de febrero por el doctor Alberto Enrique Fernández Astudillo, quien anotó como IDX “epilepsia”, “lesión

cerebral estudio”, aclarando que el paciente no presentaba convulsiones previas, permanecía asintomático y sin nuevas crisis. Además, no exteriorizaba cefalea, su presión arterial era de 130/60, con una frecuencia cardiaca de 76 pulsaciones por minuto y “CP normal”, estableciéndose como plan de manejo el estudio radiológico de resonancia magnética.

Por tal médico se acentuó en la historia clínica que el “EGG” (electroencefalograma), mostraba lentitud en el hemisferio derecho (fl. 111), confirmándose una lesión cerebral en estudio y esperando los resultados de los exámenes prescritos.

5.5. Ahora, el 17 ese mes, el Dr. Juan Carlos Diez Palma, médico neurocirujano apuntó que en efecto el tac simple mostraba una lesión frontal con edema vasogénico -del sistema nervioso central-, donde el paciente no presentaba déficit neurológico, por tanto, esperaba el informe de la resonancia magnética para definir conducta, dado que se había tomado dicho examen el día anterior y el informe estaría disponible hasta el 18 de febrero de 2008 (fl. 110).

5.6. En la aludida data -18 de febrero-, el doctor Fernando González Trujillo, neurólogo, en el cuadro de evolución clínica rotuló como impresión diagnóstica lesión del sistema nervioso central neoplasia (lesión SNC neoplasia?) (fl. 110), señalando que el paciente estaba afebril, sin déficit neurológico y la imagen diagnóstica era compatible con “neo”, explicándole al paciente el resultado de la resonancia magnética y dejando anotación de “avisar cambios”.

5.7. En la misma fecha, sobre las 5:00 PM, fue revisado el “CD” por parte del doctor Diego Parada Acero, delegado de la dirección del establecimiento sanitario y el doctor Juan Carlos Puentes, neurocirujano amigo de la familia Triana, donde se observó lesión frontal derecha con realce en forma de anillo no mayor a 1 centímetro, pero con importante edema perilesional, con probable etiología infecciosa “absceso y/o tumoral”, donde se dispuso a comunicar dichos hallazgos al doctor Diez al ser el “neurocirujano de turno”.

5.8. Para el 19 de febrero, el doctor Juan Carlos Diez Palma, un día después, atendiendo el aviso, confirmó la lesión frontal con “lesión bien delimitada en circunvalación premotora derecha”, ordenando intervención quirúrgica por neurocirugía, donde en la hoja del procedimiento se vislumbra la apreciación de una lesión subcortical de aspecto grisáceo de la cual fue tomada muestra patológica con recepción de 2 CC de tejido.

También se describe en tal documento que existió un desgarro de la pared lateral del seno longitudinal superior, el cual fue reparado (fl. 115), tal y como se contrasta de lo descrito en la hoja de evolución como “complicaciones” obrante a folio 108 vuelto.

5.9. Es de notar que para esa intervención obra consentimiento informado a folio 256 del tomo 1, suscrito por el respectivo paciente Jaime Enrique Triana Puentes, donde se indicó lo siguiente:

“Yo Jaime E. Triana Puentes mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 6765.606 de Tunja obrando en mi propio nombre, en mi condición de paciente y/o en nombre y representación del presente _____ en el condición de padre __, madre __, hijo __, esposo(a) __, compañero(a) __, expresamente claro y certifico que he sido informado por el médico tratante y/o personal autorizado en la clínica, del procedimiento quirúrgico, su naturaleza, beneficios, necesidad y conveniencia del mismo, así como de sus riesgos y complicaciones inherentes o sobrevivientes y previsibles.

Que se me informado sobre la clase de anestesia, medicamentos y procedimientos especiales que se aplicarán en la unidad quirúrgica como la unidad de cuidado intensivo, sobre sus efectos, riesgos y consecuencias presentes y futuras.

Por lo anterior, en forma consiente, libre, sin apremio o presión alguna, doy mi consentimiento y autorizo al personal científico médico tratante, para que se me practique o se le practique al paciente que represento en la condición anotada, el procedimiento quirúrgico requerido, el ingreso a UCI, los tratamientos y procedimientos adicionales y especialmente que eventualmente se requieren y se considere necesarios para mi recuperación y/o la recuperación de mi familiar.

Asumo toda la responsabilidad que este consentimiento y autorización entraña, comprometiéndome a seguir las indicaciones e instrucciones que se prescriben para asegurar la total y pronta

recuperación y acudir a los controles postoperatorios y de seguimiento que si orden

Para constancia suscribe el presente documento hoy 20 de febrero de 2008 ante los testigos y el (los médicos tratantes) (...)"

5.10. Con fecha 21 de febrero de 2008, en hoja de evolución clínica el doctor Juan Carlos Diez -neurocirujano- y el doctor Néstor Eduardo Sánchez -anestesiólogo- dejaron anotación sobre las 3:00 P.M. refiriendo que: **“se explica claramente al paciente los riesgos de la cirugía que incluyen infección, sangrado, hemiparesia por cercanía al tumor, a la zona transitoria primaria 20 mm e incluso la muerte”** (fl. 108), lo cual no se contrasta con el consentimiento.

5.11. El 22 de febrero de 2008, el doctor Francisco Piñeros, médico coordinador, determino como IDX “pop craneotomía resección tumor frontal”, encontrando en el paciente hemiparesia izquierda -parálisis- , sin cefalea ni vómito, con aceptables condiciones generales, herida quirúrgica cubierta y evolución adecuada.

Horas más tarde -4:00 PM-, el Dr. Juan Carlos Diez describe a un paciente con características clínicas anotadas, esto es, hemiparesia izquierda, brazo distal 5/5, proximal 2/5 y pierna 1/5, en buenas condiciones generales y con un informe de rayos x donde refiere infiltraciones intersticiales nodulares en ambos campos bibasales, determinando como conducta valoración por neumología y terapia física, como suministro de dexametasona.

5.12. Cuarenta minutos más tarde, el servicio médico atiende el llamado de enfermería, dado que el paciente refiere sensación de dificultad respiratoria, encontrándose al mismo alerta y orientado con una presión arterial de 130/80, frecuencia cardiaca sobre 98 pulsaciones por minuto y frecuencia respiratoria de 22 por minuto.

Al ser auscultando a nivel cardiopulmonar, se determina taquicardia, sin agregados pulmonares, ni síndrome de dificultad respiratoria, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, ni signos de irritación peritoneal. Como

conducta se determina tac de tórax y neurocirugía, como se solicitó valoración por neumología.

A la par, si indicó la necesidad de vigilar el paciente atendiendo que podía presentar síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de patrón respiratorio.

Debe subrayarse que hasta esa fecha, contrario a lo indicado tanto en las contestaciones de la demanda, como en los mismos alegatos de conclusión, los exámenes hemodinámicos, incluida la vigilancia de los ruidos pulmonares propios de la auscultación, mostraban “normalidad” (fl. 63 historia clínica) y no se presentaba ningún tipo de sintomatología a nivel respiratorio.

5.13. El 23 de febrero es valorado por fisioterapia donde se observa hemiparesia izquierda de predominancia de dicho lado, iniciando manejo con movilizaciones pasivas, aproximaciones, promoción de actividad voluntaria y ejercicios en cadera. De la misma forma se trabaja control de cabeza y tronco y termina la sesión en buenas condiciones en compañía de un familiar.

5.14. Sobre las 10:40 de la mañana del día prenotado, es valorado por el doctor Manuel Arias, donde al segundo día de la recepción del tumor frontal señala que el paciente presenta dolor leve en el miembro inferior izquierdo, no tiene fiebre, describe disnea leve, tolera vía oral, estado del paciente alerta, consiente, orientado con hemiparesia, sin signos de dificultad respiratoria ni síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, estando pendiente de la valoración por neumología.

La misma condición clínica se evidencia de las valoraciones del 25 de febrero por parte del médico coordinador y fisioterapia, siendo nuevamente valorado por neurología el 26 de febrero a las 4:00 PM, donde el doctor Juan Carlos Diez encuentra un paciente con diagnóstico de “Pop tumor frontal derecho”, mejoría de la función motora “brazos 4/5, proximal 5/5 distal, pierna 2/5”. Asimismo se describe una herida quirúrgica “OK”, siguiendo pendiente valoración por neumología.

5.15. De lo descrito en precedencia, el despacho debe exaltar que pese a ser sospechado como posible patología del señor Jaime un cuadro **infeccioso**, como lo dejó sentado el doctor Juan Carlos Puentes, pues con las imágenes practicadas exaltó una lesión frontal con realce en **forma de anillo no mayor a 1 centímetro y posible absceso**, esa impresión diagnóstica no se estudió de manera diferencial y a fondo, confiando el personal médico consultado hasta ese momento, en específico, neurología y neurocirugía el destino del paciente y la conducta a emprender al resultado de patología.

Ahora, no se puede perder de vista que pasados ya casi cinco días neumología no valoraba al señor Triana, quien describió dificultad respiratoria, siendo el tiempo un punto determinante en el desenlace de las enfermedades que impidieron su recuperación y le causaron la muerte.

5.16. El día 27 de febrero se refiere por los médicos Francisco Piñeros y Marta Patricia Abril, buenas condiciones generales, ejercitación de la parte motora y frente a la función neurológica una mejoría.

5.17. Hasta el 27 de febrero es valorado por neumología, suscribiendo la historia clínica el doctor Pedro Vázquez Enciso, donde al dar lectura a esta, como impresión diagnóstica inicial se describe disnea y tos.

De su examen físico sobresale “no disnea” y una frecuencia cardíaca del paciente de 80 y frecuencia respiratoria 16 por minuto, con una saturación del 94%. Como presunto diagnóstico a descartar determinó una enfermedad pulmonar intersticial difusa, para lo cual ordena “tac de tórax”.

5.18. Se siguen las interconsultas hasta el 29 de febrero por parte de fisioterapia y coordinación médica, donde se anota como novedad “tos ocasional”, pero iguales condiciones generales del paciente.

5.19. El 1º de marzo al señor Jaime es valorado por neumología, encontrándose como suceso destacable una saturación en 90%, no obstante, a criterio del doctor Enciso la evolución clínica era “estable”.

De sus notas clínicas hasta ahora evidenciadas, revela dicho médico que no cuenta con tac de tórax al **“no estar en el servicio”**.

5.20. Tanto neumología como neurocirugía el 4 de marzo valoran al señor Triana, encontrándolo en igual condición y pendiente el tac de tórax, como el estudio de patología. Le son retirados los puntos de la incisión quirúrgica practicada por la última especialidad.

5.21. El 3 de marzo neumología describe hallazgos pulmonares, buscando determinar si corresponden a lesiones de enfermedad pulmonar intersticial difusa o metástasis de lesión cerebral, estableciéndose seguimiento por neumología.

5.22. Oncología es consultada, apareciendo nota clínica el 5 de marzo de 2008, donde refiere hallazgo de astrocitoma grado uno y “por el momento su único manejo oncológico es radioterapia para lo cual se solicita interconsulta por este servicio”. Igual descripción realiza el doctor Juan Carlos Diez.

5.23. El doctor Flechas Tamayo, médico radiólogo, determina en rx de tórax el “marcado engrosamiento del intersticio central peribroncovascular con opacidades mixtas y de ocupación alveolar parcheadas en ambos campos pulmonares, con tendencia a la consolidación a nivel bibasal”.

A su turno en escanografía, opina que existe “patrón empedrado parchado en ambos parénquimas pulmonares que establece como primera posibilidad diagnóstica proteinosis alveolar. Sin embargo se recomienda estudios complementarios para confirmar diagnóstico”, por lo cual el servicio de neumología el 6 de marzo determina como presunto diagnóstico metástasis, concepto a su vez acoge el servicio de oncología en su nota del 7 de marzo de 2008, esperando los resultados de lavado bronquial y biopsia pulmonar, cuya nota quirúrgica estableció normalidad a nivel bronquial.

Frente a la biopsia pulmonar aportada, se reportan cambios compatibles con efecto del cigarrillo sin que se verificara tumor, por lo cual oncología

determinó que podría continuar interconsultas de manera externa (nota visible a folio 94 de la historia clínica).

5.24. El 14 de marzo de 2008 pesa a señalarse regulares condiciones generales, se determina la posibilidad de manejo ambulatorio, lo cual es ratificado por el servicio de neumología el 15 de marzo.

5.25. El paciente sigue con evolución médica en iguales condiciones aproximadamente hasta el 17 de marzo, donde el médico coordinador Francisco Piñeros resalta la persistencia de tos.

5.26. 18 de marzo el servicio de fisioterapia ve “mayor déficit en el hemicuerpo izquierdo” acompañado de espasticidad y disminución de fuerza y coordinación en miembro superior derecho. También dictaminó déficit en control de tronco y cabeza, como que el paciente no realizó descarga de peso en su lado izquierdo.

5.27. El 19 de marzo sobre las 4:15 A.M. el señor Jaime presentó convulsión, la cual cedió a tratamiento farmacológico, siendo consultado el servicio de neurología, quien anotó en las historia clínica un deterioro neurológico y motor, ordenándose nuevo tac y comprobándose importantes cambios en la lesión frontal derecha, la aparición de un edema y compromiso frontal izquierdo.

“Marzo 19.08
2:00 PM.
Neurocx

Paciente con tumor frontal derecho, recepción parcial el 21. 02. 08, la patología informó astrocitoma de bajo grado. Ha permanecido hospitalizado también por estudio de enfermedad pulmonar que requirió biopsia. Ha presentado mayor deterioro neurológico motor incluso del otro lado, hoy en la mañana presentó episodio convulsivo por lo que se tomó tac de cráneo que muestra importante crecimiento de la lesión frontal derecha, con edema, compromiso también frontal izquierdo por diseminación. **Clínicamente el tumor se comporta como glioblastoma multiforme.** En el momento kanosfsky 30%.

Muy mal pronostico.
Informa a los familiares.

Juan Carlos Diez
Neurocirujano”

5.28. El 21 de marzo de 2008, se informa por la médica cirujana Díaz Pérez persistente leucocitosis y, posteriormente, detallándose una química sanguínea alterada.

Ahora, los exámenes de rayos x de tórax mostraban consolidaciones múltiples en lóbulos pulmonares, iniciándose tratamiento antibiótico.

No debe perderse de vista que las anotaciones visibles a folio 67 consolidan como enfermedad del señor Triana “neumonía nosocomial”. Solo hasta este punto y como fue puesto de presente por la parte demandante en sus alegatos, se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro.

5.29. Dentro de los fármacos ordenados se dispuso piperacilina tozabactam cada 8 horas. neurología proporcionó cefepime y vancomicina. El 25 de marzo, valorado por infectología, se adicionó metronidazol y se suspendió piperacilina tozabactam.

5.29. Para el 28 de marzo se recibieron reportes del tac, mostrando lesiones diseminadas frontales que podrían corresponder a abscesos o metástasis. Sin embargo, se determinó que el comportamiento y seguimiento a dichas lesiones eran propias de un tumor más agresivo (glioblastoma), sin llegarse a confirmar por medios diagnósticos si en verdad era dicha enfermedad la que lo aquejaba o no, revelándose con posterioridad que no era así, siendo reprochable a juicio de esta juzgadora que los galenos partieron de cuadros sugestivos, insístase, sin confirmar.

5.30. Ante dicha opinión y atendiendo que no se beneficiaría de una nueva intervención neuroquirúrgica, el 12 de abril de 2008, se ordenó la salida del señor Jaime Enrique Triana Puentes para continuar con atención domiciliaria, manejo antibiótico y rehabilitación.

5.31. El señor Jaime Triana regresa al servicio de urgencias 19 de abril de 2008 presentando picos febriles -“37.9” grados-, rigidez cervical y como

primera percepción diagnóstica se determinó infección del sistema nervioso central o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Ante la analítica practicada (fl. 592 de la historia clínica) se concluyó el padecimiento de leucocitosis, valores anormales en glicemia, proteína c reactiva, novando la impresión diagnóstica primigenia a “absceso cerebral”, es decir, determinándose el genuino cuadro diagnóstico de absceso cerebral, paralelo a la lesión tumoral.

5.32. Atendiendo el tac practicado, se decide intervención quirúrgica para la resección de absceso cerebral, informándose de la situación clínica actual a sus familiares, destacando que es grave.

A la postre, ingresa a la unidad de cuidado intensivo de la clínica fundadores con soporte ventilatorio y monitorización neurológica estricta, como manejo antibiótico con vancomicina, ceftriaxona, presentando febrículas.

5.33. Siendo 23 de abril, el paciente presenta respuesta inflamatoria sistémica asociada a picos febriles, permaneciendo sedado con soporte en U.CI.

5.34. El 24 de abril se intentó “extubación” fallida “por alteración importante en índices de oxigenación”. En esa misma fecha se inicia disminución de sedación sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, pero mostrando los rayos x de tórax “consolidaciones basales en hemitórax derecho”.

En evolución clínica el paciente se muestra hipertenso, taquicárdico y se decide continuar con neuroprotección, aumentando la sedación de fentanil y midazolam.

5.35. En los siguientes días se ve importante compromiso parenquimatoso bilateral, con posibilidades de inmunodepresión por absceso cerebral e importante compromiso pulmonar, ordenándose pruebas de VIH, hemocultivo y urocultivo, como vigilancia estricta en UCI. Se descartó VIH y se mejoró el soporte ventilatorio con acople mecánico.

5.36. El 26 de abril se extrae de las imágenes diagnósticas importante infiltración intersticial alveolar, solicitándose nuevamente prueba serológica para VIH. El 1 de mayo se cambia el esquema antibiótico -vancomicina y clorafenicol-, esperando reporte de tac cerebral y patología del absceso, que a la final arrojó un resultado **negativo para malignidad**, persistía la respuesta inflamatoria sistémica y los picos febriles.

5.37. El 2 de mayo nuevamente se cambia el esquema antibiótico y en el reporte de la última tomografía se muestra disminución del edema cerebral.

5.38. El 8 de mayo es valorado el paciente por infectología en conjunto con el médico internista de cuidados intensivos, donde se determina suspender cloranfenicol e iniciar meropenem cada ocho horas y reajustar infusión de vancomicina, esperando mejoría en los índices de oxigenación para realizar extubación vs traqueostomía.

Durante el mes de mayo el paciente presenta en sus hemogramas leucocitosis y neutrofilia en aumento, electrolitos con hiponatremia e hipocloremia, perdurando picos febriles.

5.39. El 14 de mayo ante la buena respuesta ventilatoria se extuba al paciente, no obstante, se evidencia neumotórax izquierdo por rayos x. En la noche se denota secreciones, tomando como medida curativa ventilación mecánica no invasiva y terapias respiratorias.

El señor Jaime Triana presentó buena respuesta al proceso de cuidado intensivo, mejorando sus índices de saturación y respuesta a los fármacos suministrados para controlar el proceso infeccioso diseminado, por lo cual el 17 de mayo sale de la unidad de cuidados intensivos, pero con permanencia de picos febriles aislados y compromiso pulmonar por derrame pleural.

5.40. Infectología comprobó la persistencia de picos febriles, solicitando urocultivo el cual reportó *pseudomona auriginosa* y se ordenó rastreo en el tórax a través de imágenes diagnósticas, donde se cotejó posibles focos

infecciosos por infiltración alveolar en ambos campos pulmonares secundario a infección pulmonar, realizando cambio antibiótico a cefazolina y cloranfenicol.

Al ser valorado por neurocirugía, el 22 de mayo se constató hemiplejía izquierda y persistencia de picos febriles, sin embargo el tac de cráneo exhibió mejoría de abscesos cerebrales y persistencia de anillo en el tálamo derecho. Se determinó realizar punción lumbar, examen que no fue concluyente, decidiéndose continuar por 15 días más el tratamiento antibiótico con ceftriaxona.

A este punto la neuronfección no está ni resuelta ni controlada como se indicó en los alegatos de conclusión por la parte demandada.

5.41. Continuando el padecimiento de picos febriles, procesos microbianos oportunistas y otros de índole nosocomial, como la neumonía dictaminada nuevamente el 13 de junio de 2008, se solicitó reingreso a la unidad de cuidados intensivos donde el estado de salud del señor Jaime Triana empeoró, proliferándose los abscesos residuales a nivel del tálamo.

Ante las complicaciones ventilatorias se decidió soporte mecánico invasivo, pero, el paciente presenta shock séptico de origen pulmonar ante neumonía nosocomial, falla ventilatoria aguda y absceso cerebral, padecimientos que lo llevaron a la muerte el 29 de junio de 2008.

6. Del recuento hilado por el despacho frente a la historia clínica aportada, importa en principio memorar que como desde vieja data lo ha señalado la Corte Suprema de Justicia, la información que allí reposa juega un papel trascendental en compulsivos como el escrutado, “por ser la narración oportuna, clara y completa del estado de salud del paciente y de las atenciones y procedimientos ofrecidos para procurar su curación. Por su importancia, entonces, el legislador ha tomado especial cuidado en señalar las directrices indispensables para su cabal diligenciamiento, y sobre las mismas, esta Corporación ha señalado: ‘su elaboración es obligatoria y que en ella debe consignarse, en orden cronológico, las condiciones de salud del

paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (...) (CSJ SC de 28 de junio de 2011, Rad. 1998-00869-00)”³.

6.1. Pues bien, de dicho cartapacio para esta juzgadora queda claro elemento culpa, no solo desvirtuándose los medios de defensa propuestos, los cuales se fincan precisamente en la carencia de culpa, buena praxis e inexistencia de error diagnóstico, pues bajo una sana crítica de los elementos de prueba permite concluir todo lo contrario.

Nótese como los distintos galenos tratantes desestimaron el abordaje clínico inicial, siendo este un punto clave para determinar un tratamiento antibiótico oportuno e idóneo, acorde a los preceptos que la ciencia prescribe; del mismo modo el concepto de los médicos Diego Parada Acero y Juan Carlos Puentes, quienes establecieron un posible absceso cerebral, al observar un anillo en la lesión señalada por imágenes diagnósticas practicadas.

6.2. No se desconoce que la masa frontal reseca presentaba células cancerígenas, pues el estudio anatómico de los fragmentos extraídos para estudio patológico determinó “tumor del lóbulo frontal derecho” ante la presencia de un “artrocitoma grado I” (fl. 826 vuelto). Pero el doctor Diez ignoró, no solo la percepción de otro colega experto y las notas del informe adicional remitido por la doctora Fabiola Quintero -patóloga- quien señaló el 17 de abril de 2008 lo siguiente:

“Informe adicional.
Resultado de inmunohistoquímica.
Descripción microscópica.

Los cortes muestran fragmentos de corteza encefálica y sustancia blanca con ligero incremento de la población glial, especialmente en el área cortical. Las coloraciones de inmunohistoquímica revelan positividad para la población glial descrita con la PGFA, actividad en neuronas con la sinaptofisina, positividad de la población neuroglia con S100 y bajo índice de proliferación celular con K167.

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia SC 3253-2021.

NOTA: con este resultado se concluye que existe una población glial, cuya naturaleza reactiva (glosis reactiva) o tumoral (astrocitoma de bajo grado) es imposible definir en este material.

Se sugiere con correlación con la clínica y si es posible definir la conducta biológica de la lesión en nuevo material”.

En otros términos, ante esas dudas planteadas por tres médicos, lo que el actuar médico diligente aconsejaba era enviar nuevo material y así concluir la verdadera impresión diagnóstica, pues solo así, ante la posibilidad de dos diagnósticos disímiles, por supuesto también con tratamiento diferente, podrían confirmarse o infirmarse el uno o el otro.

De hecho, se evidencia que así terminó por proceder el médico tratante, pero solo se llegó a tal comprobación en el segundo ingreso del señor Triana a la clínica fundadores, esto es, un **absceso cerebral de etimología infecciosa**, omitiendo el demandado su deber de determinar el diagnóstico correcto y, a la postre, el correlativo derecho del paciente a la oportunidad de ser tratado como su organismo lo requería, con la finalidad de su mejoría y evitar así el deceso fatal.

6.3. Ahora, en días posteriores, un nuevo informe anatomopatológico hecho por el Instituto Nacional de Cancerología, con el rotulado enviado concluyó certeramente en “absceso cerebral”, “negativo para malignidad en la muestra examinada” (fl. 823 vuelto), lo que se solidariza con el diagnóstico fisiopatológico del Instituto Nacional de Salud de 4 de julio de 2008 que estableció “absceso cerebral crónico” (fl. 1175 Cdno 1, tomo 3).

Así, es significativo ver cómo las decisiones frente al señor Triana se tomaron sin considerar las recomendaciones de los médicos y patólogos intervinientes.

6.4. Es más, en el informe del estudio del caso desarrollado por el Instituto Nacional de Salud, como resultados de laboratorio patológico, el 24 de junio de 2008, frente al examen serológico por inmunofluorescencia indirecta para anticuerpos LgG para tripanosoma Cruzy se reportó como no reactivo; el 2 de julio de 2008 para toxoplasma Gondi se reportó reactivo;

negatividad para tumor y no se pudo notificar el microorganismo del cual **se sospechaba** “actinobacillus cpp”.

6.5. Entonces, la infección en el sistema nervioso central fue el factor que postró al señor Jaime y, posteriormente, lo indujo en un coma, mermando su Glaswo de manera significativa, padecimiento que avanzó debido al desconocimiento de la bacteria que lo aquejaba y que finalmente no se logró determinar, pero que en todo caso avanzó sin tratamiento antibiótico específico, solo “de amplio espectro”, como concluyeron los testigos técnicos traídos al proceso.

6.6. En otros términos, el manejo clínico fue desacertado. Tan es así que la consolidación de opacidades pulmonares, igualmente, se asociaron a un proceso metastásico, siendo un compromiso infeccioso lo que en verdad atacaba el sistema respiratorio del señor Triana.

Solo se tomó en cuenta la exégesis de los doctores Diego Parada Acero y Juan Carlos Puentes, al reingreso del paciente por las imágenes diagnósticas practicadas.

6.7. Debe agregarse a todas estas falencias el hecho de que “forma parte del elenco de deberes jurídicos que adquiere quienes se comprometen a prestar servicios hospitalarios, el denominado deber de seguridad”⁴, equivalentemente desentendido por los demandados, puesto que no se garantizó la indemnidad del señor Jaime a lo largo de su estancia en la Clínica Fundadores, ya que como refulge de la historia clínica, contrajo neumonía nosocomial, siendo dicho padecimiento ajeno a la patología generadora de su hospitalización.

6.8. Frente a dicho punto, corresponde recordar que es “deber de conducta secundario -en relación con la obligación principal de prestar el servicio de salud- (...) evitar que los pacientes sufran daños corporales, sea por la producción de accidentes, bien por cualquier otra circunstancia,

⁴ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia de 13 de septiembre de 2013; exp. 1998-37459-01.

[configurándose] una obligación de resultado”⁵. Pero claro, “ocasiones habrá en las que, dada la injerencia activa del usuario en los hechos, o la frecuente intervención de sucesos azarosos, la actividad no esté enteramente sometida al control de la institución, supuestos estos en los cuales, subsecuentemente, la obligación de ésta solamente se concreta en un deber de diligencia y prudencia”⁶; máximas que, por el contrario, no fueron en nada acreditadas por los demandados, de modo que a ese resultado no contribuyó ninguna conducta desplegada por el paciente, quien por el contrario estuvo expuesto enteramente al actuar médico y a las decisiones adoptadas por la pasiva.

6.9. Precisamente, en novedosa jurisprudencia la Corte Suprema dice que “(..) constituye un riesgo inherente la prenombrada adquisición de la neumonía nosocomial tardía, resulta[do] de todos modos aplicable lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 1604 del Código Civil en cuanto a que ‘la prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo (...)’”⁷, de ahí que por esta circunstancia también se encuentre suficientemente demostrado el elemento culpabilidad.

7. Al margen de las afirmaciones realizadas por el demandado Juan Carlos Diez Palma, el representante legal de Médicos Asociados S.A. señor Fredy Aldemar Huertas Bustamante, la señora Silvia del Pilar Martínez Ascencio representante de Colombiana de Salud S. A. o los testigos técnicos Julio Roberto Fonnegra Pardo, Carlos Mario Restrepo Vélez, Néstor Danilo Guzmán, Andrés Fonnegra Caballero, Jorge Humberto Aristizabal Maya y Walter González Salazar, quienes indicaron que el cuadro atendido era sugestivo de tumor cerebral de alto grado; que toda la atención médica se brindó dentro del marco de la buena práctica médica y que se ofreció un servicio de calidad y con oportunidad para el acceso a las tecnologías, con personal galénico idóneo, sujetándose al marco de la unión temporal y los contratos interadministrativos celebrados para la atención de los miembros del magisterio en la ciudad de Bogotá, lo cierto es que las pruebas documentales dan cuenta de una mala interpretación del crecimiento de la lesión frontal derecha con extensión al lóbulo frontal izquierdo por diseminación local, que

⁵ Buerres, Alberto J.; *Responsabilidad civil de las clínicas y establecimientos médicos*; Ed. Ábaco, pág. 175.

⁶ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia de 18 de octubre de 2005; exp. 14491.

⁷ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia 2202-2019.

para el 19 de marzo de 2008 el doctor Diez pensó en la aceleración de un tumor, cuyo comportamiento biológico según su dicho correspondía a una “glioblastoma”, empero, como ya se reveló, dicha patología no fue confirmada.

Y es que desde luego se reconoce las dificultades de ciertos eventos, como el presente, para la dificultad diagnóstica, pero, justamente ese mismo hecho es el que impone a los médicos el deber de desplegar a tiempo todas las herramientas científicas y tecnológicas que tienen a su alcance para confirmar o infirmar uno u otro diagnóstico ante eventos en que, como el presente, la sintomatología y los hallazgos podían ser dicentes de dos patologías diferentes. Por el contrario, descartar un posible diagnóstico sin haber agotado todas las medidas suficientes y necesarias para ello, constituye un actuar médico negligente, que puede terminar cobrando vidas, como aquí lamentablemente ocurrió. En suma, la dificultad diagnóstica, en este caso, en vez de evidenciar que no hubo culpa en la desacerción del diagnóstico, deja ver que se obró con negligencia, por tomarse la decisión de no confirmar los posibles diagnósticos, pudiendo hacerlo.

7.2. Y es que se repite, solo hasta el reingreso del paciente el 19 de abril de 2008, a quien se le dio alta el 12 de abril, pues según las especialidades de neurología, oncología y neumología concluyeron que padecía un proceso metastásico, fue que finalmente se cotejó el verdadero padecimiento que lo afligía, esto es, un proceso bacteriano tardíamente tratado.

Al respecto informó el doctor Juan Carlos Diez Palma al despacho que “(...) el Dr. Néstor Guzmán neurocirujano quien tomó una tac de cráneo y ante la evidencia de nuevas y múltiples lesiones cerebrales decidió llevar el paciente a cirugía encontrando un absceso cerebral el cual fue drenado y tratado con tratamiento antibiótico correspondiente Indicado por el especialista en infectología. Yo personalmente seguí valorando al paciente como consta en futuras anotaciones de la historia clínica días 26, 28, 30 de abril, 2 de mayo, encontré en una tac de control mejoría y disminución del absceso cerebral eso consta en el folio 63 del expediente, el paciente siguió en tratamiento médico de su infección, yo lo seguí valorando en el futuro como consta en el folio 84 del expediente anotación del 21 de mayo, se encontraba en tratamiento por

parte de infectología con múltiple antibióticos, solicite un tac de cráneo el cual mostraba mejoría del absceso drenado en cirugía pero con aparición de múltiple nuevos abscesos en diferentes sitios de su cerebro lo cual indicaba que la infección no estaba controlada, paralelo a esto la Infección pulmonar nunca se controló como lo mostraron repetidos exámenes (rayos x de tórax y exámenes de sangre).

Vi personalmente al señor Triana el día 19 de junio de 2008 como consta en el folio 105 del expediente en donde lo encontré con infección pulmonar activa no controlada (neumonía nosocomial), el tac de cráneo mostraba múltiples abscesos algunos de ellos de localización profunda (tálamo e hipotálamo), las cuales le causaban crisis de disautonomía, no había posibilidad de realizar ningún tipo de procedimiento quirúrgico en ese momento. Vi por última vez al señor Triana el 21 de junio de 2008 (cuatro meses después de la cirugía para resección parcial del tumor frontal derecho, que no tuvo oportunidad de recibir tratamiento complementario). Los siguientes días fue visto por parte de neurocirugía por los Drs. Néstor Guzmán y finalmente el día 29 de junio por el Dr. Oscar Feo, el paciente falleció el día 29 de junio de 2008”.

7.2. No quiere decir que el criterio e impresión diagnóstica de un médico deba ser infalible, pero lo cierto es que las elucubraciones realizadas por los médicos deben cotejarse con los elementos clínicos y tecnológicos disponibles, dejando de lado sugestión, como precisamente no se hizo en este caso. Debe ratificarse el concepto previo a cerrar la interconsulta, por ejemplo.

Allí, tal y como se comprende de la misma declaración del demandado Juan Diez, se presentó un error y un exceso de confianza, toda vez que “ante la rápida evolución de la lesión frontal derecha, el rápido deterioro clínico del paciente y el diagnóstico de patología de tumor cerebral primario tipo glioma, se trataba de un glioma de alto grado de malignidad, esta situación se presenta con alguna frecuencia dado que: primero los astrocitomas o gliomas pueden tener zonas de bajo grado de malignidad y zonas de alto grado de malignidad dentro de la misma lesión, en el mismo paciente y segundo los gliomas de bajo grado de malignidad en ocasiones son de difícil distinción con

los de alto grado de malignidad (glioblastoma multiforme), en los estudios de patología. En cualquier acto médico es de vital importancia la percepción clínica del paciente, en ese momento el paciente había sufrido deterioro rápidamente progresivo, tenía un diagnóstico de patología el tumor cerebral tipo glioma, las imágenes diagnósticas eran compatibles con una diseminación local de la lesión resecada parcialmente en cirugía. Con esa información disponible en ese momento **mi percepción clínica fue que el paciente cursaba con un tumor cerebral primario maligno**”, patología que para el 17 de abril, como ya se destacó, fue complementada y no se consideró por el galeno enjuiciado.

Desde luego todo ello en medio de dos posibles diagnósticos de alta gravedad y que reclamaban tratamientos urgentes, en la medida que comportaban riesgo vital, de tal manera que también era urgente y por completo necesario realizar todos los análisis y verificar todas las variables, de modo que permitieran el diagnóstico acertado.

7.3. El abordaje clínico relatado por el doctor Julio Fonnegra Pardo es casi idéntico al destacado por el doctor Juan Carlos Diez, refrendado la tesis del juzgado la cual considera un mal criterio clínico desarrollado en el caso del señor Triana, pues sin confirmarse la impresión diagnóstica o los cuadros **sugestivos**, se dio de alta a un paciente gravemente enfermo.

“(…) este paciente consulto por una epilepsia de aparición tardía las imágenes dentro del estudio clínico fueron sugestivas de un tumor primario del cerebro, un probablemente un glioma, con este diagnóstico el paciente fue intervenido quirúrgicamente el 21 de febrero de 2008, por dicho tumor, al día siguiente debido a una radiografía anormal que tenía el paciente el cirujano el Dr. Juan Carlos Diez solicitó una valoración por el especialista en pulmón, el diagnóstico patológico del tumor cerebral fue un astrocitoma grado 1, y el diagnóstico del problema pulmonar fue una fibroantracosis por patología. El neumólogo pensó que se podría tratar de una metástasis del tumor cerebral. El Dr. Juan Carlos Diez solicitó una valoración por el especialista en cáncer y radioterapia para continuar con el tratamiento del paciente, el 19 de marzo el paciente presenta nueva convulsión, importante deterioro en su estado neurológico y una imagen de tac muestra una gran extensión de la imagen previa incluso al hemisferio contralateral, el concepto de los neurocirujanos de la clínica Fundadores es que se trataba que el proceso cerebral debería corresponder a un glioblastoma multiforme que es un tumor

de tejido nervioso muy agresivo que se comporta con este gran crecimiento en pocas semanas, este concepto fue dado inicialmente por el Dr. Juan Carlos Diez fue corroborado por mi persona, fue corroborado por el Dr. Juan Carlos Diez el 19 de marzo, corroborado por mí el 02 de abril donde vi una imagen donde había lesiones múltiples cerebrales sin posibilidad de un tratamiento quirúrgico dado el estado neurológico del paciente y la localización y multiplicidad de las mismas, el Dr. Néstor Guzmán neurocirujano de la institución corrobora el diagnóstico el 9 de abril el Dr. Juan Carlos Diez está de acuerdo de que no hay beneficio de nueva cirugía dado el estado clínico y la localización de las lesiones, durante este tiempo el problema del pulmón del paciente continuaba progresando se sospechó una neumonía e iniciaron antibióticos desde el 21 de marzo, el paciente se dio salida ya que infectología considero de que no había confirmación de una infección pulmonar y fue dado de alta el 12 de abril.

7.4. Si no fuera suficiente lo anterior, estudiando la abundante literatura médica aproximada tanto por la parte demandante, como la demandada, es enfática en establecer el absceso cerebral como una infección piógena de la sustancia cerebral con colección encapsulada de pus, potencialmente mortal a pesar de los avances tecnológicos y antibióticos, cuyo tratamiento se fundamenta en un correcto diagnóstico del agente etiológico, dado que “la antibioterapia empírica falla, debido a la multiplicidad de patógenos causantes de la enfermedad”, de la cual no se encuentra datos de su epidemiología, cuya mortalidad permaneció con altas tasas -más del 50%-, **siendo el TAC el elemento que ofrece un mejor diagnóstico.**

En algunos casos, su aparición es causada por procesos metastásicos, sepsis bacteriana o infecciones sistémicas; primera etiología descartada, si se considera que no existió diseminación tumoral maligna o al menos no existe prueba de ello.

Al contrario, Néstor Danilo Guzmán, médico neurocirujano y actualmente adscrito al servicio de la clínica Reina Sofía, coordinador del servicio de neurocirugía de la clínica Universitaria Colombia y coordinador del servicio de neurocirugía de Médicos Asociados desde hace veintiún años, refirió lo siguiente:

“Conozco parcialmente el caso del paciente Jaime Enrique Triana el cual tuve la oportunidad de operar en una ocasión. Se trata de un

caso de alta complejidad de un paciente de una lesión cerebral de difícil diagnóstico que recibió tratamiento médico y quirúrgico en la clínica fundadores. El paciente presenta una lesión en la región frontal la cual por las características clínicas y radiológicas hacía que su diagnóstico fuera complejo. Es un paciente que presentó síntomas neurológicos por lo cual fue estudiado por su médico tratante Juan Carlos Diez, quien lo llevó a cirugía con la finalidad de obtener un diagnóstico, un tratamiento para la lesión frontal descrita, posteriormente el paciente presenta progresivo deterioro de su condición por lo cual requirió una nueva cirugía en la cual se evidenció una lesiones compatibles con absceso cerebral. Aparte de esto presentaba múltiples condiciones sistémicas, principalmente en los pulmones, condición que lo llevaron a un deterioro y a la muerte. El cuerpo médico de la clínica fundadores solicitó mi valoración y concepto tiempo después de la primera cirugía y al valorarlo consideré que se debía descartar una patología infecciosa por lo cual fue llevado a cirugía con los hallazgos ya descritos. Después de esto recibió el tratamiento médico correspondiente a esta enfermedad, pero dado el compromiso sistémico del paciente no respondió, presentando deterioro y la muerte”.

Puede verse allí que incluso al momento en que el médico declarante intervino en el caso del fallecido señor Triana, palmariamente consideró necesario descartar el diagnóstico infeccioso, opinión que también debió adoptarse por los aquí demandados desde el inicio de los padecimientos al hallar las múltiples evidencias de esa posible patología.

Así, se tiene que siempre la conducta médica fue sugerente, no comprobada, pese a que el protocoló en el tratamiento de los gliomas aportado por el galeno demandado describe como conducta nuevas pruebas diagnósticas, como resonancia magnética por perfusión; especialmente si seguido a un postoperatorio se identifican áreas nodulares captantes sospechosas.

7.5. Todo lo contrario, está plenamente probado que fue un proceso infeccioso a nivel neurológico, disgregado a nivel del sistema nervioso central, agravado por enfermedades nosocomiales, tanto en el tracto respiratorio como en el urinario, generando una inmunodepresión del paciente, sin respuesta favorable a los procedimientos quirúrgicos y medicinales dispensados.

7.6. Súmese que el absceso cerebral tempranamente identificado por el médico amigo de la familia Triana, quien opinó en el caso a solo cuatro días

de ingreso al hospital del *de cujus*, se trató de manera inoportuna, como lo dejan ver las notas de evolución clínica y refrendó por el doctor Carlos Mario Restrepo Vélez, quien en su testimonio indicó que el 21 de mayo de 2008 inició su relación médico paciente con el señor Triana, conociendo que para el 22 de febrero de ese año había sido operado por un tumor cerebral, persona que permaneció en la unidad de cuidados intensivos desde el 22 de abril de 2008 a 28 de mayo de ese mismo año y “había sido operado por un absceso cerebral el día 22 de abril, se encontró en el cultivo de dicho absceso un germen de género actinobacillus cuyo especie no estaba tipificada en el laboratorio. Allí mismo nos informaron que el germen había sido enviado al laboratorio de la secretaría de salud de Bogotá y que estaba pendiente de tipificación. El paciente se encontraba en este momento con fiebre, ya se había solicitado cultivos de sangre y orina cuyo resultado (sic) estaban pendientes. **Decidimos iniciar cefazolina como tratamiento antibiótico para infección urinaria e interconsulta al servicio de neurología para determinar si seguía tratando o no el absceso cerebral**”.

Que para el 22 de mayo, el paciente refirió sentirse mejor, los exámenes del líquido cefalorraquídeo eran compatibles con un proceso inflamatorio, posiblemente derivado de una meningitis, sin embargo, se hizo la consideración que por cercanía a la cirugía podría corresponder a ella y no necesariamente a una infección. De ahí que por esos hallazgos y el estado del paciente se decidiera dejarlo con antibióticos parazilina y tazobactam, dado el resultado del cultivo de orina el cual mostraba gérmenes sensibles a este antibiótico, los cuales igualmente servían para tratar la infección del sistema nervioso.

Para el 27 de mayo volvió a ver al paciente, quien había estado con fiebre algunos días, decidiendo cambiar la parazilina por cefepime, que tiene efectos sobre gérmenes asilados y mejor penetración en el cerebro, continuando el 28 con fiebre, donde los cultivos de sangre y de líquido cefalorraquídeo eran negativos.

Igualmente, señaló que 29 de mayo el tac cerebral mostró una imagen en los ganglios basales, el radiólogo conceptúa que puede tratarse de un proceso

inflamatorio o infección residual, decidiéndose adicionar metronidazol a la terapia, pensando en un germen adicional de tipo anaeróbico, los cuales puede pasar desapercibidos en los cultivos.

Siendo el 30 de mayo, sigue el paciente febril, con el mismo manejo antibiótico, se decide realizar ecocardiograma el cual no es sugestivo de crecimiento anormal de válvulas cardiacas, descartándose endocarditis, solicitándose numerosos estudios, entre esos, resonancia magnética del cerebro, rastreo de hongos, Doppler de vasos venosos centrales.

7.7. Ahora, además de ser tardío el tratamiento para el absceso, debe estimarse, como lo pone de manifiesto la literatura médica, que la presencia misma de ese mal cerebral dificulta la penetración de los fármacos, incluso identificando el germen o patógeno causante de ese proceso clínico, por lo cual la situación del señor Triana era de mal pronóstico.

7.8. En todo caso, tan solo se llegó a sospechar, sin confirmar, pues no existe prueba irrefutable que el causante del absceso cerebral fue *actinobacillus sp*, bacteria común en los cerdos. Por otra parte, era esencial el tiempo para descubrir la genuina aflicción que presentaba el señor Triana Puentes.

7.9. Siendo identificado el mal y pese a usarse en el caso los fármacos recomendados por la doctrina autorizada, por ejemplo, penicilina G, cloranfenicol o metronidazol, cuando se dio la respuesta que merecía la infección, ya era tarde, dado que el señor Triana ya se encontraba con un debilitado sistema inmune.

7.10. Los análisis de química sanguínea y hematología dan cuenta de ello y permite ver altos índices de monocitos y leucocitos, así como la presencia en la humanidad del finado de una “respuesta infecciosa e inflamatoria sistémica”, precisamente desarrollada a raíz del proceso patógeno de más de un mes de evolución, sin individualización y tratamiento preciso.

7.11. A su turno, refrenda lo discurrido el testimonio rendido por Ana María Suárez Puentes, la cual resulta creíble, pues al preguntársele por la atención y enfermedad de su primo Jaime, subrayó no solo circunstancias de tiempo, modo y lugar, sino también lo dilucidado por estrado judicial desde la lectura de la historia clínica.

“Personalmente la manera de que fue atendido durante la permanencia en la clínica fundadores, puesto que yo iba a visita y algunas veces a acompañarlo a ratos, cuanto estaba en la habitación y luego cuando estuvo en cuidados intensivos donde los horarios eran restringidos, a él Jaime Enrique lo operaron en la cabeza y después de esta cirugía quedo con medio lado un poco inmovilizado, creo que eso sucedió en el mes de febrero de 2008, siempre que iba a la clínica pues no había una persona que le pudiera dar a uno alguna explicación de cómo avanzaba el estado de salud del paciente y se veía que cada vez se deterioraba más. No recuerdo la fecha en que le dieron salida y lo llevaron al apartamento donde él vivía con su esposa Flor y los hijos Carolina y Jaime, pero allá presento un cuadro de fiebre altísima nuevamente lo trajeron a la clínica y lo que yo recuerdo que dijeron fue que la fiebre estaba producida por unos abscesos que se le habían formado en la cabeza y empezaron a suministrarle antibióticos que parece no le sirvieron o no le obraron el cual finalmente condujo a la muerte”.

8. En lo tocante al nexo de causalidad, entendido como la relación tanto fáctica como jurídica ente la culpa y el hecho dañoso, el mismo luce claro, pues la muerte del señor Jaime Enrique Triana, como se refirió con anterioridad, acaeció por los procesos infecciones desarrollados en su humanidad, bien por gérmenes oportunistas ora por bacterias intrahospitalarias, produciéndose un shock séptico, neumonía nosocomial, falla ventilatoria aguda y absceso cerebral dejado de tratar de manera oportuna.

8.1. Por tanto, fue un error diagnóstico, mala praxis y una violación al deber jurídico de seguridad los que desataron un evento que los señores Victoria Aurora Triana Puentes, Víctor María Triana Rivera, Héctor José Triana Puentes y Marleny Triana Puentes no estaban llamados a soportar, esto es, la pérdida de su hijo y hermano el 29 de junio de 2008 en las instalaciones de la clínica fundadores de esta ciudad.

9. Fijados y probados los elementos de la responsabilidad civil, es menester determinar la naturaleza del perjuicio y su cuantía, sobre lo que delantadamente se delimitan en la pretensiones a la reparación de incurias extramatrimoniales.

9.1. El daño como institución, valga memorar, debe ser cierto y directo, escapando aquel hipotético o dudoso tal y como lo manda la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia. Así, dicho tópico no escapa a las regla recogidas en el canon 164 y subsiguientes del estatuto civil y, en consecuencia, deben existir elementos probatorios que lo acrediten.

9.2. También no puede perderse del panorama que la privación de la vida humana, como en el caso bajo estudio, carece de aptitud suficiente para generar, acorde a las reglas sustanciales, la obligación de indemnizar ese hecho.

Precisamente, la Sala Civil de la Corte Suprema ha dicho que proceder en contrario "(...) sería atentar contra los sentimientos de la naturaleza humana, afirmar que por la sola muerte de una persona, sus familiares eran acreedores al pago de perjuicios materiales, como si la vida de un hombre, a semejanza de la de un animal o cualquier otra cosa, pudiera ser objeto del derecho, como ocurría en siglos ya abolidos, en el que el esclavo se apreciaba en dinero, como una de tantas mercancías.

Lo anterior no excluye la posibilidad de que el cercenamiento de la vida humana apareje en muchos casos la pérdida de beneficios económicos que deban ser resarcidos. De ahí que sea la eliminación de esos bienes lo que constituya la fuente de la indemnización, mas no la vida misma: 'En esa cesación de beneficios es en lo que el perjuicio se concreta: no en la misma muerte del benefactor'.

En ese orden, si lo que genera el deber de reparar es la privación injusta de un provecho económico que el demandante recibía de la víctima, entonces el simple hecho de la muerte y la responsabilidad que en la producción de ésta tenga el demandado, no bastarán para que el reclamante se haga acreedor a

una indemnización, sino que a la confluencia de esos requisitos deberá agregarse la demostración del perjuicio sufrido y del nexo de causalidad con la conducta del autor”⁸.

9.3. Respecto a los perjuicios morales solicitados, ha puntualizado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia:

“No obstante, ‘[s]uperadas algunas corrientes adversas y, admitida por esta Corte la reparación del daño moral sin más restricciones para fijar su cuantía que las impuestas por la equidad (*ex bono et aequo*) conforme al marco concreto de circunstancias fácticas (cas. civ. sentencias de 21 de julio de 1922, XXIX, 220; 22 de agosto de 1924, XXXI, 83), a partir de la sentencia de 27 de septiembre de 1974, es su criterio inalterado, la inaplicabilidad de las normas penales para su tasación, **remitiéndose al arbitrium iudicis**, naturalmente, ponderado, razonado y coherente según la singularidad, especificación, individuación y magnitud del impacto, por supuesto que las características del daño, su gravedad, incidencia en la persona, el grado de intensidad del golpe y dolor, la sensibilidad y capacidad de sufrir de cada sujeto, son variables y el *quantum debeatur* se remite a la valoración del juez’, estimando ‘apropiada la determinación de su cuantía en el marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador’ (cas. civ. sentencia de 18 de septiembre de 2009, exp. 20001-3103-005-2005-00406-01)” .

9.4. Acudiendo a ese criterio, así como a los topes que en la actualidad tiene establecidos la Corte Suprema de Justicia, este estrado judicial estima que el *pretium doloris* que en vida padeció el señor Víctor María Triana Rivera, hoy fallecido, se tasará en el monto de \$50'000.000,00, por el hecho de ver morir a su hijo tras una larga agonía y desmejora en todas sus funciones vitales, en las diferentes estancias en la clínica y sus interregnos, circunstancias que las reglas de la experiencia determinan como un acontecimiento que desde luego genera un profundo dolor y congoja.

9.5. Por su parte, a los señores Héctor José Triana Puentes y Marleny Triana Puentes, se les reconocerán a cada uno \$20'000.000,00, por el padecimiento que sufrieron por perder a su hermano de manera precipitosa y pronta, pues para la fecha de su muerte el señor Jaime contaba con apenas

⁸ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia de 9 julio 2012.

46 años de edad. Por su parte, a favor de la demandante Victoria Aurora Triana Puentes, por ese mismo concepto se reconocerá la suma de \$30'000.000,00, teniendo en cuenta que la evidencia demostrativa acreditó que tenía una conexión vital más cercana con su fallecido hermano lo que, desde luego, también le dedujo un mayor dolor por su pérdida.

10. Siendo concurrentes los elementos axiológicos de la responsabilidad extracontractual analizada, procede el despacho al análisis y definición de los medios de excepción propuestos por Médicos Asociados S. A., Colombiana de Salud S. A., Juan Carlos Diez Palmas, los cuales se titularon como ausencia de causa para demandar por la adecuada práctica médica del Dr. Juan Carlos Diez Palma en cumplimiento de la *lex artis* en medicina; inexistencia de un actuar culposo en la actuación suministrada al paciente por parte del Dr. Juan Carlos Diez Palma en su tratamiento; obligación del médico es de medios mas no de resultados; ausencia de culpa, de nexo de causalidad; inexistencia de error diagnóstico excusable por parte del Dr. Juan Carlos Diez Palma; ausencia de daño o de imputación del presunto daño al Dr. Diez; obligación de medio y no de resultado en el ejercicio médico, inexistencia de la obligación de indemnizar; inexistencia de responsabilidad civil, de daño y ruptura del nexo causal.

10.1. Bastará para ello remitir a los demandados a las consideraciones previamente desarrolladas, donde se refleja, luego de un amplio análisis probatorio, que son concurrentes los presupuestos para que salga a avance las pretensiones indemnizatorias, pues se evidenciaron yerros, fallas y mala praxis en el atención brindada al señor Jaime Enrique Triana Puentes desde su ingreso inicial, esto es, el 14 de febrero de 2008, hasta el 29 de junio de ese mismo año, fecha en la que perdiera la vida.

10.2. Restará exaltar que dentro de la historia clínica se echaron de menos las imágenes de rayos x, tomografías y demás imágenes diagnósticas practicadas al señor Triana, sobre las cuales no se pudo más que aquilatar sus resultados, deduciendo oportunidad para ser valoradas junto con las imágenes adosadas por los testigos técnicos y frente a las que se hizo gran mención en sus declaraciones.

10.3. Pese a esa falencia, como ya se consideró, la prueba es contundente y abultada en contra de los aquí demandados, debiéndose declarárseles civilmente y solidariamente responsables por la pérdida de la vida del señor Jaime Enrique y lo que ello en términos de perjuicios significó para su padre y hermanos, dado que, como quedó plenamente acreditado, las sociedades y galeno tratante se encontraban vinculados entre sí, sin cláusulas limitativas de sus responsabilidades o actos dentro del desarrollo del contrato de UNIÓN TEMPORAL ENTRE SERVIMÉDICOS LTDA, COLOMBIANA DE SALUD S.A. Y MÉDICOS ASOCIADOS S.A. PARA LA CONVOCATORIA PÚBLICA DE SELECCIÓN ABREVIADA NÚMERO 001 DE 2008 POR MEDIO DE LA CUAL EL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO -FIDUPREVISORA S.A. PRETENDE CONTRATAR LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y SUS BENEFICIARIOS EN EL TERRITORIO NACIONAL.

Lo anterior, sin perder de vista que tal punto no fue alegado y en todo caso, Médicos Asociados S.A. y Colombiana de Salud S. A. como ejecutoras del contrato anotado y la primera propietaria del establecimiento clínica fundadores S.A. tiene una posición de guardián, al ejercer la administración, vigilancia y control en el giro ordinario de su portafolio de servicios, concretados en prestaciones asistenciales que hoy se califican como negligentes e imprudentes, dado el error en el diagnóstico, mala praxis y falla en la garantía en seguridad para con el señor Jaime Enrique Triana Puentes, asistiéndoles una responsabilidad directa por esos hechos.

10.4 No está de más apuntar que, adicionalmente, está demostrada la negligencia de Médicos Asociados S.A., pues dentro de un establecimiento de su propiedad, como lo dejó sentado el mismo representante legal en su interrogatorio de parte, se contagió el paciente de una enfermedad que no estaba abocado a tolerar y que lo condujo a la muerte, desatendiéndose así las precisas funciones de planificación y provisión de servicio asistenciales de calidad y en condiciones de seguridad, que incluso el mismo Sistema General de Salud le atribuye.

11. Resta pronunciarse sobre los llamamientos en garantía realizados por Médicos Asociados S. A. y el doctor Juan Carlos Diez Palma a Aseguradora de Fianza S. A. y La previsor S.A., respectivamente.

11.1. La Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. en la oportunidad legal, luego de ser cita a juicio por Médicos Asociados S.A. en virtud de la póliza del seguro de responsabilidad civil extracontractual bajo número 24RCI000541, donde funge como asegurado tal institución y beneficiarios terceros afectados, como primer medio de defensa alega una “ausencia de cobertura de perjuicios inmateriales o extrapatrimoniales”.

11.2. Dando alcance a las condiciones generales de la contratación establecidas entre aseguradora y afianzado, de la cláusula primera se determina como objeto del contrato y su cobertura “Indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual, en que incurra de acuerdo con la ley colombiana a consecuencia de un acontecimiento que, produciéndose durante la vigencia del seguro, ocasione la muerte, lesiones o menoscabo de la salud de las personas (lesiones personales) o el deterioro o destrucción de bienes (Daños materiales).

Igualmente en la cláusula segunda, donde se regulan las exclusiones, se determina la carencia de amparo “por contagio de una enfermedad parecida por el asegurado así como los daños de cualquier naturaleza causados por enfermedades de animales pertenecientes al asegurado vendidos o suministrados por el mismo; igualmente, que anexo de los daños genéticos de la persona o animales” y “daños y perjuicios Morales.

11.3. De dichas previsiones se logra determinar el buen suceso del medio de defensa planteado y, en consecuencia, la imposibilidad de afectar la póliza de seguro antes referenciada, toda vez que los pedimentos y condenas aquí estimadas son de orden inmaterial o extrapatrimonial, riesgo no amparado y específicamente excluido de las coberturas en el numeral 20 de la cláusula segunda del convenio contractual que soportó el llamamiento en garantía.

11.3. En cuanto al llamado hecho por el doctor Juan Carlos Diez Palma a la Previsora S. A. y frente al primer medio de defensa planteado, eso es, “inoperancia del llamamiento en garantía a la previsora S. A. compañía de seguros por indebida notificación”, escrutados los argumentos, se trata de una petición de nulidad a la luz del artículo 140 del C. de P. C., siendo menester subrayar que en todo caso se dejó de plantear una vez se le tuvo por notificada por conducta concluyente, por proveído de 7 de marzo de 2012, decisión que no fue controvertida y de entrada desvaneció cualquier discusión frente al acto de enteramiento de la aseguradora.

11.4. A su turno, en relación con la “ausencia de cobertura de la póliza 1006778 para el evento”, debe manifestarse que el nacimiento de la responsabilidad a cargo del doctor Juan Carlos Diez Palma no lo constituyó como tal la muerte del señor Jaime Enrique Triana Puentes, sino la disminución en su patrimonio vital, que solo aquí se logra establecer, siendo correcto identificar el siniestro desde la emisión de la presente sentencia.

No en vano desde el año 2005, la Corte Suprema de Justicia⁹ refiere que el surgimiento de una deuda de responsabilidad a cargo del asegurado es finalmente la que determina el siniestro en la clase de seguros “*claims made*”, atendiendo que no existía evento por el cual comprobar no sólo el deber de reparación de parte del doctor Diez, sin eventos por los cuales debiera reclamar y notificar por primera vez a la respectiva aseguradora.

Validando tal tesis, la doctrina autorizada sostiene que “(...) resulta correcto, identificar el siniestro con el nacimiento del débito de responsabilidad: constituye ciertamente una disminución del patrimonio neto, es decir, un daño”¹⁰, que debe insistirse no se logró establecer sino en este compulsivo; de ahí que no tenga buen suceso tal replica frente al llamamiento.

11.5. Frente a las excepciones planteadas en las cuales se adhiere, la previsora S.A. deberá estarse a lo dispuesto en acápites precedentes, donde

⁹ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia de 10 de febrero de 2005, exp. 7614.

¹⁰ DONATI, Antígono; “*Los seguros privados*”. Barcelona; Editorial Bosch.1960. p. 401.

frente a los elementos daño, culpa y nexo de causalidad se realizó pronunciamiento por parte de estrado judicial. extrajudicial.

11.6. Siendo la prescripción un fenómeno extintivo que llevaría al lastre el deber de reparación ante la realización del riesgo amparado por un contrato de seguro, conviene analizar el artículo 1081 del C. Co.

Dicho canon enseña que las acciones derivadas del contrato de seguro están sujetas al fenómeno de la prescripción, que “podrá ser ordinaria o extraordinaria” (inc. 1°) y dispuso que la primera “será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” (inc. 2°), mientras que la extraordinaria “será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho” (inc. 3°).

Siendo ello claro, debe precisarse la expresión ‘contra toda clase de personas’, la cual debe interpretarse “en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aun contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1° y 2541 del C.C.), así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento del siniestro” ¹¹.

Ahora, el artículo 1131 de la codificación comercial señala: “en el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. **Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial**” (negrita fuera de texto), circunstancia en la cual sólo se llegó a determinar a través de la presente sentencia y en todo caso el doctor Juan Carlos Diez Palma, siendo citado audiencia de conciliación extrajudicial para el 15 de septiembre de 2009, el término de dos años contados hasta la data en

¹¹ CSJ; G.J. CLV, p. 153, citada en SC de 3 de mayo de 2000 y SC de 29 de junio de 2007, radicado 04690-01).

que llamó a la aseguradora en garantía no había transcurrido, esto es, el 13 de octubre de 2010, como obra folio 14 del cuaderno cuatro.

11.7. En cuanto al “límite del valor asegurado”, “sublímite contractual por daños morales”, “pago en exceso del valor del deducible pactado”, “limitación del valor asegurado a la disponibilidad de la póliza”, “excesiva tasación de perjuicios” y “reducción de costas del proceso”, debe indicarse que para su verificación no solamente corresponde dar estudio a postulados normativos tales como la artículo 1056 o 1088 del estatuto comercial, sino también las condiciones generales de la contratación determinadas para la póliza 1006778, las cuales desde luego no pueden ser superadas.

En ese sentido, se precisa, sin que ello implique la prosperidad de ninguno de los medios aquí analizados, que la aseguradora deberá entrar a realizar el pago de las condenas frente a su asegurado y hasta el límite determinado en el respectivo convenio celebrado.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cuarenta y Cinco Civil del Circuito, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: NEGAR la prosperidad de las defensas planteadas por Médicos Asociados S. A., Colombiana de Salud S. A. y Juan Carlos Diez Palmas.

SEGUNDO: DECLARAR solidariamente responsable a los demandados Médicos Asociados S. A., Colombiana de Salud S. A. Juan Carlos Diez Palmas de los perjuicios ocasionados a los accionantes Victoria Aurora Triana Puentes, Víctor María Triana Rivera (Q. E. P. D), Héctor José Triana Puentes y Marleny Triana Puentes, en razón al fallecimiento de su hijo y hermano Jaime Enrique Triana Puentes, el 29 de junio de 2009 en el citado centro hospitalario.

TERCERO: CONDENAR a las aludidas convocadas a pagar solidariamente a los promotores del juicio, las cantidades de dinero, como a continuación se especifica, por concepto de DAÑOS MORALES:

A la sucesión del fallecido señor Víctor María Triana Rivera la suma de \$50'000.000,00;

A Victoria Aurora Triana Puentes, la suma de \$30'000.000,00;

A Héctor José Triana Puentes, la suma de \$20'000.000,00 y

A Marleny Triana Puentes, la suma de \$20'000.000,00.

CUARTO: NEGAR el reconocimiento del perjuicio daño a la vida de relación solicitado las pretensiones de la demanda a favor de los actores.

QUINTO: DISPONER que las condenas antes mencionadas obtengan un interés legal civil del 6% anual, a partir de la ejecutoria de la presente providencia y hasta cuando se realice el pago.

SEXTO: DECLARAR prospera la excepción denominada como “ausencia de cobertura de perjuicios inmateriales o extrapatrimoniales” propuesta por la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. ante el llamamiento realizado por Médicos Asociados S.A. (propietaria del Instituto Médico de Especialistas Fundadores). En ese sentido en lo que a ella respecta, se niegan las pretensiones del llamamiento que se le invocó.

SÉPTIMO: CONDENAR a la Compañía de Seguros La Previsora S. A. llamada en garantía por Juan Carlos Diez Palma, a reintegrar a favor de este, hasta el límite y porcentaje del valor asegurado, la proporción correspondiente a las sumas que tiene la obligación de cancelar por la condena impuesta. Lo anterior, hasta el límite y porcentaje del valor asegurado, sin que implique prosperidad de los medios de excepción al respecto formulados, que se declaran no probados.

OCTAVO: CONDENAR en costas a las accionadas. De acuerdo con el artículo 366 del Código General del Proceso, se fija como agencias en derecho la suma de \$ 7'000.000,oo.

NOTIFÍQUESE


GLORIA CECILIA RAMOS MURCIA
Jueza

Mo.

NOTIFICACIÓN POR ESTADO:
La providencia anterior es notificada por anotación en estado No. 015, del 11 de febrero de 2022.


MÓNICA TATIANA FONSECA ARDILA
Secretaria