

República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público



Juzgado Décimo Octavo Civil del Circuito de Cralidad

Radicado Nro.	05001-31-03-001-2013-01029-00
Proceso	Ordinario No 2 de 2021
Demandante	Luz Marina Echavarría Manco y Otros
Demandados	Salud Total EPS, IPS Comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.
Llamados en garantía	Beatriz Palacio Arteaga y Seguros Comerciales Bolívar S.A.
Temas y Subtemas	Responsabilidad profesional médica. Elementos axiológicos de la pretensión. Obligación de seguridad en el campo médico, con énfasis en clínicas psiquiátricas. Sobre el daño. Identificación de los perjuicios. Presunción de hecho relativa a la afectación de familiares cercanos por muerte de ser querido. Resolución negativa de las excepciones. Estudio de los llamamientos en garantía. No se configura culpa del médico psiquiatra. Prescripción ordinaria del contrato de seguro.
Decisión	<i>Condena parcialmente. No prosperan excepciones de mérito. Desestima llamamientos en garantía</i>
Radicado Nro.	05001-31-03-001-2013-01029-00
Sentencia Nro.	75 de 2021

Medellín, cche (CS) de marzo de dos mil veintiuno (2021)

ASUNTO

El Despacho abordará el tema de la decisión judicial integrado por las pretensiones y excepciones de mérito formuladas por las partes en contienda, teniendo en cuenta los llamamientos en garantía que fueron formulados.

I. ANTECEDENTES

1. De la pretensión procesal determinada por la demanda (Cfr. fls. 83 y ss., C-1)

1.1. Las partes del proceso

- a. **Por activa**, los señores **Luz Marina Echeverría Manco, Yuri Marcela Taborda Echavarría, Astrid Natalia Taborda Echavarría y Alexander García Rentería**, en nombre propio y como representante legal de los menores **Marcos Felipe García Taborda y Deiby Alexander García Taborda** (este último durante el iter del proceso llegó a la mayoría de edad).
- b. **Por pasiva**, la **EPS Salud Total** y la **IPS Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús**.
- c. Fueron llamados en garantía por la **IPS Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús**, la señora **Beatriz Palacio Arteaga** y la empresa **Seguros Comerciales Bolívar S.A.**

1.2. De lo pedido por la parte demandante

La demanda contiene pretensiones principales y consecuenciales. Como principales, la parte demandante solicitó que se declarara civil y solidariamente responsable a la EPS Salud Total y la IPS Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, por la muerte de la joven Edy Lorena Taborda Echavarría, ocurrida el 19 de octubre de 2008 en la Clínica Psiquiátrica aludida.

Como pretensiones consecuenciales, solicitaron el pago de la suma de Quinientos Setenta y Cinco Millones Novecientos Cuarenta y Un Mil Quinientos Pesos (\$575.941.500.00), los cuales fueron discriminados de la siguiente manera:

a. Perjuicios patrimoniales

Por lucro cesante la suma de \$245'821.500.00, a favor del señor Alexander García Rentería, en su calidad de compañero permanente.

b. Perjuicios extrapatrimoniales.

i) Daño moral.

- A favor de Alexander García Rentería, en calidad de compañero permanente de Edy Lorena, la suma de cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes.

- A favor de Deybi Alexander García Taborda y Marcos Felipe García Taborda, en calidad de hijos de Taborda Echavarría, la suma de setenta (70) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigente, para cada uno.

- A favor de Yuri Marcela Taborda Echavarría, y Astrid Natalia Taborda Echavarría, en calidad de hermanas de la víctima, la suma de cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, para cada una.

- A favor de Luz Marina Echavarría manco, en su calidad de madre de la fallecida Edy Lorena, la suma de setenta (70) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes.

ii) Daño a la vida de relación.

A favor de Deybi Alexander García Taborda y Marcos García Taborda, en calidad de hijos de la víctima, la suma de cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigente, para cada uno.

iii) Pérdida de oportunidad de vida.

- A favor los demandantes la suma de cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes

1.3. De los fundamentos de hecho

Los elementos fácticos de las pretensiones son compendiados de la forma siguiente:

1.3.1. Se afirmó en los hechos de la demanda, que la señora Edy Lorena Taborda Echavarría (q.e.p.d), se encontraba afiliada al régimen contributivo a la entidad EPS Salud Total, en calidad de beneficiaria de su cónyuge Alexander García Rentería.

Se expuso que la señora Edy Lorena Taborda Echavarría, presentaba problemas médicos depresivos, por los cuales consultó para el 17 de agosto de 2007 ante el médico psiquiatra, siendo hospitalizada el 31 de agosto de 2007, al ingerir pastillas de clonazefam y presentando cortadas superficiales en sus manos.

Adujo que, para el 11 de octubre de 2008, la paciente consultó por medicina general de la clínica psiquiátrica Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, con un diagnóstico depresivo mayor desde hace 1 año, siendo nuevamente hospitalizada.

Expuso que, durante su hospitalización, la paciente manifestó deseos de acabar con su vida, razón por la cual, los médicos ordenaron su inmovilización, en aras de evitar una posible autoagresión con desenlace fatal.

Relató que, para el 19 de octubre de 2008, la Dra. Beatriz Elena Palacio Arteaga, ordenó des-inmovilizar a la paciente, y en horas de la tarde, aproximadamente

a las 5:40 pm, se encontró ahorcada a Edy Lorena Taborda Echavarría, utilizando el cinturón que servía para inmovilizarla, el cual no fue retirado por el personal de enfermería.

Expuso que los demandados obraron de forma descuidada y negligente, al no brindar una adecuada y atenta vigilancia a la paciente, omisión que fuera aprovechada por Edy Lorena Taborda Echavarría, para terminar, suicidándose.

La muerte de la madre, compañera permanente, hija y hermana, genera afectaciones en las esferas de intereses de los Demandantes; por un lado, de tipo patrimonial, debido a los ingresos que deja de percibir el señor Alexander García Rentería; y por el otro, extrapatrimoniales, debido al dolor derivado de la muerte de Edy Lorena, generándose la imposibilidad que tienen los descendientes para continuar relacionándose con su madre.

2. De la réplica a las pretensiones de la demanda.

Admitida la demanda, se agotó el trámite de integración al contradictorio de los pasivos; quienes ejercieron su derecho a la defensa y la contradicción, emitiendo pronunciamiento, el mismo que se compendia como sigue:

2.1. Contradicción de EPS Salud Total.

En cuanto a los hechos, indicó que algunos no le constaban, que otros no eran ciertos, algunos los tildó de falsos, o que, correspondían, no a hechos sino a juicios de valor o, en más de las veces, a una apreciación errática sobre el evento.

Respecto a las pretensiones formuladas, se opuso a las mismas y esgrimió excepciones de mérito que denominó como: i) Inexistencia de los elementos que dan lugar a responsabilidad civil frente a los actos médicos cuestionados por la parte actora; ii) inexistencia del nexo de causalidad entre el actuar de Salud Total EPS y los presuntos daños que se pretenden endilgar; iii) inexistencia de pérdida de oportunidad o de curación de la paciente Edy Lorena Taborda Echavarría; iv) inexistencia de perjuicios materiales y tasación excesiva de perjuicios; y v) la genérica.

2.2. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

En cuanto a los hechos, indicó que algunos no le constaban, que otros no eran ciertos, algunos los tildó de falsos, o que, correspondían, no a hechos sino a juicios de valor y que la parte demandante transcribió erróneamente la historia clínica.

En cuanto a las pretensiones de la demanda, manifestó que no existe un nexo de causalidad y mucho menos, alguna responsabilidad, por cuanto los demandantes nunca han sufrido perjuicios, formulando los siguientes medios exceptivos: i) Inexistencia de la obligación por ausencia total de responsabilidad de la clínica; ii) ausencia de perjuicios; y, iii) buena fe.

3. De los llamamientos en garantía.

Debidamente integrados al contradictorio, los llamados en garantía se pronunciaron en los siguientes términos:

3.1. Beatriz Elena Palacio Arteaga.

Por conducto de su apoderado judicial, oportunamente, se opuso a la demanda instaurada en contra de su representada, manifestando no constarle los hechos narrados y solicitando que los mismos debían de ser probados. Como excepciones de mérito frente a esta formuló las siguientes: i) Adecuada práctica médica; ii) ausencia de culpa; iii) ausencia de nexo causal; iv) inimputabilidad del daño; v) tasación excesiva de perjuicios; y, vi) la genérica.

Frente al llamamiento en garantía, expuso que eran ciertos los hechos de la relación contractual que tenía al momento de la atención de la paciente, pero respecto de los demás, manifestó que no le constaban y que debían de ser probadas. Como excepciones de mérito formuló las siguientes: i) Inexistencia de fundamento; ii) obligaciones de medio con relación al paciente; y, iii) obligación de seguridad a cargo de la IPS.

3.2. Seguros Generales Bolívar S.A.

Frente a las pretensiones que sustentan la demanda, se opuso a las mismas, formulando excepciones de mérito que denominó: i) Diligencia y cuidado de la Comunidad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús; ii) causa extraña –caso fortuito; y, iii) inexistencia de perjuicios y tasación excesiva de los mismos.

En cuanto a la relación contractual con el llamamiento en garantía, aceptó la existencia del contrato de seguros, la cobertura y el valor asegurable.

Frente a las pretensiones se opuso y formuló excepciones de mérito denominadas; i) ausencia de siniestro; ii) prescripción; y, iii) límite de la cobertura y deducible pactado.

4. Del trámite subsiguiente

De las excepciones de mérito propuestas por los Demandados, se corrió traslado a la parte Actora (cfr. fls. 276, C-1), sin que se allegara algún tipo de pronunciamiento. Agotada la audiencia de que trata el artículo 101 del C. de P. Civil, (cfr. fls. 290, C-1), se decretaron las pruebas al interior del procedimiento, por auto del 13 de junio de 2018 (cfr. fls. 292 a 294, C-1), fijándose fecha para la práctica de pruebas, alegatos y sentencia los días 4, 6 y 8 de mayo de 2020; sin embargo, con ocasión a la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional por motivos de la pandemia mundial por covid-19 fue necesario reprogramar la misma para los días 8 al 12 de febrero de 2021.

La audiencia comenzó en el primero de los días señalados, programándose la recepción de los testigos que se dijo, asistirían a rendir su versión ante el Estrado, medio probatorio que se fue recepcionando según el orden establecido.

De otro lado, debido al hecho de que los Demandantes no asistieron el primero de los días, y ya para el segundo estaban revocando el poder a su apoderada judicial, presentándose de forma posterior, una solicitud de amparo de pobreza para que les fuera designado apoderado judicial y pudieran contar con representación judicial en el escenario procesal; en su momento, fue aceptada la revocatoria del poder, se designó abogado en su representación bajo la modalidad de amparo de pobreza, pero los activos decidieron buscar asesoría judicial de forma independiente, designando un nuevo profesional en derecho.

Reconocida personería jurídica al profesional en derecho que apoderaría los intereses de los Activos, con este se continuo el desarrollo de la audiencia concentrada.

Llegados a la oportunidad debida, el Despacho explicó que en aras de presentar una adecuada motivación del fallo, de cara a garantizar el derecho a conocer y sopesar las razones por las cuales se decidía, la sentencia se emitiría de forma escritural; sin embargo, fueron presentadas unas breves consideraciones para motivar el sentido del fallo que sería de carácter condenatorio, prosperando parcialmente frente a los perjuicios reclamados y desestimando la pretensión revérsica contenida en los llamamientos en garantía.

Se prosigue entonces, con la presentación de las razones de la decisión, conforme a las siguientes,

II. CONSIDERACIONES

5. Control sobre la validez de la decisión

Se advierte la presencia de los presupuestos materiales y procesales para dictar sentencia de fondo.

En cuanto a la legitimación en la causa por activa, este corresponde a un presupuesto material para sentenciar la causa. Desde una tesis formal de la legitimación, esta hace referencia a la pretensión procesal, mirando la relación sustancial subyacente como a un punto de comparación para adecuar la subjetividad formal a la subjetividad material.

Desde la perspectiva aludida, la legitimación por activa se da en la demanda cuando la parte actora afirma como coincidentes las titularidades de la relación procesal y la de la relación sustancial que se debe ventilar en el proceso.

En la medida de lo anterior, los activos, Luz Marina Echaverría Manco, Yuri Marcela Taborda Echavarría, Astrid Natalia Taborda Echavarría, Alexander García Rentería y los menores, Marcos Felipe y Deiby Alexander García Taborda, en su condición de madre, hermanas, esposo o compañero permanente e hijos de la señora Edy Lorena Taborda Echavarría, fallecida, afirmaron que por su muerte, sufrieron daños a contra golpe o de rebote, afectándose sus esferas de intereses patrimoniales y extrapatrimoniales, fundados en la supuesta omisión de la IPS para proteger la integridad de su paciente, circunstancia que se erige en el hecho constitutivo de legitimación para demandar por perjuicios autónomos.

Sobre este punto, en concreto, concerniente a que las víctimas indirectas están legitimadas para reclamar por perjuicios propios, siguiendo el criterio del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 10 de junio de 2009, Exp 19046, Consejero ponente Enrique Gil Botero, tenemos que: "... se presume que la lesión física o psíquica de un familiar, independiente de su gravedad, causa aflicción entre sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad y primero civil, ya sean ascendientes, descendientes o colaterales. Así las cosas, para lo único que se debe tener en cuenta la gravedad o levedad de las lesiones, es para establecer la graduación del monto del perjuicio que se debe indemnizar". Criterio que se encuentra en sintonía con lo expuesto por la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 11 de mayo de 1976, así: "por el aspecto de los perjuicios morales es obvio que la muerte o invalidez accidental de una persona puede herir los sentimientos de afección de muchas otras, y causar sufrimientos más o menos intensos y profundos. En principio, todos estos ofendidos estarían legitimados por el daño que cada uno de ellos recibe para demandar la reparación correspondiente..."

Asimismo, *mutatis mutandis*, la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 13 de mayo de 2008, Ref: Exp. 11001-3103-006-1997-09327-01, expuso que: “[el] perjuicio, en los términos de este fallo [daños en la vida relación], puede ser padecido por la víctima directa o por otras personas cercanas, tales como el cónyuge, los parientes o amigos, y hace referencia no sólo a la imposibilidad de gozar de los placeres de la vida, sino que también puede predicarse de actividades rutinarias, que ya no pueden realizarse, requieren de un esfuerzo excesivo, o suponen determinadas incomodidades o dificultades. Se trata, pues, de un daño extrapatrimonial a la vida exterior. (en similar sentido, fallos de 18 de octubre de 2000, exp. 11948; 25 de enero de 2001, exp. 11413; 9 de agosto de 2001, exp. 12998; 23 de agosto de 2001, exp. 13745; 2 de mayo de 2002, exp. 13477; 15 de agosto de 2002, exp. 14357; 29 de enero de 2004, exp. 18273; 14 de abril de 2005, exp. 13814; 20 de abril de 2005, exp. 15247; 10 de agosto de 2005, exp. 16205; 10 de agosto de 2005, exp. 15775; 1 de marzo de 2006, exp. 13887; 8 de marzo de 2007, exp. 15459; y 20 de septiembre de 2007, exp. 14272; entre otros)” (sentencia del 13 de mayo de 2008, Ref: Exp. 11001-3103-006-1997-09327-01).

Adicionalmente, también existe legitimación en la causa por pasiva de Salud Total EPS y de la Clínica IPS Comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, para responder eventualmente por los perjuicios ocasionados con la conducta médica de los profesionales médicos o del personal de la Institución Sanitaria a través de los cuales se prestó directamente el servicio. No puede perderse de vista que la EPS en atención al artículo 183 de la ley 100 de 1993, la Ley 1751 de 2015 y los artículos 16 y 17 del Decreto 1485 de 1994 es quien ejerce un poder de dirección y control sobre la prestación del servicio médico de salud, siendo la encargada de garantizar el servicio en términos de calidad, oportunidad, eficiencia, etc., a través de las IPS propias o con las cuales realice contratos o con cualquier otro profesional en la salud. Por esta razón, en los términos del artículo 2344 del C. C., si se acreditan los presupuestos de la responsabilidad, está llamada a responder solidariamente con el médico o la IPS contratada. No resultan de recibo los argumentos que permiten renegar de la responsabilidad por la prestación de un servicio que directamente les compete (CSJ. SCC cas. civ. sentencias de 30 de enero de 2001, exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430; 18 de mayo de 2005, SC-084-2005], exp. 14415, SC. 8219-2016 sentencia de 20 de junio de 2016).

6. Fundamentos de derecho

Artículo 2º, 29, 228, 229 y 230 de la Política.

Artículos 1494, 2341, 2344, 2512 y 2513 del C.C.

Artículos 1081, 1082 y 1127 del C. de Comercio

Artículos 94, 164, 167, 176, 278, 280 y 281 del C. G. del P.

Ley 100 de 1993

Ley 1751 de 2015

Ley 266 de 1994

Decreto 1485 de 1994

Las referencias normativas a las cuales se alude son generales, sin perjuicio de las específicas que se mencionaran en el desarrollo del discurso.

7. Problema jurídico

Consiste en determinar si la EPS Salud Total y la IPS Comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, son responsables del fallecimiento de la señora Taborda Echavarría, ocurrido el 19 de octubre de 2008, en las instalaciones de la IPS, luego de ser internada cuando presentó diagnóstico depresivo alto, con riesgo de suicidio, permitiendo configurar una falla en la prestación de los servicios médicos a título de culpa, constituyéndose a su vez, en el nexo de causalidad que desencadenó en la muerte de la paciente y que permite identificar unos daños en cabeza de los demandantes.

8. De la responsabilidad civil médica

Al profesional de la salud le es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte -lex artis ad hoc-, sobre él gravitan prestaciones concretas sin llegar a un extremo rigor de catalogarla como el ejercicio de una actividad peligrosa, en consideración a la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas; en este contexto la responsabilidad del médico, por regla general, no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa probada – asentado en una responsabilidad subjetiva –, desde luego no como aquel error en el que no hubiese incurrido una persona prudente y diligente en iguales circunstancias en las que se encontraba el agente que causó el daño, sino en razón de aquellas obligaciones y deberes de conducta específicos que le son exigibles a un profesional.

Según la Corte Suprema de Justicia: “(...) Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, (...). Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”.

Por lo tanto, la responsabilidad civil médica, como especie de responsabilidad profesional que es, está sujeta a los deberes y obligaciones que tal profesión demanda, de ahí que si en las fases de prevención, pronóstico, diagnóstico,

intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los demás presupuestos necesarios para toda responsabilidad civil, hay lugar a la indemnización plena de los perjuicios.

Y, esto, es así, por cuanto: “(...) El acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico - patológicas”.

9. Elementos axiológicos o valorativos de la pretensión.

En la responsabilidad de linaje extracontractual, la prosperidad de la pretensión está condicionada a los siguientes requisitos de orden axiológico o estimativo de la pretensión.

- a. Un hecho con trascendencia jurídica.
- b. Culpa probada.
- c. Nexo de causalidad.
- d. Daño de carácter antijurídico.

La carga de la prueba gravita sobre el demandante en la demostración de estos presupuestos axiológicos, con fundamento en los artículos 164 y 167 del C. G. del P., ya que toda la prueba deberá valorarse conforme a la sana crítica, artículo 176 del C. G. del P. y, el pronunciamiento que haga el despacho, debe ser consonante con el tema de la decisión judicial, artículo 280 y 281 del C. G. del P.

10. Análisis de la pretensión

a. Del hecho con trascendencia jurídica.

Con fundamento en las pruebas que obran en el proceso, se encuentra demostrado que la señora Edy Lorena Taborda Echavarría, padecía un trastorno de personalidad asociado a depresión e ideas suicidas, por el que fue hospitalizada el 11 de octubre de 2008 en la IPS Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, conforme a la orden de EPS Salud Total, empresa a la cual estaba afiliada en calidad de beneficiaria, en cuya estadía y desarrollo del tratamiento, se suicidó el 19 de octubre de 2008. El fallecimiento de la paciente se encuentra acreditado con el registro civil de defunción, obrante a

folios 9 del expediente, y conforme a los hechos descritos en la historia clínica (Cfr. fls. 146 fte y vlto, c-1).

Asimismo, se tiene como un hecho respecto del cual existe consenso entre las partes que, Edy Lorena Taborda Echavarría, estuvo en tratamiento durante dos periodos distintos ante la IPS Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. El primero acaeció entre el 17 de agosto hasta el 21 de agosto de 2007, por el diagnóstico de un “Episodio Depresivo Mayor”; el segundo comenzó el día 11 de octubre de 2008, ingresando de urgencias por problemas depresivos, siendo hospitalizada por presentar cuadro de Trastorno Depresivo Mayor / Alto Riesgo de suicidio.

b. De la culpa médica.

i) Se la determina en el caso concreto, atendiendo a los deberes jurídicos alrededor de los cuales media la intervención o actividad profesional, tomando en consideración factores como la especialización, la técnica y la competencia, aplicables a la situación específica y con observancia de lo que en este campo se denomina la *lex artis ad hoc*. Este concepto ha sido explicado cómo:

“...aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte médico, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria- para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)”.

A través de la *lex artis* podemos establecer: (a) una regla de medición de la conducta, conforme a unos parámetros que permiten valorarla; (b) siendo su objetivo, verificar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o que corresponda con la generalidad de conductas profesionales en casos análogos; (c) confrontando la técnica respecto de los principios o normas de la profesión médica que son constatados en el caso concreto; (d) permitiendo determinar el objeto sobre el cual recae, esto es, la especie de acto con sus variables relativas a la clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, y dificultad de ejecución; (e) y la concreción de cada acto médico o presupuesto *ad hoc*, referida a las peculiaridades que estos puedan presentar.

En fin, la existencia de una conducta calificada bajo el prisma de la culpa médica, parte de la verificación de un daño que debe ser consecuencia de haberse realizado el acto médico con violación o desconocimiento de las reglas técnicas requeridas.

Se puede afirmar que existe una culpa en el caso concreto cuando se puede determinar que el profesional abandonó o descuidó al enfermo, o porque no actuó diligentemente en su atención con todos sus conocimientos científicos, o por no haber aplicado el tratamiento adecuado a la dolencia específica sufrida, a pesar de saber que era el indicado, conductas todas, que conducen a la generación de un perjuicio o daño para la víctima.

La culpa galénica está determinada en el fondo por características como: (a) La impericia, referida a la falta de capacidad, habilidad, experiencia y conocimiento de quien emprende un tratamiento médico, máxime cuando no ha sido reconocido o certificado por alguna institución habilitada legalmente; (b) la negligencia, equivalente al descuido u omisión, se presenta cuando se sabe o se tiene el conocimiento sobre lo que debe hacerse y sin embargo, deja de hacerse o aplicarse; (c) la imprudencia, que consiste en desplegar una acción temeraria que se efectúa a pesar de haberse previsto el resultado adverso que ocasionará el daño en el enfermo. Resulta equivalente a efectuar un acto médico sin las debidas precauciones. “Es la conducta opuesta a la que aconsejarían la experiencia y el buen sentido de un especialista en determinado aspecto de la medicina”.

Comprende el Despacho desde una perspectiva histórica que, “...la sociedad ha considerado a la ciencia como un valor positivo. En la experiencia colectiva los avances científicos han estado ligados a mejoras en las condiciones de vida de los seres humanos, la prolongación de su existencia individual y la mitigación del dolor y el sufrimiento. Los avances científicos y técnicos tienen un papel preponderante en el llamado modo de vida occidental, y aunque la bondad a largo plazo del mismo pudiera ser objeto de críticas, por lo general se acepta, tácita o explícitamente, como socialmente adecuado y deseable”.

Según los principios que inspiran la profesión médica, la Ley 23 de 1981, el método científico natural sirve de base al método clínico, para la exploración del hombre, entendido como unidad síquica y somática. Por ello, se impone como obligación que a través del método sea estudiado o evaluado el paciente, teniendo en cuenta su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, con miras a la adopción de medidas curativas y de rehabilitación correspondiente (cfr., núm., 1ro, Art. 2do). Es deber del profesional de la salud que su actividad se ajuste a los principios metodológicos y éticos que salvaguarden no sólo los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, sino también, que la protejan o amparen del sufrimiento y mantenga incólume su integridad (cfr., núm., 3ro, Art. 2do). El

faro directriz que orienta la actividad médica, consiste en preservar la salud de las personas y de la comunidad (cfr., núm., 5to, Art. 2do).

Para el cumplimiento del anterior cometido, el médico debe dedicar a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud, indicando los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente (cfr., Art. 10mo, ley 23 de 1981). Por tal motivo, el galeno usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad (cfr., Art. 13ro, ley 23 de 1981).

Ahora, apoyo indudable presta a la actividad médica el uso de la historia clínica, donde se registran obligatoriamente las condiciones de salud del paciente (cfr. art. 34, ley 23 de 1981); siendo indispensable que la misma en todos los casos sea diligenciada con claridad (cfr. art. 36, ley 23 de 1981). Al punto, bien vale lo dicho por nuestra jurisprudencia patria, así:

“Debe puntualizarse la relevancia de la historia clínica. Por mandato normativo, la historia clínica consigna de manera cronológica, clara, precisa, fidedigna, completa, expresa y legible todo el cuadro clínico en las distintas fases del acto médico desde su iniciación hasta su culminación, a partir del ingreso del paciente a una institución de salud a su salida, incluso en la rehabilitación, seguimiento y control; contiene el registro de los antecedentes, y el estado de salud del paciente, la anamnesis, el diagnóstico, tratamiento, medicamentos aplicados, la evolución, el seguimiento, control, protocolo quirúrgico, indicación del equipo médico, registro de la anestesia, los estudios complementarios, la ubicación en el centro hospitalario, el personal, las pruebas diagnósticas, etc. Trátase de un documento probatorio sujeto a reserva o confidencialidad legal cuyo titular es el paciente y cuya custodia corresponde al profesional o prestador de salud, al cual puede acceder aquél, el usuario, las personas autorizadas por éstos, el equipo de salud y las autoridades competentes en los casos legales, ostenta una particular relevancia probatoria para valorar los deberes de conducta del médico, la atención médica al paciente, **su elaboración en forma es una obligación imperativa del profesional e instituciones prestadoras del servicio, y su omisión u observancia defectuosa, irregular e incompleta, entraña importantes consecuencias, no sólo en el ámbito disciplinario sino en los procesos judiciales, en especial, de responsabilidad civil, por constituir incumplimiento de una obligación legal integrante de la respectiva relación jurídica**”(cursivas y negrillas fuera de original) .

ii) La Jurisprudencia de la Corte Suprema de justicia, frente a la prestación de los servicios médicos asistenciales, ha indicado: Todas las personas tienen

derecho a acceder a los servicios que requieran, es decir, aquellos indispensables para conservar la salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o la dignidad.

Este derecho que tienen los usuarios del sistema de seguridad social en salud, implica que el acceso al servicio se realice de **manera oportuna, eficaz y con calidad**. Así, en los eventos en los que un servicio médico que se requiera, haya sido reconocido por la entidad en cuestión pero su prestación no se garantizó oportunamente, generando efectos tales en la salud, como someter a una persona a intenso dolor, se presenta una violación del derecho a la salud y el mismo debe ser objeto de tutela por parte del juez constitucional. En ese sentido como lo ha manifestado la Corte Constitucional, cuando “el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente a una persona, puede conllevar además de un irrespeto a la salud por cuanto se le impide acceder en el momento que correspondía a un servicio de salud para poder recuperarse, una amenaza grave a la salud por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente.”¹

De otro lado, tratándose de temas referentes a la salud, esto es, **oportunidad, accesibilidad y calidad**, el legislador expidió la Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015, cuyo objeto es garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer los mecanismos de protección, cuyos principios tienen como finalidad el cumplimiento por parte de las EPS, los cuales están definidos en el artículo 6 de la citada ley, y que para el caso que nos ocupa, es atinente traer a colación el literal d), referente a la “ [...] **Calidad e idoneidad profesional**. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.”

b¹. De las obligaciones de seguridad de los centros hospitalarios.

En virtud de las denominadas obligaciones de seguridad, el deudor de ellos “está obligado a cuidar de la integridad corporal del acreedor o la de las cosas que este le ha confiado (CSJ SC259-2205 de oct 18 de 2005, Rad. n°14.491). Se trata de una distinción jurisprudencial, proveniente del derecho francés y que se encuentra aclimatada entre nosotros de tiempo atrás (cfr. SC del 25 de noviembre de 1938 en G.J. T. XLVII págs.. 411 y ss), sobre todo, al punto de la obligación del transportador, para explicar, ejemplificativamente, el alcance de ese deber secundario de conducta que puede estar expresamente pactado, establecido en la ley, o derivado de la naturaleza del contrato o de su ejecución

¹Sentencia T-737 de 2013

de buena fe, pero en todo caso, dirigido a la protección de la confianza que el acreedor deposita en su deudor en el sentido de que sus bienes o su persona quedarán a salvo (integridad de las cosas y corporal), y que confía a este en el cumplimiento de la prestación principal, por lo además, de satisfacer ese débito en que el deudor garantiza o al menos – ello es objeto de discusión- debe procurar la indemnidad de su acreedor respecto de tales intereses.

La obligación de seguridad es definida en la doctrina como “...aquella en virtud de la cual una de las partes del contrato se compromete a devolver al otro contratante, ya sea en su persona o sus bienes sanos y salvos a la expiración del contrato. Tal obligación puede haber sido asumida expresamente por las partes, impuesta por la ley, o bien surgir tácitamente del contenido del contrato, a través de su interpretación e integración a la luz del principio general de buena fe”².

Es posible aducir en forma genérica que existe una obligación de seguridad en el reconocimiento del deber de no dañar y en la imposición de conductas tendientes a la prevención del daño, agravamiento y posibilidad de atenuarlo, conforme al principio contenido en el Art. 2341 del C.C. (Af. Lat. Alterum non laedere). La obligación hace parte de la relación legal reglamentada por el sistema de seguridad social en salud, a través del cual se garantiza el servicio de acceso a los usuarios de este. Dentro de esta específica relación, es puntual el deber de no dañar, de prevenir y de mitigar. Así entonces, todas las prestaciones de la relación y todos los hechos unilaterales deberán desarrollarse de forma tal que no dañen bienes del co-contratante y de las personas expuestas (véase literal j) art. 10mo Ley 1751 de 2015).

En el ámbito hospitalario, además de la prestación de los servicios médicos, paramédicos y asistenciales, y además del suministro de medicamentos y tratamientos pertinentes, de hospedaje especial, etc, que debe prestar la entidad nosocomial, ésta tiene a su cargo la obligación de seguridad de tomar todas las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume” (GJ. T. CLXXX, pág 421 citada en SC 003 de 1 de febrero de 1993, rad. n°3532)

Tal obligación supone la implementación y mantenimiento de medidas dirigidas a prevenir accidentes e infecciones, sobre la base de un control estricto acorde con protocolos contentivos de normas técnicas, adoptados por el propio centro de salud o exigidos por las autoridades que tengan a su cargo su inspección, vigilancia y control, y que se extienden pero no se limitan a la señalización, transporte adecuado de enfermos, dotación infraestructural apropiada, métodos de limpieza y esterilización, procedimientos de seguridad, desinfección, control

² La cita es de VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto A., tomada del texto, “LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD Y LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL”; Revista de Derecho Privado y Comunitario; citado a su vez en la obra de MESA LÓPEZ, Marcelo J., LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA. Editorial B de F., Montevideo-Buenos Aires, República de Argentina, año 2016, pág. 496.

de visitas, identificación, idoneidad e inspección en materia de salud del personal, coordinación con tareas con el fin de aminorar errores en procesos, disposición de residuos orgánico, recintos especializados, entre muchas otras variables. Deberes todos positivos que coadyuvan en el logro de un non facere: que el paciente no sufra ningún accidente.

En lo que respecta a las obligaciones de seguridad de los centros psiquiátricos, ha precisado el Consejo de Estado, sección tercera, en sentencia del 11 de abril de 2002 “[...] los centros psiquiátricos tienen, como toda institución hospitalaria, la obligación de preservar la vida e integridad personal del paciente y del personal que lo atiende, así como garantizar la seguridad de estos y aquellos, estableciendo una vigilancia diligente de acuerdo con las exigencias de la condición del paciente, más aún cuando la patología de este permite prever ciertos comportamientos. Pues, dicha obligación de vigilancia estriba a evitar daños a las personas que están siendo atendidas en un centro de salud, es uno de los deberes propios de la atención hospitalaria, y que, en el caso de las entidades especializadas en el cuidado de enfermos mentales, incluye la de custodia y vigilancia de los propios pacientes, en tanto pueden agredir a otros o agredirse a sí mismos”. En este mismo sentido, Julio César Galán Cortes, expone:

“Los entes sanatoriales mantienen con sus pacientes, al menos a priori, una relación contractual y directa, por cuya razón la responsabilidad civil del nosocomio asienta en factores de atribución objetivos, en virtud de los cuales se debe garantizar y asegurar al paciente que no sufrirá daños durante su ingreso o estancia en el mismo (“legítimas expectativas de seguridad”).

Tratándose de una clínica psiquiátrica, ello implica mayor deber de cuidado y vigilancia de los pacientes, procurando la eliminación de riesgos que potencialmente pudiera causar un daño en la salud de los internados y atendiendo a las circunstancias particulares de cada uno de ellos, en tal forma que el establecimiento sanitario asume, en este caso, junto al deber principal de prestar asistencia médica -si la misma fue directamente contratada-, una obligación objetiva de seguridad”³.

Por su parte, la Resolución 741 de 1997, en el artículo 9, establece: Las Instituciones dedicadas a la atención de pacientes Psiquiátricos y las que con ocasión de la prestación del servicio de urgencias reciban este tipo de pacientes, establecerán medidas de seguridad que conlleven a minimizar los riesgos para que el usuario no cause daño así mismo o se lo cause a terceros.

b². La imputación jurídica.

³ GALÁN CORTÉS, Julio César. Responsabilidad Civil Médica, quinta edición. Editorial Civitas. Editorial Thomson Reuters. Navarra, España, año 2016, pág. 320.

Al escrutar los hechos denunciados en la demanda, podemos identificar que el criterio de imputación a título de culpa formulado por los demandantes, se funda en una omisión en la adecuada prestación del servicio médico brindado por ausencia de una debida diligencia y cuidado requeridos en el control del espacio de la paciente, al padecer un trastorno de personalidad cluster b, en zona limítrofe, con alto riesgo de suicidio, asociado a depresión, falleciendo al interior de la clínica en su cuarto de aislamiento, a consecuencia de una anoxia mecánica producida por edema pulmonar y cerebral causado por compresión de la vía aérea superior generado por ahorcamiento, tal como refiere la necropsia en el dictamen de Medicina Legal (véase fls. 75 C-1).

Frente a lo anterior, se procederá al análisis de la prueba, conforme a la imputación jurídica formulado por la parte demandante.

b³. Análisis de la prestación del servicio.

i) Edy Lorena Taborda Echavarría, de tiempo atrás, venía sufriendo alteraciones conductuales y de personalidad, por las cuales, ya había recibido tratamiento psiquiátrico. Se tiene como un referente anterior a los hechos, su deterioro mental con intento de suicidio e internación para el 31 de agosto de 2007, en la Clínica Psiquiátrica Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

ii) Posteriormente, Edy Lorena es hospitalizada en la misma Clínica el 11 de octubre de 2008, reflejando en la historia clínica (epicrisis), lo que a continuación se relaciona:

- **11 de octubre de 2008.** Ingreso medicina general.

1. Plan hospitalizar
2. Control cada 6 horas
3. Acompañante permanente hasta nueva orden,
4. Fluoxena cops 20 mg
5. Clonacepan 1 mg
6. Ordena vigilar a la paciente con riesgo muy alto de autoagresión
7. Avisar cambios

- **12 y 13 de octubre de 2008.** Paciente evaluada por psiquiatría, continua con acompañante permanente.

- **14 de octubre de 2008.** (...) vigilar por alto riesgo suicida; Debe dormir, aislamiento con contención mecánica en 2 extremidades superiores por el riesgo suicida; la **desembalación debe ser supervisada por enfermero con un familiar;** permanecer con

familiar durante todo el día 7 am a 7 pm. Dejar en aislamiento; retirar **todo objeto con el que se pueda hacer daño.**

- **16 de octubre de 2008.** Desembalación supervisada de manera personalizada por un enfermero o familiar, no puede ir al baño sola; solo utilizar cuchara para comer, no debe hacerlo con otros compañeros por riesgo de coger cuchillos o tenedores; debe dormir en aislamiento mientras permanezca en el centro, debe tener inmovilización en los miembros de las 4 extremidades; se debe retirar todos los objetos con que se pueda hacer daño dentro del cuarto, se debe revisar antes de entrar al cuarto de aislamiento que no tenga nada con lo que se pueda hacer daño. Debe permanecer el paciente con familiar durante el día, hasta que ingrese al cuarto de aislamiento.
- **19 de octubre de 2008.** En cama sentada, hoy permite más el contacto visual un poco más fluido que su lenguaje acepta hoy que persisten ideas suicidas. “voy a darme la oportunidad de un tratamiento pero no le encuentro sentido a la vida”. Paciente aun bastante depresiva.

Mantener inmovilizada en aislamiento supervisión cte.

Firma Dra. Beatriz Elena Palacio

En el dictamen pericial, practicado por el Instituto de Medicina Legal, se describe de la siguiente forma el tratamiento brindado a la paciente (fls. 69 a 71 Cdno1):

“1. Según la historia clínica se le diagnosticó Depresión Mayor, episodio grave actual, Trastorno de Personalidad, hospitalizada en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, ha tenido múltiples intentos de suicidio. Tomaba droga psiquiátrica. Se colgó con un cinturón de ventana de la clínica. En la necropsia se encuentra suco equimótico incompleto en el cuello, hemorragia en el cuello y corotidas, edema cerebral y pulmonar, cianosis y congestión generalizada.

“Opinión pericial. Conclusión Pericial. Su deceso se produjo por la anoxia mecánica desencadenada por el edema pulmonar y cerebral causado por compresión de la vía aérea superior producido por ahorcamiento. Lesión esencialmente mortal. Esperanza de vida es de 53 años o más.”

iii) Tal como obra en la historia clínica y en el dictamen de medicina forense, la paciente se suicida en la tarde del 19 de octubre de 2008. Puntualmente, en la historia clínica se registró la atención prestada el referido día, así como el

episodio relativo al lamentable suceso de la siguiente forma:

“Órdenes médicas (...)

- **“19 de octubre de 2008.**

Psiquiatría.

- En cama sentada, hoy permite más el contacto visual un poco más fluido que su lenguaje, acepta hoy que persisten las ideas suicidas. “voy a darme la oportunidad de un tratamiento pero no le encuentro sentido a la vida”. Paciente aún bastante depresiva.

Mantener desinmovilizada en aislamiento bajo supervisión cte.

Firma Dra. Beatriz Elena Palacio

5:40 pm. Medicina General. Lllaman a evaluar paciente de manera urgente porque encuentran ahorcada. Encuentro paciente en cama inconsciente, sin frecuencia cardiaca, pupilas midriáticas, sin pulso carotideo, presenta en cuello anterior signos de trauma por cuerda semiarcular. Se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar. Durante la reanimación occidental se sale tubo endotraqueal debido a la falta de respiración.

Dx muerte por ahorcamiento.

iv) En las declaraciones de los médicos especialistas en psiquiatría, Mónica Duque, Víctor Hugo Agudelo Zuluaga y Lina María Escobar, quienes atendieron a la paciente durante el segundo ciclo de hospitalización en la Clínica Psiquiátrica Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, que comenzó el 11 de octubre de 2008, siendo por esta circunstancia, testigos técnicos, encontramos un consenso al identificar que la paciente sufría de un grave trastorno de personalidad, Cluster B en estado límite, asociado a estados depresivos, donde la paciente era impulsiva, agresiva, mostrando conductas sociopáticas, su estado era agudo, siendo impredecible, inestable, debido a su impulsividad, y por ello con un alto nivel de tendencia al suicidio.

Precisamente, por esta marcada tendencia al suicidio, dentro de los protocolos médicos, estaba el de garantizar la seguridad de la paciente frente a ella misma, debido a las altas posibilidades de que se autolesionara, siendo necesario llevarla a cuartos de aislamiento y tenerla asida mediante contención mecánica. Medidas que debían ser prudentes y razonables, porque de prolongarse indefinidamente, no solo atentaban contra la dignidad de la paciente, sino que, podrían serle perjudiciales en otros aspectos de la salud, ya que la quietud debido a la contención mecánica podía generar úlceras, laceraciones, daños en

el sistema nervioso, muscular, esquelético y hasta desencadenar una trombosis.

Lo anterior, puede observarse en apartes de la historia clínica, “[...] 14/10/08. Psiquiatría...5. Debe dormir en aislamiento con contención mecánica de 2 extremidades superiores por el riesgo suicida alto...6. La deambulacion en el día debe ser supervisada por enfermero...o familiar...” (fls. 126 vlto, C-1).

Recomendaciones que se amplían más luego “[...] 16/10/08. Psiquiatría. 1. Deambulacion supervisada de manera personalizada por un enfermero o familiar. No puede ir al baño sola. 2. Solo utilizar cuchara para comer. No debe hacerlos con otros compañeros por riesgo de coger cuchillos o tenedores. 3. Debe dormir en aislamiento y mientras permanezca en el cuarto debe tener inmovilizadores mecánicos cuatro extremidades...4. **Se debe retirar todo objeto con el que se pueda hacer daño dentro del cuarto y revisarle antes de entrar cuarto de aislamiento que no tenga nada con lo que se pueda hacer daño...**” (fls. 127, vlto. C-1).

v) Tal como se encuentra acreditado, Edy Lorena Taborda Echavarría, se suicidó en las instalaciones de la IPS Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, ahorcándose al colgarse de una de las ventanas de la habitación donde se encontraba aislada y donde dormía, utilizando una correa con la que se encontraba sujeta en sus extremidades. Según la historia clínica, aquel día había sido atendida en la mañana por la siquiatra Beatriz Elena Palacio, quien ordenó que la paciente fuera desmovilizada en aislamiento bajo “**supervisión constante**”. A las 5:00 pm fue encontrada en posición de ahorcamiento, es descolgada, se llama a médico general, se realizan maniobras de reanimación que resultan infructuosas ante la pobre expectativa de respuesta, debido a que no fueron oportunas.

Ahora bien, es adecuado esclarecer si las personas que sufren enajenación mental cuentan con auto-determinación o autonomía en forma libre, consciente, y voluntaria que le permita comprender y entender su decisión, pudiéndose establecer si la conducta suicida se encuentra o no justificada. Adicionalmente, es necesario precisar los deberes de las entidades de salud, en este caso, el de una unidad especializada en atención siquiátrica, en el cuidado de pacientes que presentan una situación de amenaza o intento de suicidio.

vi) En referentes jurisprudenciales análogos al caso, es viable referir la sentencia del 30 de noviembre de 2000, emitida por el Consejo de Estado Sección Tercera, quien ha expuesto que, cuando se trata de pacientes psiquiátricos, no se puede invocar la autonomía personal en eventos de suicidio, en tanto que, “Esa libertad de decidir sobre el cuidado de la salud o la preservación de la propia vida, tiene sin embargo límites relacionados precisamente con la capacidad de autodeterminación de las personas. En el caso de los enfermos mentales y de los menores el Estado tiene un deber de

protección de las personas contra sí misma, pues éstas por su incapacidad síquica o inmadurez se encuentran en situación de mayor indefensión y carecen de plena autonomía. Por lo tanto, debe brindarles una mayor protección (art. 13 C.P.), lo cual se extiende a impedirles aún con medios coercitivos que atenten contra su propia vida^{4,5}.

Asimismo, la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, ha indicado que la obligación de vigilancia tendiente a evitar daños a las personas que están siendo atendidas en un centro de salud, es uno de los deberes propios de la atención hospitalaria, y que, en el caso de las entidades especializadas en el cuidado de enfermos mentales, incluye la de custodia y vigilancia de los propios pacientes, en tanto pueden agredir a otros o agredirse a sí mismos. En el referente jurisprudencial, bien puede leerse:

“Ahora bien, en relación con la responsabilidad del Hospital Santo Domingo de Málaga, la Sala considera necesario hacer algunas precisiones respecto de la naturaleza y el alcance las obligaciones asumidas por los hospitales, clínicas y demás establecimientos prestadores del servicio de salud.

“El tema ha sido abordado por la jurisprudencia y la doctrina desde diferentes ángulos. En el campo civil y dado que allí se considera superada la discusión acerca del carácter contractual de la responsabilidad de los médicos y las clínicas, la discusión se ha desarrollado en el ámbito del alcance de las obligaciones que asumen éstas últimas en virtud de los contratos respectivos.

“En sentencia del 12 de septiembre de 1985, manifestó la Corte Suprema de Justicia:

“2. Si, en orden a determinar el contenido de las obligaciones originadas en los contratos de hospitalización, se examina esta clase de acuerdos a la luz de las previsiones del artículo 1501 del Código Civil, resulta necesario admitir que de él, al igual que en los demás contratos, surgen para la entidad asistencial obligaciones que pertenecen a la naturaleza misma del acuerdo, que hacen parte suya en condiciones normales de contratación, tales como las de suministrar habitación y alimentos al enfermo, lo mismo que las drogas que le prescriban los facultativos, la de un debido control y la atención por

⁴ En la sentencia T-474 del 25 de septiembre de 1996, aunque en un contexto diferente, la Corte Constitucional ordenó brindarle a un menor adulto, testigo de Jehová, el tratamiento que requería para preservar su vida, aún contra la propia decisión del menor que se negaba a la práctica de una transfusión de sangre, por sus convicciones religiosas.

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 30 de noviembre de 2000, expediente 12.832, actores: Antonio Muñoz y otros. Se expresa lo mismo en sentencia de 30 de noviembre de 2000, expediente 13.329, actor: José Antonio Rincón Tobo.

parte de los médicos residentes y enfermeras del establecimiento, que para excluirlas válidamente se debería pactar en contrario con tal que no se desnaturalice el contrato. Dentro de este mismo género de obligaciones es indispensable también incluir la llamada por la doctrina obligación de seguridad, en este caso de seguridad personal del enfermo, que impone al centro asistencial la de tomar las medidas necesarias para que el paciente no sufra algún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento del contrato.

“(...)

“3. En armonía con lo dicho se tiene que, en virtud del contrato de hospitalización, el establecimiento asume frente al enfermo una obligación de seguridad que le impone la de evitar que le ocurran accidentes con motivo o con ocasión del cumplimiento del contrato, obligación que comprende también la de “custodia y vigilancia” si se trata de establecimientos para enfermos con afecciones mentales, pues en tal caso además del tratamiento se busca la propia seguridad personal. De tal suerte que si trata (sic) de hospitales o clínicas que prestan servicios generales, distintos de los psiquiátricos, y por causa de la clase de padecimientos que presenta el enfermo, éste requiere de una enfermera permanente o de una “custodia y vigilancia” especial, el contrato de hospitalización requerirá de una estipulación expresa respecto de la prestación de ese servicio, por cuanto en tal caso no sería de su naturaleza.

“Naturalmente, en la práctica pueden presentarse situaciones que no correspondan exactamente a las planteadas, verbigracia que a un alienado, dada la urgencia del caso, se le tenga que hospitalizar en un establecimiento de servicios generales o que habiendo ingresado a él una persona para recibir los servicios que ordinariamente ofrece, durante el tratamiento presente síntomas o anomalías o perturbaciones mentales que requerirían, entonces, de cuidados especiales. En tales eventos, la solución exigirá de considerandos también particulares de acuerdo con todas las circunstancias del caso...”⁶ (Se subraya).

En sentencia del 1º de febrero de 1993, la Corte reiteró su doctrina anterior, al precisar lo siguiente, sobre el contenido de la llamada “obligación de seguridad” asumida por las clínicas:

“2. En el mismo orden de ideas y tratándose de enfermos mentales internados en casas de salud, asilos de residencias de reposo y demás organismos asistenciales especializados en suministrar los cuidados

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 12 de septiembre de 1985, M.P. doctor Horacio Montoya Gil.

adecuados para esta clase de padecimientos, ninguna duda queda de que estas entidades, a la par de las obligaciones atinentes a las prestaciones médicas propiamente dichas, contraen así mismo una obligación sobreentendida de seguridad junto con el deber de custodia que a ella le es consustancial, obligación que naturalmente no requiere de estipulación expresa, tampoco de advertencias explícitas de los interesados acerca de la necesidad de cumplirla a cabalidad, y cuyo objeto no es otro que el de vigilar al paciente con el grado de diligencia que demanden las circunstancias, determinadas ellas en principio por la clase de enfermedad que sufre y las manifestaciones que ofrece, y así poder evitar que experimente daño alguno mientras permanezca en las instalaciones del establecimiento...”.⁷ (Se subraya).

Fluye de lo expuesto que, un paciente psiquiátrico con ideas suicidas no está en condiciones normales de salud mental para auto-determinar el fin de su existencia, no siendo plausible enmarcar su conducta en un caso típico de exclusión de responsabilidad. Al punto, iterase que, Edy Lorena Taborda Echavarría, sufría de un trastorno de personalidad Cluster B, con episodios depresivos, tornándose irascible, impulsiva, violenta, desenfrenada, agresiva y con ideas fijas de suicidio, razón por la cual, su conducta no podía catalogarse como normal o sana, pues había perdido el equilibrio emocional en relación con su entorno socio-cultural, impidiéndole obtener calidad de vida en términos personales, familiares y sociales.

vii) En la medida de lo expuesto, la IPS Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús, tenía bajo su cargo la obligación de preservar la vida e integridad personal de la paciente, como deber general de toda atención hospitalaria; y, tratándose de una enferma mental, además del tratamiento relativo a la alteración síquica, tenía el deber de resguardar su seguridad personal, estableciendo una vigilancia con el grado de diligencia que demandara su condición, teniendo en cuenta la conducta agresiva propia de la enfermedad que padecía y que implicaba un riesgo cierto de causarse daño a sí misma, lo que bien podía considerarse como un efecto de ese trastorno que la aquejaba fuertemente. En la doctrina médica, al respecto se ha dicho lo siguiente:

“Sobre la pregunta de sí el suicidio es una enfermedad o un síntoma, los expertos han llegado a un consenso generalizado: el suicidio es un síntoma y no una enfermedad. Esto significa que el suicidio puede ser el resultado de un importante número de condiciones psicológicas y físicas, y que los intentos de suicidio pueden situarse en un punto intermedio en cualquier número de circunstancias.

“Sin embargo, existen algunos síntomas o conductas que suelen

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 1º de febrero de 1993, M.P. Carlos Esteban Jaramillo Scholss.

aparecer en el historial de las personas que intentan suicidarse o se suicidan. La depresión es el síntoma mencionado con mayor frecuencia. No obstante, el que un individuo sufra una depresión no significa que esté a punto de quitarse la vida. Ni todas las personas deprimidas son suicidas, ni todos los suicidas están necesariamente deprimidos (Cantor, 1987^a).

“Aunque la depresión es el síntoma que se asocia con mayor frecuencia al suicidio, los factores significativos que sitúan a la persona en este riesgo están más relacionados con los cambios de conducta y cognitivos que con el diagnóstico de depresión.

“Se considera que una persona corre este riesgo:

1. Si hace un intento o un gesto suicida.
2. Si habla de suicidio o amenaza con suicidarse.
3. Si ha trazado un plan concreto para quitarse la vida.
4. Si controla mal sus impulsos y es conocido por actuar impulsiva o violentamente.

(...)

“¿Qué induce a la gente a suicidarse en la actualidad? Ya hemos dicho que el suicidio es un síntoma y no una enfermedad, y puede ser una consecuencia de enfermedades psiquiátricas, físicas o de desequilibrios bioquímicos...

“Es evidente que la enfermedad psiquiátrica predispone al suicidio, aunque no se trata de una variable necesaria. Además, no se ha podido determinar con exactitud cuáles son las enfermedades psiquiátricas que predisponen al suicidio (Cantor, 1989b; Shaffer, 1989).

“Las psicopatologías más documentadas en relación con el suicidio son los trastornos afectivos (en particular la depresión), los trastornos de conducta y el abuso de sustancias psicoactivas. También se citan los rasgos de personalidad, como la impulsividad y la agresión, así como los trastornos antisocial y límite de la personalidad. Por otra parte en un estudio reciente se aboga por los síntomas de ansiedad y angustia como los más claros indicadores de un potencial suicida (Weissman, Klerman, Markovitz y Ouellette, 1989).

“La literatura y el folclore nos inducen a pensar que el suicidio aparece en los individuos deprimidos. Sin embargo, los estudios actuales rechazan esta idea e indican otras áreas de riesgo, como la ansiedad, el abuso de sustancias psicoactivas, los trastornos bioquímicos y

neuroquímicos, y factores psicosociales, como la falta de apoyo, el estrés, la enfermedad crónica y la oportunidad.

“Además, la vulnerabilidad actual de un individuo ante el suicidio puede fluctuar de un día para otro. Esto hace que nos preguntemos si el suicidio es con frecuencia la consecuencia de la enfermedad mental o de extravagancias y tensiones de la vida, sean hormonales, bioquímicas o circunstanciales [...].

“En resumen, los factores que pueden conducir al suicidio o al intento de suicidio son diversos y no específicos. Las listas de características bioquímicas, de conducta, psicológicas y sociales ligadas al suicidio, incluye:

- El alcohol y el abuso de sustancias psicoactivas;
- La enfermedad mental - con una fuerte controversia sobre la determinación de la enfermedad más relacionada;
- Las conductas impulsivas y antisociales;
- El estrés severo, el sentimiento de culpabilidad o las pérdidas⁸.

Complementando lo expuesto, en Edy Lorena Taborda Echavarría, era advertible una conducta agresiva, producto de un trastorno de personalidad Cluster B, con momentos depresivos, aunado a los constantes intentos de suicidio, factores suficientes para valorar que se estaba en alto riesgo, ameritando un máximo cuidado. Sobre el punto, acudiendo a la doctrina, encontramos:

“¿Cómo se puede reconocer el riesgo suicida? A pesar de que la investigación sobre suicidios ha mostrado múltiples factores de riesgo, para el terapeuta es extremadamente difícil valorar en qué medida el paciente presenta riesgo real de suicidio. Los factores expuestos en la tabla 18-1 se refieren a lo que incrementa el riesgo de suicidio. Cuando aparecen varios factores a la vez, es imprescindible prestar la máxima atención. Además, a lo largo de la terapia se debe comprobar de nuevo el riesgo de suicidio del paciente.

⁸ Pamela C. Cantor, “Síntomas, prevención y tratamiento del intento de suicidio”, en Benjamín B. Wolman, Geroge Stricker, *Trastornos depresivos, hechos, teorías y métodos de tratamiento*, Barcelona, Ancora S.A., 1993, pag.197 y ss. En el mismo sentido se ha señalado lo siguiente: “El gran cuidado y temor que hay que tener con el síndrome depresivo son las ideas de suicidio que suelen llevar al individuo a las conductas suicidas, al intento de suicidio. Cualquier medida preventiva ante un paciente que ha cometido un intento de suicidio, es poca. Tanto el intento de suicidio como el suicidio mismo no son propiamente entidades diagnósticas, es un hecho existencial con profundas repercusiones personales y familiares. Las entidades o situaciones con que se asocia frecuentemente el suicidio son: depresión, adolescente en crisis, alcoholismo, demencias, crisis conyugales, intoxicación por drogas, psicosis esquizofrénicas y afectivas, violaciones sexuales, enfermedades graves y terminales. Es posible valorar el riesgo suicida en pacientes con ideas de autoagresión si se tiene en cuenta los siguientes parámetros: (...)Enfermedad psiquiátrica. Se incrementa en la psicosis y en las depresiones. En César E. Sánchez V, “Urgencias”, en Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R., *Fundamentos de Medicina - Psiquiatría*, Medellín, Corporación para investigaciones biológicas, tercera edición, 1997, pág. 391.

“Tabla 18-1. Factores que hay que valorar ante el riesgo de suicidio.

“- Indicios de suicidalidad en el comportamiento de la paciente:

“Avisos directos o indirectos de suicidio, como decir que ya no tiene ilusión por vivir o que sólo es un carga para los demás.

“Intensa dedicación a rumiar el suicidio.

“Hacer planes de suicidio.

“Conocer a alguien o identificarse con alguien que ha consumado el suicidio.

“- Indicios de suicidalidad: (...)

“- Sospechas clínicas de suicidalidad:

“Enfermedad médica crónica.

“Trastornos de personalidad.

“Abuso de medicamentos, drogas o alcohol.

“Síntomas sicóticos.

“Conducta agresiva y falta de control de los impulsos.

“Desesperanza, sentimientos de culpa o pesimismo muy marcados.

“Baja autoestima.

“- Condiciones interpersonales, ambientales y sociodemográficas de suicidalidad: (...)”⁹ (subrayado fuera de texto).

viii) En la perspectiva de lo explicado y trayéndolo al caso concreto, se deduce que la auto agresión e intentos de suicidio anteriores de la paciente Edy Lorena Taborda Echavarría, dentro del contexto de su trastorno de personalidad y enfermedad depresiva, eran circunstancias o factores serios de riesgo que implicaba asumir como muy probable el que se causara daño a sí misma, quitándose la vida.

Por lo tanto, no se puede afirmar que el acto fue impulsivo simple y llanamente, pues existía una sintomatología de base que implicaba probabilidad de suicidio, una amenaza expresa y clara de querer hacerlo; frente a hechos tan claros se requería una acción positiva de la entidad tendiente a evitar dicho suceso; sin embargo, hubo un momento de descuido en que no se tomaron las medidas de precaución o prevención, permitiéndole a la paciente Taborda Echavarría, acceder a una cuerda de contención, con la cual se terminó ahorcando. En estos casos se recomiendan las siguientes medidas:

“Manejo del paciente con intento de suicidio. La actitud terapéutica

⁹ Elizabeth Schramm, *Psicoterapia Personal, de las depresiones y otros trastornos psíquicos*, Barcelona, Editorial Masson S.A., 1998, pag. 247 y ss.

ante el paciente con intento de suicidio y sus familiares es el elemento básico de aproximación. Que el menor y su familia sientan del facultativo que los atiende: disposición de ayuda, comprensión de la situación actual, apoyo ante las crisis personales o familiares y sobre todo capacidad profesional para servir de contención ante el in-suceso.

“Es preferible hospitalizar al paciente que ha intentado o logrado auto-agredirse y sería muy conveniente la interconsulta con psiquiatría, o la remisión al psiquiatra. Dependiendo de la gravedad y de la letalidad del intento, tomará más o menos días su estancia hospitalaria en un centro que ofrezca todas las garantías de seguridad. De no ser posible contar con una unidad psiquiátrica y con personal de enfermería capacitado para su manejo, es mandatorio hospitalizarlo en un hospital general, acompañado permanentemente, ya sea con un familiar o con un auxiliar de enfermería. Los pisos bajos de las instituciones son los más adecuados, por la minimización de los riesgos; cualquier elemento que sirva para minimizar una agresión será retirado de la habitación (cubiertos, tijeras, ganchos metálicos de ropa, termómetro, cordones de teléfono, espejos, etc.) e incluso los vidrios de las ventanas, especialmente si no cuenta con compañía tanto en el día como en la noche. Las pertenencias personales serán cuidadosamente examinadas con la intención de identificar y retirar las que sean potencialmente peligrosas: drogas de uso, médico o uso ilegal, cordones de zapatos, cinturones, medias de seda, etc.

La disponibilidad médica debe ser las 24 horas, ya sea para el paciente o para sus familiares. La verificación de la toma de las medicaciones será ordenada en la historia clínica y ejecutada por enfermería; muchos de los medicamentos tomados en sobredosis suelen tener efecto letal. La psicoterapia está indicada desde el primer momento de la relación terapéutica, pues los antidepresivos demoran, de dos a tres semanas en empezar a actuar. Se consignará todos los días, en las evoluciones de la historia clínica, las apreciaciones que del paciente tenga el médico y las expresiones, literalmente, del paciente ante su situación”¹⁰.

De las anteriores medidas prescritas para situaciones de riesgo o intento de suicidio se pueden deducir por lo menos dos que hubieran debido aplicarse en el presente caso, como era el retiro de los objetos que permitieran la realización de la amenaza y estrechar la vigilancia a la paciente a partir de ese momento. Estas medidas no fueron satisfechas totalmente, pese a estar prescritas por el galeno que atendió a la paciente mediante orden médica del 18 de octubre de 2008; tal y como se advierte en la historia clínica del 19 de octubre de 2008, la paciente fue des-inmovilizada por orden de la Dra. Beatriz Palacio Arango; sin

¹⁰ César E. Sánchez V, “Urgencias”, en Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R., *Fundamentos de Medicina - Psiquiatría*, Medellín, Corporación para investigaciones biológicas, tercera edición, 1997, pág. 395.

embargo, el enfermero de turno, procedió a su des-inmovilización sin haber retirado de la habitación una correa de amarre o sujeción, la cual utilizó la paciente para colgarse de la ventana y proceder a su ahorcamiento, con el desenlace fatal ya conocido.

ix) Conforme a las explicaciones brindadas, se constata una falta de vigilancia y cuidado por parte del personal de enfermería de la Clínica demandada, al no haber supervisado a la señora Edy Lorena Tabora Echavarría, para el momento en que la paciente se encontraba en su habitación de aislamiento, sin ninguna medida de protección, vigilancia que se requería conforme lo habían prescrito los médicos tratantes, aunado al hecho de haber dejado objetos en su habitación de aislamiento o que no fueron retirados a tiempo, sin tener las previsiones que demanda la *lex artis ad hoc*, en franco desconocimiento de la conducta persistente de auto-agresión que presentaba la paciente.

Luego, se tiene por establecida la omisión en el deber de vigilancia y cuidado de la paciente por parte del personal de la IPS, Sección Enfermería, en tanto que se dejó de hacer lo que se debía de realizar, faltando a la obligación de seguridad, permitiendo configurar el elemento culpa dentro del edificio de la pretensión de responsabilidad.

c. Del nexo de causalidad.

i) A partir del contenido del artículo 2341 del C. Civil, y conforme al desarrollo de nuestra doctrina jurídica nacional, es posible colegir que quien pretenda la indemnización por haber sufrido un perjuicio, tiene la carga probatoria de demostrar el hecho intencional o culposo del demandado, el daño sufrido y el nexo de causalidad entre los anteriores.

El nexo causal, es elemento fundamental de la responsabilidad. Su evaluación puede erigirse en razón suficiente para la no estimación de la pretensión, cuando no sea posible establecer una relación directa entre el hecho que se afirma en la demanda y el resultado dañoso. Exige del juez una evaluación detenida de “las circunstancias concretas del caso”, en aras de que pueda obtenerse una solución sustancialmente justa.

Es indispensable que se evalúe una relación causa-efecto, para lo cual ha de confrontarse en qué términos un específico hecho ha sido descrito en el libelo y cuáles son los medios probatorios obtenidos para efectos de su demostración.

Según la Corte Suprema de Justicia, para pretender indemnización de un perjuicio es necesario “que exista conexión causal jurídicamente relevante entre un evento dañoso que lesiona a quien exige ser reparado, y como causa y origen de ese mismo evento dañoso, un factor de atribución legal de responsabilidad a cargo de ese agente contra el que es reclamada dicha indemnización”. Nuestro

máximo Tribunal de Casación, ha acogido como criterio predominante la tesis de la “**causalidad adecuada**”, comprendida como la condición que según el curso natural y ordinario de las cosas era idónea para producir por sí el resultado; lo demás serán simplemente condiciones, antecedentes o factores en sí irrelevantes de ese daño. Sobre el tema la doctrina enseña:

“Para determinar, pues, la causa de un daño, se debe hacer, ex post facto, un juicio o cálculo de probabilidades: prescindiendo de la realidad del suceso ya acontecido, habrá que indagar si la acción u omisión del presunto agente, era por sí misma apta para provocar el daño según el curso ordinario de las cosas; si se contesta afirmativamente de acuerdo con la experiencia diaria de la vida, se declarará que la acción u omisión era adecuada para producir el daño, el que será entonces imputable objetivamente al agente; si se contesta que no, faltará la relación causal, aunque considerado el caso en concreto tenga que admitirse que dicha conducta fue también una conditio sine qua non del daño, pues de haber faltado este último no se habría producido, o al menos no de esa forma”¹¹.

Ahora, se puede afirmar en el campo del derecho que una persona es autora de un determinado daño, cuando es posible establecer que el sujeto podía, en cierta medida, dirigir o gobernar el proceso causal, sea previniéndolo, desviándolo, acelerándolo o agravándolo; y en tanto y en cuanto haya intervenido de tal modo, bien puede decirse que el resultado de ese proceso, en el que han participado también otros factores, es, sin embargo, su resultado¹².

ii) Un análisis de la prueba allegada y practicada, permite considerar que fue omisiva la conducta desplegada por el personal de enfermería adscrito a la IPS Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, quien prestaba sus servicios a la EPS Salud Total, cuando en un momento específico, faltó al deber de vigilancia y seguridad prescrito por los médicos psiquiatras tratantes de la paciente, en aras de evitar que se auto-lesionara o cegara su vida dentro del centro hospitalario.

Véase, como se ha indicado a lo largo de este análisis, que la paciente presentaba un trastorno de personalidad Cluster B en estado límite, asociado a depresión, lo que le había generado conductas tendientes al suicidio, siendo hospitalizada en la IPS demandada en dos oportunidades.

Este antecedente de la señora Edy Lorena Echavarría Taborda, era conocido por la IPS y constaba en la historia clínica, evidenciándose que, desde el mes de agosto de 2007, la paciente ya consultaba por el trastorno de personalidad y depresión, siendo hospitalizada en un primer período para el 31 de agosto de 2007; re-internándose por iguales motivos para el mes de octubre de 2008, hasta

¹¹ TRIGO REPRESAS, FELIX A., y COMPAGNUCCI DE CASO, RUBÉN H. Opus cite, pág. 70.

¹² TRIGO REPRESAS, FELIX A., y COMPAGNUCCI DE CASO, RUBÉN H. Opus cite, pág. 71.

el 19 de octubre del mismo año, fecha de su fallecimiento.

Se advierte que, para tratar los diagnósticos mentales y las conductas de auto-agresión que presentaba la paciente, se había ordenado por los médicos tratantes como medidas de prevención para conservar la integridad de su salud las siguientes de carácter específico:

“1. Deambulacion supervisada de manera personalizada por un enfermero o familiar, no puede ir al baño sola. 2. Solo utilizar cuchara para comer. No debe hacerlo con otros compañeros por riesgo de coger cuchillo o tenedores. 3. Debe dormir en aislamiento y mientras permanezca en el cuarto debe tener inmovilizadores ...4 extremidades. 4. **Se debe retirar todo objeto con el que se puede hacer daño dentro del cuarto y revisarle antes de entrar al cuarto de aislamiento que no tenga nada con lo que se pueda hacer daño...**(Fdo) Víctor Hugo Agudelo Zuluaga...Psiquiatría...” (cfr. Fls. 127 vltto, C-1).

En dicha medida, la vigilancia y cuidado que requerían emplear sobre la paciente, era un deber superlativo, con mayor énfasis para los momentos en que debía des-inmovilizársela con motivo de las terapias de recuperación y en aras de ir mejorando sus condiciones de internación, mediado por un criterio de respeto a la persona y a su dignidad.

Luego, cuando la Dra. Beatriz Palacio Arteaga para el 19 de octubre de 2008, al valorar a la paciente sobre su estado actual de salud, consideró que podía estar des-inmovilizada en aislamiento bajo “supervisión cté” (Cfr. Fls. 128 vltto), lo hizo para mejorar las condiciones de dignidad de la persona, y porque ello era necesario para evitar otro tipo de afectaciones a su integridad física. Sin embargo, dicha conducta de vigilancia constante no se materializó estrictamente, porque el enfermero de turno, al momento de quitar las ataduras sobre las extremidades de la paciente, no las retiró de la habitación de aislamiento al momento en que salió de esta, siendo utilizadas inmediatamente por Edy Lorena, para quitarse la vida. Al respecto, puede leerse la declaración que el propio enfermero, Jesús Dagoberto Holguín Cuervo (c.c. 15.527.559), quien custodiaba a Edy Loreno, brindó a la Fiscalía General de la Nación, el día del suceso, así:

“Hoy a las 8 de la mañana la desmovilice para que se bañara (sic). Arreglo de unidad y para desayunar todo esto lo realizaba en compañía del enfermero de turno. A las 12 de la mañana fue evaluada por la doctora de turno Beatriz Palacio, quien dialogo con ella y le pasó ronda y la paciente ya no manifestaba intento de suicidio por lo tanto ella por escrito me coloca en la historia clínica que le quiten los inmovilizadores **pero que continúe en aislamiento bajo periódica**

observación. Todo el día estuvo bajo supervisión por parte del enfermero. **A las 5 de la tarde bajé al primer piso a colaborar con el traslado de los alimentos, a las 5.10 minutos volví a subir a darle vuelta y ya la encontré colgada en la ventana adaptada con una tira al cuello.** Inmediatamente yo llamé a los compañeros y la bajamos de la ventana y la colocamos en la cama para prestar primeros auxilios porque yo la toqué y se encontraba caliente. Hacía 5 minutos la había observado por última vez...**la cuerda que ella utilizó para ahorcarse fue un pedazo de inmovilizador que no nos explicamos de donde lo sacó,** porque ella los primeros días de ingreso a la Clínica estaba en otra habitación de aislamiento pero no estuvo inmovilizada...**Yo en la mañana le tendía la cama y no vi ningún objeto.** Lo único que tenía (sic) los objetos de aseo, **en ningún momento nos dimos cuenta que faltara ese pedazo de inmovilizador.** Ella hoy estuvo muy bien, consiente (sic), orientada y me dijo que se quería bañar y organizar. Estaba tan bien (sic) muy tranquila y la doctora al verla tan consiente (sic) decidí (sic) que continuara aislada pero no inmovilizada. **Yo estoy seguro que ningún otro paciente le suministrara la tira por que las habitaciones están aseguradas...**" (véase fls. 154 y 155, C-1).

Es decir, si la orden de la médica tratante consistía en des-inmovilizar a la paciente bajo supervisión constante, ello implicaba para el personal de enfermería de la Clínica, el desplegar una conducta acorde al deber de seguridad, el mismo que se concretaba en vigilar, supervisar, examinar a la paciente cuando entrara al cuarto y en no dejar ningún objeto con el cual se pudiera auto-agredir.

Por ello, como tal conducta no se ejerció debidamente, Edy Lorena Taborda, aprovechó un momento de descuido de los enfermeros, cuando dejaron de observarla y utilizando la cuerda del sujetador que se quedó en la habitación, ató su cuello con éste y se colgó a la ventana, dejando caer sus extremidades inferiores, generando presión al cuello, lo que, a su vez, le produjo una anoxia pulmonar y cerebral, que le ocasionó la muerte.

Dicho en otras palabras, si los enfermeros hubieran vigilado o supervisado bien a la paciente y escrutado su habitación antes de salir, no habrían dejado al interior de esta la cuerda que allí fuera encontrada, y de esta manera, no se habría materializado la conducta que Edy Lorena desplegó al interior de la clínica. En síntesis, su fallecimiento no se habría producido.

Esta omisión del personal de enfermería resulta ser la causa adecuada y determinante para el lamentable fallecimiento de Taborda Echavarría, al interior del cuarto de aislamiento de la IPS Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

En el presente caso no concurre una conducta exclusiva o excluyente de la víctima, como factor exonerativo de responsabilidad, bajo el argumento de que la señora tenía una idea fija de suicidio que iba a materializar dentro o fuera de la Institución Psiquiátrica, en otras palabras, su sino, su hado, era la muerte por suicidio; porque la Clínica es un profesional de la salud que se dedica a tratar personas con graves alteraciones o perturbaciones mentales y, previamente, había conocido y aceptado el riesgo que aparejaba el tratamiento de Edy Lorena, teniendo un diagnóstico de trastorno de personalidad Cluster B en estado límite, asociado a depresión, tal como de ello da cuenta la historia clínica; habiéndose advertido por los profesionales psiquiatras que atendieron a la paciente, sobre los deberes de vigilancia y control estrictos, dados los reiterados antecedentes de intentos de suicidio, lo que evidenciaba una clara obligación de seguridad a su cargo que, se itera, fue incumplida.

d. Del daño.

El daño es la lesión, detrimento o menoscabo de un derecho o interés. Es el primer elemento o presupuesto de la responsabilidad civil, en tal virtud, el artículo 1494 del Código Civil, dentro de las fuentes de las obligaciones, entre otras enuncia, el “hecho que ha inferido injuria o daño a otra persona, como en los delitos”, y en consecuencia, la obligación de repararlo, parte de su existencia real u objetiva, presente o futura.

En lo que a éste presupuesto axiológico de la pretensión respecta, cabe decir, que los demandantes solicitaron la indemnización por los perjuicios patrimoniales en la modalidad de lucro cesante futuro y extrapatrimoniales en su modalidad de daño moral y daño a la vida de relación.

i) De los perjuicios patrimoniales.

Conforme al Art. 1604 del C.C., el lucro cesante corresponde a “[...] la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplido imperfectamente, o retardado su cumplimiento”. En la doctrina se informa que el lucro cesante corresponde a la frustración de un enriquecimiento patrimonial, el cual es ocasionado por el hecho lesivo que impide a la víctima que obtenga unos determinados beneficios económicos. En resumen, el lucro cesante es la ganancia de que fue privado el damnificado¹³.

En el caso concreto de la reclamación por el aludido perjuicio en favor de Alexander García Rentería, se considera que no hay lugar a su reconocimiento, por las siguientes razones:

¹³ LÓPEZ MESA, MARCELO. La Responsabilidad Civil. Sus presupuestos. Editorial B de F. B., Montevideo-Buenos Aires, Argentina, año 2019, pág. 230.

- En el hecho 22 de la demanda, se aduce que Edy Lorena Taborda Echavarría, percibía por ventas ambulantes, la suma de \$80.000.00., semanales. Hecho que se encadena al 24, para referir que Alexander García Rentería, sufrió perjuicios materiales, perspectiva desde la cual, se infiere sin dificultad, que se trata de un perjuicio propio, porque ha dejado de percibir un ingreso económico.
- Por ello, teniéndose claro que la señora Taborda Echavarría, era la compañera sentimental de García Rentería, más no su dependiente o asalariada, se presenta una ruptura para configurar la hipótesis en que la referida dama, habría debido reportarse mensualmente con una suma determinada de dinero para los ingresos propios del activo, emergiendo sin mayor duda que no existe una causa para esta reclamación.
- Desde otro punto de vista, cuando se hizo en la demanda la estimación razonada de la cuantía (cfr. fls. 95, C-1), se explicó que los ingresos de Edy Lorena, provenían de la venta de dulces y cigarrillos en sus ratos libres recorriendo diferentes partes del centro de Medellín. Contrariamente, en el interrogatorio de parte practicado a los demandantes, particularmente, Alexander García Rentería y Luz Marina Echavarría Manco, indicaron que la joven hacía, mazapanes, chocolates propios y los vendía o distribuía en las tiendas del Barrio, por donde vivía. Luego, existe una clara diferencia de lugares en donde ejercía la supuesta actividad económica, restando certeza a este hecho.
- Finalmente, el lamentable estado de salud mental de Edy Lorena Taborda Echavarría, se constituía en un impedimento para desarrollar una actividad económica en caso de haber superado su internación y tratamiento en el centro psiquiátrico, teniendo en cuenta que su pronóstico de recuperación era “sombrio”, como lo puso de presente el médico psiquiatra, Víctor Agudelo, aunado al hecho de contar con una ideación suicida. Esta limitación se constituía en un referente claro para deducir que no estaba en condiciones o aptitudes de laborar, no pudiéndose indicar para cuándo lo podría hacer, ya que, sobre este aspecto en concreto, no se aportó ningún elemento de prueba.

Luego, si no era posible establecer con certeza que Taborda Echavarría podría superar la enfermedad y vincularse laboralmente, al menos demostrando que tenía competencia para ello, no se configura el supuesto para deducir que estaba en condiciones de recibir emolumentos por su fuerza de trabajo.

ii) De los perjuicios extra-patrimoniales.

Los demandantes solicitaron la indemnización por concepto de perjuicios morales y daño a la vida de relación, al considerar que la muerte de su hija, hermana, madre y cónyuge, afectó su integridad emocional y al desarrollo normal de sus vidas. Esta reclamación tiene vocación parcial de prosperidad, tal como pasa a explicarse:

En lo concerniente al **daño moral**, en sentido lato, está circunscrito a la lesión de la esfera sentimental y afectiva del sujeto», esto es, la intimidad del afectado, que se hace explícito «material u objetivamente por el dolor, la pesadumbre, perturbación de ánimo, el sufrimiento espiritual, el pesar, la congoja, aflicción, sufrimiento, pena, angustia, zozobra, perturbación anímica, desolación, impotencia u otros signos expresivos», que «(...) aún en la hipótesis de provenir de la lesión concurrente de otros intereses, por ejemplo, los derechos de la personalidad, la salud e integridad, es una entidad separada e independiente, cuyo resarcimiento es diferente, al tratarse recta y exclusivamente, del detrimento experimentado por el sujeto en su espectro interior, afectivo y sentimental, sin comprender su órbita exterior, proyecto, calidad de vida, actividad o desarrollo vivencial.

Se tiene a partir de una presunción de hecho solidificada en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que el fallecimiento de una persona integrante del núcleo familiar, apareja daño moral para sus familiares cercanos, padres, hermanos, hijos, cónyuge o compañero permanente, permitiendo partir de unos topes básicos o mínimos para estimar dicho perjuicio. El monto máximo se puede obtener conforme a la carga probatoria de demostrar la intensidad del mismo, allegando los medios de convicción en este sentido.

Dentro del expediente está acreditada la relación de familiaridad que existía ente Edy Lorena Taborda Echavarría, con sus hijos, Deiby Alexander y Marcos Felipe García Taborda (fls. 7 y 8, C-1), con su madre Luz Marina Echavarría Manco y sus hermanas, Yuri Marcela y Astrid Natalia Taborda Echavarría (fls. 3 a 6).

En cuanto a la relación sentimental con el señor Alexander García Rentería, la misma se desprende de los registros civiles de nacimiento de los menores Deiby y Marcos, quienes son hijos reconocidos del referido caballero. Asimismo, era Alexander quien cotizaba a la EPS Salud Total y tenía como beneficiaria a Edy Lorena Taborda Echavarría, en calidad de compañera, tal como puede verse en la tarjeta de la respectiva EPS (fls. 79, C-1). Esta relación sentimental no fue desconocida por ninguno de los miembros de la contraparte, fue referida en el interrogatorio de parte por las demandantes, y se prolongó hasta el momento en que se presenta el deceso de Edy Lorena, teniendo en cuenta la declaración rendida por Alexander ante la Fiscalía General de la Nación (cfr. fls. 45, C-1), a quién el Ente de Investigación identifica como el esposo de la occisa.

La tasación del perjuicio corresponde al prudente arbitrio del Juzgador, por cuya razón, teniendo en cuenta las edades de los menores Deiby Alexander y Marcos Felipe García Echavarría, para el 19 de octubre de 2008 (6 y 3 años aproximadamente) cuyo fallecimiento de la madre permite deducir en los niños la existencia de vacíos, tristezas, angustias, desesperanzas, ausencias, aflicciones, perturbaciones de ánimo, se tasarán este perjuicio en la cifra de cuarenta (40) salarios mínimos legales mensuales para cada uno de ellos.

En cuanto a la señora Luz Marina Taborda Echavarría, madre de Edy Lorena, la pérdida para ella de su descendiente, teniendo en cuenta el vínculo que las unía y su cercanía, lo cual se infiere de la documentación aportada, permite estimar el perjuicio en la cifra de treinta (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para las hermanas, Yuri Marcela y Astrid Natalia Taborda Echavarría, por la pérdida de su familiar, el perjuicio se tasarán en diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En cuanto al compañero sentimental, Alexander García Rentería, quien hacía vida en conjunto con Edy Lorena, para el momento de su deceso con todas las limitaciones y conflictos que se pueden presentar en el desarrollo de una relación de pareja, la que se tiene por dificultosa, siendo del caso exponer lo dicho por Luz Marina Echavarría Manco, ante la Fiscalía General de la Nación, cuando al referirse a esta relación, expuso:

“Hace como dos semanas el esposo llegó a la casa y le pidió la comida, el (sic) le reclamó porque la casa estaba sucia y desorganizada. Ella se enojó y la (sic) una patada y él la estrujó. Ellos siempre han tenido una relación difícil. Cuando recién se habían casado él el golpeo muy horrible pero no recuerdo porqué. Solo sé (sic) la relación siempre estuvo mal por su desorden y por su adicción al televisor. Nunca hacía nada por estar pegada del televisor. Ella en alguna ocasión me dijo que el esposo le decía Juana la Loca. Ella resultó con unas bolas en el seno y le contó al esposo y que quería que le ayudara y era muy extraña (sic) porque empezaba a llorar y decía que ya no, (sic) se quería morir”.

Los maltratos de que da cuenta la señora Echavarría Manco, no son hechos excluyentes en su totalidad, porque ellos no se constituyeron en fuente de ruptura de la relación, aunque se intentaron matizar por García Rentería, cuando frente a las preguntas relativas por los hechos de maltrato psicológico aducía que eran charlas entre parejas, no pudiéndose desconocer la prolongación de la relación afectiva en el tiempo, circunstancia que permite inferir la afectación sobreviniente en el compañero por la muerte de la pareja; sin embargo, aquellos sí pesan para reducir la cuantificación del perjuicio en el caso concreto.

Se tendrá a título de indemnización para Alexander García Rentería, una cifra de veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En lo correspondiente al **daño a la vida de relación**, a diferencia del daño moral, que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo, el daño a la vida de relación constituye una afectación a la esfera exterior de la persona, que puede verse alterada, en mayor o menor grado, a causa de una lesión infligida a los bienes de la personalidad o a otro tipo de intereses jurídicos, en desmedro de lo que la Corte en su momento denominó “actividad social no patrimonial” (...) Dicho con otras palabras, esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad. Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que los demás, como quiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales hasta lo más simple se puede tornar difícil. Por lo mismo, recalca la Corte, la calidad de vida se ve reducida, al paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente. Es así como de un momento a otro la víctima encontrará injustificadamente en su camino obstáculos, preocupaciones y vicisitudes que antes no tenía, lo que cierra o entorpece su acceso a la cultura, al placer, a la comunicación, al entretenimiento, a la ciencia, al desarrollo y, en fin, a todo lo que supone una existencia normal, con las correlativas insatisfacciones, frustraciones y profundo malestar. Son características de este particular perjuicio los siguientes:

- a) Tiene naturaleza extrapatrimonial o inmaterial, en tanto que incide o se proyecta sobre intereses, derechos o bienes cuya apreciación es económicamente inasible, por lo que no es dable efectuar una mensura que alcance a reparar en términos absolutos la intensidad del daño causado;
- b) adquiere trascendencia o se refleja sobre la esfera externa del individuo, situación que también lo diferencia del perjuicio moral propiamente dicho;
- c) en las situaciones de la vida práctica o en el desenvolvimiento que el afectado tiene en el entorno personal, familiar o social se manifiesta en impedimentos, exigencias, dificultades, privaciones, vicisitudes, limitaciones o alteraciones, temporales o definitivas, de mayor o menor grado, que él debe soportar o padecer, las cuales, en todo caso, no poseen un significado o contenido monetario, productivo o económico;

d) no sólo puede tener origen en lesiones o trastornos de tipo físico, corporal o psíquico, sino también en la afectación de otros bienes intangibles de la personalidad o derechos fundamentales, e incluso en la de otro tipo de intereses legítimos;

e) según las circunstancias de cada caso, puede ser sufrido por la víctima directa de la lesión o por terceros que igualmente resulten afectados, como, verbigracia, el cónyuge, el compañero o la compañera permanente, los parientes cercanos o los amigos, o por aquélla y éstos;

f) su reconocimiento persigue una finalidad marcadamente satisfactoria, enderezada a atemperar, lenificar o aminorar, en cuanto sea factible, los efectos negativos que de él se derivan; y

g) es una noción que debe ser entendida dentro de los precisos límites y perfiles enunciados, como un daño autónomo que se refleja en la afectación de la actividad social no patrimonial de la persona, vista en sentido amplio, sin que pueda pensarse que se trata de una categoría que absorbe, excluye o descarta el reconocimiento de otras clases de daño - patrimonial o extrapatrimonial - que posean alcance y contenido disímil, ni confundirlo con éstos, como si se tratara de una inaceptable amalgama de conceptos, puesto que una indebida interpretación conduciría a que no pudiera cumplirse con la reparación integral ordenada por la ley y la equidad, como infortunadamente ha ocurrido en algunos casos, en franco desmedro de los derechos que en todo momento han de asistir a las víctimas (el destacado no es del texto).

En la medida de lo expuesto, no se alberga duda de que la muerte de Edy Lorena, impidió a sus hijos menores el que estos pudieran interrelacionarse con su madre en su temprana edad, vivir y compartir experiencias en la cotidianeidad de sus vidas, por el hecho de estar al lado de su progenitora, sintiendo el cariño, el afecto, la ternura, el acompañamiento, pero a su vez, el verse reprendidos y corregidos por ella, permitiéndoles de esta forma ir desarrollando y evolucionando en su personalidad, pues a no dudar, con los padres se generan relaciones primordiales que sirven para construir la identidad de sus hijos, lo cual se hace en el día a día.

En esta medida, encontrándose acreditada la relación de progenitora de Edy Lorena Taborda Echeverri, con sus hijos menores Deiby Alexander y Marcos Felipe Taborda Echeverri, se infiere de la misma, bajo el esquema de lo planteado, la configuración de un daño a la vida de relación, por cuya razón, se hace necesaria su indemnización. Acudiendo al prudente arbitrio del juzgador, esta se tasa en la suma de treinta (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de sus hijos.

iii) Los anteriores perjuicios tasados en la forma precedente, deben ajustarse a un componente remuneratorio para protegerlos del fenómeno inflacionario. Así, acudiendo al Art. 1617 del Código Civil, una vez ejecutoriada la sentencia, las sumas motivo de condena generarán un interés del 6% anual.

iv) Finalmente, debe indicarse que el acogimiento de las pretensiones antedichas, impide el estudio de la pretensión concurrente por pérdida de oportunidad de vida que fuera reclamada.

11. De las excepciones de mérito formuladas por las Demandadas y los llamados en garantía respecto de la prestación de los servicios médicos asistenciales.

La demandada IPS Clínica Psiquiátrica Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, formuló como medios de defensa, las excepciones que denominó como: Inexistencia de la obligación por ausencia total de responsabilidad de la Clínica del daño; ausencia de perjuicio para los demandantes; y buena fe de la clínica (fls. 175 a 184, C-1).

Por su lado, la EPS adujo como medios exceptivos la Inexistencia de elementos que dan lugar a la responsabilidad civil frente a actos médicos; inexistencia de relación causal entre EPS y los supuestos daños; inexistencia de pérdida de oportunidad de curación; inexistencia de perjuicios materiales o excesiva tasación (cfr. fls. 215 a 231, C-1).

Como ha podido constatar, todas y cada una de las excepciones propuestas, están vinculadas a los elementos axiológicos de las pretensiones, y como estas se encuentran debidamente acreditadas, conforme al estudio que viene de realizarse, su prosperidad implica, correlativamente, el rechazo o la repulsa de los medios exceptivos.

12. De los llamamientos en garantía.

12.1. Llamamiento en garantía formulado a Beatriz Elena Palacio, por parte de la Comunidad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

i) Como fundamento de la pretensión revérsica, la llamante expuso que la Dra. Beatriz Elena Palacio Arteaga, en virtud del contrato laboral adosado a folios 3 del expediente, denominado “contrato de trabajo a término fijo inferior a un año para médico psiquiatra” celebrado el 25 de agosto de 2008 con fecha de

terminación del 25 de noviembre del mismo año, era la obligada a restituir las sumas dinerarias a que fuera condenada la Comunidad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, toda vez que, su responsabilidad consistió en que fue la médica que atendió a la paciente y ordenó la desinmovilización que conllevó al posterior suicidio.

Pues bien, el artículo 64 del C.G.P., preceptúa: “Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.”

En esa medida, como el fallecimiento de la señora Edy Lorena Taborda Echavarría, se presentó en vigencia de la relación contractual entre la Comunidad de las hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y la llamada en garantía, Beatriz Elena Palacio Arteaga, dicha circunstancia permite abrir paso al análisis de la conducta desplegada en lo que respecta a su atención médica de cara a establecer una culpa y un nexo de causalidad entre la atención brindada y el resultado final, consistente en la muerte de Edy Lorena Taborda Echavarría.

ii) Al auscultar la historia clínica de la paciente Taborda Echavarría, nos encontramos que, para el 19 de octubre de 2008, fue valorada por la Dra. Beatriz Elena Palacio Arteaga, la cual refiere:

“En cama sentada, hoy permite más el contacto visual un poco más fluido que su lenguaje acepta hoy que persisten ideas suicidas. “voy a darme la oportunidad de un tratamiento pero no le encuentro sentido a la vida”. Paciente aun bastante depresiva.

“Mantener **desinmovilizada** en aislamiento **bajo supervisión cte**”.

“**Firma Dra. Beatriz Elena Palacio**”.

Tal como quedó consignado en la historia clínica, a la 5.40 del 19 de octubre de 2008, es llamado el médico general a evaluar a la paciente de manera urgente porque la encuentran ahorcada. Procedimiento que una vez agotado, confirma el fallecimiento de Edy Lorena Taborda Echavarría.

iii) Es cierto que la médica psiquiátrica, Beatriz Elena Palacio Arteaga, ordenó que la paciente fuera des-inmovilizada, pero tampoco puede simplificarse o reducirse el contenido la orden, ya que, concomitantemente, también ordenó que estuviese “**desinmovilizada bajo supervisión constante**”, lo cual

representaba una orden directa para el personal de enfermería de la Comunidad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado corazón de Jesús, consistente en encargarse del cuidado y vigilancia de la Paciente, quienes eran los llamados a ejecutar las órdenes médicas para las atenciones requeridas por los pacientes, en virtud de lo indicado en la historia clínica, verbigracia, suministrar los medicamentos que demande el paciente, vigilar por integridad física, tal y como lo señala la Ley 266 de 1996 en su artículo 3º: El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona”.

El Despacho advierte que la obligación a cargo de la Dra. Beatriz Elena Palacio, era la de valorar, diagnosticar y ordenar un tratamiento idóneo, acorde a la patología que la paciente presentaba, lo que, ciertamente, se brindó, como se puede apreciar en la historia clínica que data del 19 de octubre de 2008. Incluso, la des-inmovilización era aconsejable como medida tendiente a evitar lesionamientos físicos, musculares, esqueléticos u óseos, y daños en el sistema circulatorio y sanguíneo que podrían desencadenar afecciones mayores o complicar las ya existentes, tal como lo pusieron de presente los médicos psiquiatras que declararon ante el Estrado.

Así las cosas, no se advierte en la conducta de la profesional Palacio Arteaga, un proceder contrario a la *lex artis ad hoc*, configurativo de una culpa profesional que hiciera incurrir en responsabilidad a la Clínica, en tanto que, la obligación de vigilancia y custodia constante, recaía en el personal de enfermería de la Institución.

Conclúyase de lo expuesto, que no hay vocación de prosperidad en el llamamiento en garantía formulado por la Comunidad Hermanas Hospitalarias Del Sagrado Corazón de Jesús.

12.2. Del llamamiento en garantía formulado por la Comunidad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, en contra de Seguros Comerciales Bolívar.

i) Los seguros de daños, como su nombre lo indica, tienen por objeto la protección del patrimonio del asegurado frente a un perjuicio de carácter eminentemente económico¹⁴, en virtud de la configuración del riesgo asegurado, de allí, que sea una nota característica de este tipo de seguros: “(...) La materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad

¹⁴ OSSA, J. Efrén. Teoría General del Seguro. El contrato. Bogotá: Temis, 1991, pág. 60

contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa (...).” (CSJ SC026-1999, 22 Jul. 1999, Rad. 5065 y CSJ SC, 24 May. 2000, Rad. 5439).

De conformidad con lo normado en el artículo 1082 del C. de Comercio, los seguros de daños, bien pueden ser reales o patrimoniales; y los de ésta última tipología – los patrimoniales –, “(...) Protegen la integridad del patrimonio económico contra el detrimento eventual que pueda afectarlo desfavorablemente y que tanto puede originarse en una disminución del activo como en un aumento del pasivo (...)”¹⁵. Hacen pues, parte de esta clasificación, el seguro de responsabilidad civil, definido en el artículo 1127 ibídem, así:

“(...) El seguro de responsabilidad impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave, con la restricción indicada en el artículo 1055 (...).” (Subrayas propias).

Entonces, el seguro de responsabilidad civil cumple una doble función, dado que, a más de proteger o salvaguardar el patrimonio del asegurado causante del hecho dañino, también protege a la víctima, mediante su reparación, quien pasa a ostentar la calidad de beneficiaria de la indemnización, reconociéndosele inclusive, la facultad de accionar de manera directa frente al asegurador.

Y, es que, según la doctrina, la utilidad del contrato de seguro de responsabilidad civil, no es otra distinta a la de que: “(...) Frente a la posibilidad teórica y práctica del advenimiento de un daño a la persona o a sus intereses patrimoniales o extrapatrimoniales, de vieja data, el contrato de seguro sirve a la función práctica o económica social de brindar tranquilidad o confianza de cara al riesgo incertus an, incertus quando de un suceso dañino y, en caso de ocurrir, otorga seguridad o certeza in concreto respecto de la indemnización total o parcial de sus consecuencias adversas (...)”¹⁶.

Frente al tema, la Corte Suprema de Justicia¹⁷ ha indicado:

¹⁵ Ibíd. Pág. 62.

¹⁶ DONATI, Antígono y VOLPE PUTZOLU, Giovanna. Manuale di diritto delle assicurazioni, 8ª ed. Milano: Giuffré, 2006; FARENGA, Luigi. Diritto delle assicurazioni private, 2ª ed., Torino: Giappichelli, 2006; POTHIER, R.J. Traité du contrat d'assurance, Paris, 1931, n. 50; LA TORRE, Antonio. Le assicurazioni, Milano: Giuffré, 2007.

“(…) Con la reforma introducida por la ley 45 de 1990, cuya ratio legis, como ab initio se expuso, reside primordialmente en la defensa del interés de los damnificados con el hecho dañoso del asegurado, a la función primitivamente asignada al seguro de responsabilidad civil se aunó, delantera y directamente, la de resarcir a la víctima del hecho dañoso, objetivo por razón del cual se le instituyó como beneficiaria de la indemnización y en tal calidad, como titular del derecho que surge por la realización del riesgo asegurado, o sea que se radicó en el damnificado el crédito de indemnización que pesa sobre el asegurador, confiriéndole el derecho de reclamar directamente la indemnización del daño sufrido como consecuencia de la culpa del asegurado, por ser el acreedor de la susodicha prestación, e imponiendo correlativamente al asegurador la obligación de abonársela, al concretarse el riesgo previsto en el contrato – art. 84 –, previsión con la cual se consagró una excepción al principio del efecto relativo de los contratos – res inter alios acta – que, como se sabe, se traduce en que éstos no crean derechos u obligaciones a favor o a cargo de personas distintas de quienes concurren a su formación, o mejor, no perjudican ni aprovechan a terceros.

El propósito de la nueva reglamentación le introdujo, desde luego, no es, per se, sucedáneo del anterior, sino complementario, lato sensu, porque el seguro referenciado, además de procurar la reparación del daño padecido por la víctima, concediéndole los beneficios derivados del contrato, igualmente protege, así sea refleja o indirectamente, la indemnidad patrimonial del asegurado responsable, en cuanto el asegurador asume el compromiso de indemnizar los daños provocados por éste, al incurrir en responsabilidad, dejando ilesa su integridad patrimonial, cuya preservación, en estrictez, es la que anima al eventual responsable a contratar voluntariamente un seguro de esta modalidad (...)”. (Subrayas propias)

ii) Se encuentra establecido a partir de la prueba documental aportada, la relación contractual entre la sociedad demandada Clínica Psiquiátrica Comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y la sociedad Seguros Generales Bolívar S.A. De esto da cuenta, copia de la póliza número 1010-1071818-01 expedida por la aseguradora, con una fecha de vigencia desde el 29 de enero de 2008 al 29 de enero de 2009, en la cual se describe que la IPS Clínica Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, se encontraba asegurada, entre otros riesgos, por la responsabilidad civil profesional del asegurado por motivo de los perjuicios causados a terceros

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 10 de febrero de 2005. Expediente No 7173. Citada por JARAMILLO, J. Carlos Ignacio. Derecho de Seguros. Tomo V. Editorial Temis. Pág. 289 a 290.

durante la vigencia de la póliza como consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o cualquier otro servicio asimilado que hayan prestado dentro de los predios designados y asegurado en la póliza.

La cobertura incluía la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales cometidas por el personal médico, paramédico, farmacéuta, laboratorista de enfermería y/o asimilados que estén vinculados laboralmente con el asegurado o que estén autorizados para trabajar en sus instituciones (cfr. Fls. 12-18 c. 2), cuyas coberturas por responsabilidad civil extracontractual eran de \$500.000.000., con deducible de \$10% o mínimo de \$4.000.000.

Ha de tenerse en cuenta que, al dar respuesta a la demanda Seguros Generales Bolívar, no discutió la existencia de la mencionada póliza, su cobertura y límite asegurable.

Asimismo, se tiene que la aseguradora en virtud de la pretensión revérsica, formuló como medios exceptivos: ausencia de siniestro, prescripción, límite de cobertura y deducible pactado.

Al examinar los diferentes hechos exceptivos, delantadamente, brilla por su fuerza configurativa, la excepción de prescripción extintiva del seguro, la que puede declararse in limine bajo la orientación del numeral 3ro del Art. 278 del Código General del Proceso, tal y como pasa a explicarse:

- En voces del Art. 2512 del C.C., “La prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones o derechos o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales...Se prescribe una acción o derecho cuando se extingue por la prescripción”.
- Dispone el artículo 1081 del Estatuto Mercantil, que la prescripción del contrato de seguros podrá ser ordinaria o extraordinaria. Para la ordinaria el término será de 2 años y para la extraordinaria será de 5 años. Este último término correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. La disposición es determinante en que dichos términos no pueden ser modificados
- En armonía con lo anterior, dispone el artículo 1131 ejusdem, “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". (negritas del Despacho). Al punto, nos dice la doctrina lo siguiente:

“a) En primer lugar, ha corroborado que el momento a partir del cual empieza a correr el término de prescripción de esta acción es disímil, según si se trata de la acción de la víctima -beneficiario del seguro de la responsabilidad civil- o del asegurado.

“Frente a este último, el decurso se inicia a partir de que se le hubiere formulado petición judicial o extrajudicial. Respecto del primero, está dado por el acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado, es decir, el hecho generador de responsabilidad que configura el siniestro en el seguro de la responsabilidad civil (surgimiento del debido o deuda de responsabilidad). Efectivamente, el artículo 1131 del Código de Comercio, de acuerdo con la doctrina sentada por la Corte, es claro en establecer que la concreción del hecho externo imputable al asegurado origina, de una parte, el siniestro propiamente dicho y, de la otra, indica el instante a partir del cual se inicia o despunta el término”¹⁸.

- Tomando como referente la audiencia de conciliación prejudicial en derecho, suceso acaecido para el 28 de febrero de 2013, **como el momento en que las víctimas le formulan a la IPS la petición extrajudicial en derecho por la muerte de Edy Lorena**, encontrándose la misma comprendida dentro de los riesgos amparados, tendríamos a este como el momento para computar el término de prescripción ordinaria del contrato de seguro, el cual se extendería hasta el 28 de febrero de 2015.

Bajo la regla del Art. 94 del C.G.P., con la demanda se habría podido interrumpir el término de prescripción ordinario de dos (2) años, con tal que, se hubiese realizado el llamamiento en garantía y se le hubiese notificado a la Aseguradora, dentro del año siguiente a la fecha en que se notifica al demandante el auto admisorio de la demanda. Así, tenemos que la notificación para los activos del auto admisorio por estado ocurre para el 21 de enero de 2014, por ende, el término del año se cuenta desde el día siguiente, extendiéndose hasta el 22 de enero de 2015. En caso de sobre pasarse el término de un año, los efectos de la interrupción solo se producirán con la notificación al sujeto destinatario de la pretensión revérsica.

Y como la notificación para la empresa Aseguradora vino a ocurrir para el día 18 de noviembre de 2015 (cfr. fls. 259, C-1), sin que exista dentro del expediente, prueba que dé cuenta de una reclamación a la Llamada en Garantía por medio de la cual se habría podido interrumpir civilmente el término prescriptivo, indudable resulta que el mismo sí se configuró.

¹⁸ JARAMILLO JARAMILLO, CARGOS IGNACIO. La prescripción en el contrato de seguro. Editoriales Pontificia Universidad Javeriana y Temis S.A., Bogotá D.C., año 2012, pág. 99

- Conforme a lo expuesto, como la prescripción ordinaria fue alegada por la Aseguradora, bajo la fuerza normativa del Art. 2513 del C. Civil, queriéndose beneficiar de la misma, debe declararse su prosperidad, al darse el supuesto contemplado en el Art.1081 del Código de Comercio.

13. Conclusiones

Después del análisis realizado, se arriba a las siguientes:

- i) Se configuran los elementos axiológicos de la pretensión, permitiendo predicar responsabilidad civil de carácter solidario a cargo de los demandados, EPS Salud Total y la IPS Comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, por los perjuicios que serán reconocidos a los demandantes;
- ii) Las pretensiones enfocadas a imponer condena por perjuicios, encontraron prosperidad de forma parcial, cuyo valor fue fijado conforme al prudente arbitrio judicial, generando un interés moratorio de carácter civil;
- iii) Las excepciones de mérito que fueron aducidas por las Demandadas, no tuvieron eco en el referente probatorio y normativo, no pudiendo desvirtuar los hechos fundamento de los presupuestos axiológicos de la pretensión, los que, efectivamente, prosperaron;
- iv) Los llamamientos en garantía carecen de prosperidad, en primer lugar, porque la médica psiquiatra, Beatriz Helena Palacio Arteaga, no incurrió en culpa que, a su vez, diera lugar a la culpa de la Institución; y, en segundo lugar, porque prescribió la pretensión revérsica para activar el amparo contenido dentro del seguro de responsabilidad civil, razón suficiente para generar su decaimiento.
- v) Con fundamento en el Art. 365 del C. General del Proceso, deberá imponerse condena en costas a cargo de la parte demandada y a favor de los demandados. Como agencias en derecho se fijará la suma de seis millones de pesos m.l. (\$6.000.000.00).

En cuanto a los llamamientos en garantía, a su vez, se impondrá condena en costas a cargo de la IPS Clínica Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, en favor de cada uno de los llamados en garantía. Como agencias en derecho a favor de cada uno de los llamados la suma de un millón de pesos m.l. (\$1.000.000.00).

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Décimo Octavo Civil del Circuito de Medellín, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: Condenar solidariamente a la EPS Salud Total y a la IPS Clínica Comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, a pagar en favor de los demandantes los siguientes valores:

i) En favor de Deybi Alexander y Marcos Felipe García Tarborda, la suma de cuarenta (40) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno de ellos, por concepto de perjuicio moral;

Asimismo, a favor de Deybi Alexander y Marcos Felipe García Tarborda, la suma de treinta (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno de ellos, a título de perjuicio por daño a la vida de relación

ii) En favor de Alexander García Rentería, la suma de veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes por perjuicios morales;

iii) A favor de la señora Luz Marina Echavarría Manco, la suma de treinta (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes; y en favor de Yuri Marcela y Astrid Natalia Taborda Echavarría, la suma de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada una de ellas, por concepto de perjuicios morales.

iv) Los anteriores valores generarán un interés mensual del 6% anual, una vez quedé ejecutoriada la sentencia.

SEGUNDO: Desestimar el resto de pretensiones de la parte demandante, conforme a las razones expuestas.

TERCERO: Declarar la improsperidad de los llamamientos en garantía por los motivos indicados.

CUARTO: Imponer condena en costas a cargo de los demandados EPS Salud Total e IPS Clínica Comunidad Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, y a favor de los Demandantes. Esta obligación es de forma conjunta. Como agencias en derecho se fija la suma de seis millones de pesos m.l. (\$6.000.000.00).

Condenar en costas a la IPS Clínica Comunidad Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, a favor de los llamados en garantía. Como agencias

en derecho se fija la suma de un millón de pesos (\$1.000.000.00), para cada uno de los sujetos llamados.

QUINTO: La presente decisión se notificará por estados a los sujetos procesales, y se les remitirá la providencia los respectivos correos electrónicos de contacto, en aras de garantizar la publicidad y la contradicción que asiste a los sujetos procesales.

NOTIFÍQUESE

**WILLIAM FERNANDO LONDOÑO BRAND
JUEZ**

[Firma escaneada conforme al artículo 11 del Decreto 491 del 28 de marzo de 2020 del Ministerio de Justicia y del Derecho]

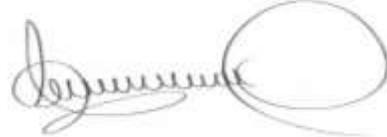
3

Firmado Por:

**WILLIAM FERNANDO LONDOÑO
BRAND
JUEZ CIRCUITO
JUZGADO 018 CIVIL DEL
CIRCUITO DE MEDELLIN**

**JUZGADO DIECIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO
DE MEDELLÍN**

El auto que antecede se notifica por anotación en estados No. 34 fijado en un lugar visible de la secretaría del Juzgado hoy 09 de MARZO de 2021, a las 8 A.M.



**DANIELA ARIAS ZAPATA
SECRETARÍA**

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

Código de verificación:

80163c972743efdbc495b2b4e3ad6dd9d735888a1b05ae77ce29787e7bff16e0

Documento generado en 08/03/2021 04:01:15 PM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**