



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI
SALA DE DECISIÓN CIVIL

MAGISTRADO PONENTE
JOSÉ DAVID CORREDOR ESPITIA

Santiago de Cali, diez de mayo de dos mil veinticuatro.

Aprobado en acta de Sala Virtual de la misma fecha.

RESUÉLVESE el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en contra de la sentencia proferida por el Juzgado 11 Civil del Circuito, dentro del proceso de responsabilidad médica adelantado por **BLANCA ANAEL ORTIZ PERDOMO, JESÚS AUGUSTO RESTREPO LÓPEZ, LUIS MIGUEL, MARGARITA MARIA y JOSÉ AUGUSTO RESTREPO ORTIZ, ANA EMILIA ORTIZ PERDOMO, VIRGINIA y CATALINA BALCAZAR ORTIZ**, en contra de la **CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA - COSMITET LTDA** y la llamada en garantía **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**

I. ANTECEDENTES

Mediante auto del 12 de agosto de 2021 se admitió la demanda de la referencia, a través de la cual la parte actora solicitó declarar la responsabilidad civil extracontractual de la entidad médica demandada con relación a la señora Blanca Anael Ortiz Perdomo (víctima), Jesús Augusto Restrepo López (esposos), Luis Miguel, Margarita María y José Augusto Restrepo Ortiz (hijos), Ana Emilia Ortiz Perdomo (hermana), Virginia y Catalina Balcazar Ortiz (sobrinas), a fin de lograr el reconocimiento y pago de los daños **morales**, a la **vida en relación** y a el **lucro cesante** de que trata la demanda, en favor del extremo activo. Lo anterior con fundamento en los siguientes supuestos fácticos:

1.2. Hechos de la demanda.

En síntesis, y en lo pertinente, se dijo en la demanda que debido a la obesidad mórbida padecida por la señora Blanca Anael, consultó en la Clínica Rey David (propiedad de la demandada Cosmitet Ltda), donde el médico tratante, Dr. Wilson Caro Bedoya, le ordenó cirugía de bypass gástrico por laparoscopia, misma que le fue realizada el 6 de junio de 2018 en la IPS Clínica Rey David, sin presentar ninguna complicación.

Dijo que aunque la cirugía era de carácter ambulatoria, estuvo hospitalizada del 6 al 11 de junio de 2018 y, pese a que inicialmente se reportó una evolución clínica favorable, lo cierto es que la demandante desde el día 7 de junio, según se puede corroborar con la historia clínica, *“manifestó dolor en el abdomen desde horas de la tarde, de manera intermitente y que cedía parcialmente con analgesia”*; pero, se le dio salida el 11 de junio *“con analgésicos y recomendaciones”*.

Informó que la paciente presentó *“cuadros de fiebre intermitente, dolor en el abdomen, exactamente en la región izquierda y debilidad”*, lo cual la llevó a reconsultar en la IPS Clínica Rey David el 18 de junio de 2018, siendo hospitalizada en esa misma fecha y hasta el 24 de julio de 2018, comoquiera que le fue hallada *“una masa palpable dolorosa”* con sospecha de colección intraabdominal, lo cual condujo a la realización de estudios adicionales de apoyo diagnóstico, siendo confirmatorios de ese hallazgo, pues se verificó *“la presencia de una bolsa de fluido infectado y pus adentro del vientre”*, con cultivo positivo para *Cándida Lusitaniae*, *Cándida Albicans* y *Enterococcus Faecalis*. Por lo anterior, el personal médico inició tratamiento con antibiótico de amplio espectro.

Que los citados microorganismos son reconocidos ampliamente por la literatura médica como enfermedades nosocomiales, es decir, asociados con el entorno hospitalario, y que fueron adquiridos durante la hospitalización de la señora Blanca en la Clínica Rey David, como consecuencia de la cirugía *“bypass o derivación o puente gástrico por laparoscopia”* realizada el 6 de junio de 2018; por lo que si bien es cierto, en el consentimiento informado diligenciado de manera previa para el procedimiento médico se informó como posibles riesgos de la cirugía, entre otros, el de infección, la adquisición de enfermedades nosocomiales no son un riesgo derivado del acto médico como tal y/o de la condición previa del paciente.

Dijo que la presencia de estas enfermedades afectó gravemente a la señora Blanca, requiriendo hospitalización prolongada y tratamientos adicionales, lo que generó un impacto significativo en su bienestar físico y moral, así como en el de su familia.

II. POSICIÓN DE LA PARTE DEMANDADA.

2.1. COSMITET LTDA. En síntesis, se opuso a las pretensiones de la demanda indicando que las bacterias encontradas en los cultivos realizados a la señora Ortiz Perdomo son gérmenes comunes en la cavidad bucal, intestino, vagina, secreción bronquial, piel, y otros, implicando que estas no necesariamente provienen del entorno hospitalario, agregando que, antes del procedimiento, se informó a la paciente mediante un consentimiento informado sobre los riesgos inherentes a la cirugía, incluidas las infecciones, lo cual sugiere que era un riesgo conocido y aceptado, asociado con la naturaleza del procedimiento quirúrgico.

Agregó que se siguieron todos los protocolos de profilaxis y prevención de infecciones, las técnicas de asepsia y antisepsia antes y después del procedimiento quirúrgico; además, una vez identificada la infección, la demandante recibió atención médica adecuada incluyendo el drenaje percutáneo de la infección y la administración de antibióticos específicos para los gérmenes identificados.

En conclusión, recalcó que la infección que presentó la señora Blanca Anael no se originó necesariamente en el hospital ni durante el procedimiento quirúrgico, sino que podría haber sido una complicación derivada de factores preexistentes o inherentes al tipo de cirugía y a la flora microbiana normal del cuerpo humano, frente a lo cual se tomaron todas las medidas necesarias para prevenir una infección, y que la paciente fue debidamente informada sobre los riesgos del procedimiento.

2.2. Por su parte, la llamada en garantía **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, dijo que con la parte demandada se celebró un contrato de seguro de responsabilidad civil profesional médica, referenciado en la póliza 12-44656, con vigencia específica y en la modalidad Claims Made.

Señaló una exclusión explícita en la póliza con relación a que no cubre reclamaciones derivadas de actos médicos relacionados con cirugías bariátricas y, toda vez que los hechos reclamados por los demandantes se derivan de una de aquellas, estos hechos están expresamente excluidos de la cobertura de la póliza.

Agregó que, comoquiera que la póliza opera bajo el sistema de reclamación y tiene un período de retroactividad, solo cubre las reclamaciones presentadas durante la vigencia de la póliza por hechos ocurridos después de la fecha de retroactividad

especificada en las condiciones particulares del contrato, por lo que si los hechos que originaron la reclamación ocurrieron antes de la fecha de retroactividad, entonces no habría cobertura bajo esta póliza.

III. SENTENCIA RECURRIDA

El Juez *a quo* decidió negar las pretensiones de la demanda, en síntesis, al considerar que, aunque la paciente sufrió una complicación seria después de la realización de la cirugía de bypass gástrico, dicha infección fue causada por bacterias comúnmente presentes en la flora intestinal, lo que pudo ocurrir como una complicación postoperatoria, no necesariamente ligada a una falla de asepsia o procedimiento en la clínica, de allí que el extremo demandante debía demostrar, no solo que la infección se originó en la clínica, sino que esta fue el resultado de un acto de negligencia, como una esterilización inadecuada o un manejo postoperatorio deficiente, sin que se hubiera establecido un vínculo directo, claro e inequívoco entre las prácticas de la clínica y la adquisición de la infección.

Así mismo, dijo que no se encontró suficiente evidencia de negligencia o mal manejo por parte de la clínica o del personal médico involucrado en el tratamiento de la paciente después de su cirugía de bypass. En ese sentido, resaltó que las infecciones son un riesgo inherente a cualquier procedimiento quirúrgico, incluyendo el practicado a la señora Blanca Anael, riesgo que fue adecuadamente comunicado a la paciente, y que la ocurrencia de la infección no fue en sí misma una prueba de la negligencia que se le atribuyó al cuerpo médico demandado.

Agregó que, acorde con las pruebas recaudadas, una vez que se identificó la infección adquirida por la paciente la clínica actuó de manera adecuada y conforme a los estándares médicos aceptables para tratarla, incluyendo la realización de cultivos para identificar los agentes causantes de aquella, y prosiguió el tratamiento con los antibióticos apropiados.

En resumen, consideró que no se presentaron pruebas concluyentes que demostraran que la clínica o el personal médico actuaron con negligencia, que se hubiera presentado un incumplimiento del deber de cuidado esperado, o que demostraran un manejo inadecuado o acciones incorrectas por parte de los médicos, de allí que no hallara fundamento para atribuirle responsabilidad a Cosmitet Ltda, como propietaria de la Clínica Rey David.

IV. RECURSO DE APELACIÓN

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

4.1. Reparos y escrito de sustentación.

Indebida valoración probatoria. Se dolió la parte demandante que el Juez de primera instancia hubiera considerado que solo mediante un dictamen pericial se podía demostrar el daño sufrido por la señora Blanca Anael, ignorando otras pruebas que evidenciaban la responsabilidad de Cosmitet Ltda., tales como el Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud de Cali, donde se establece que los hongos de género *Cándida* y el *Enterococcus faecalis*, adquiridos en entornos hospitalarios, son parte de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) o nosocomiales, así como fue ratificado por la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, quienes confirmaron la presencia de los microorganismos *Enterococcus Faecalis*, *Cándida Albicans*, y *Cándida Lusitaniae* como agentes frecuentes de infecciones asociadas a la atención en salud en todas las instituciones, incluyendo la Clínica Rey David, señalando que estos microorganismos se encuentran dentro de su entorno hospitalario.

Por ese mismo sendero, desconoció el informe presentado por el Instituto Nacional de Salud, que refería que las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, son transmisibles en el entorno hospitalario por diferentes causas, incluido el uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, y transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud.

Finalmente, no tuvo en cuenta la tomografía axial realizada a la señora Blanca Anael el 11 de julio de 2018, la cual demostró la presencia de colecciones bacterianas en un lugar del organismo donde normalmente no habitan estas bacterias, sugiriendo que fueron adquiridas debido al entorno hospitalario, y durante el procedimiento de bypass gástrico.

Error en la calificación de la responsabilidad. Sostuvo la parte actora que el juez aplicó incorrectamente para este caso la responsabilidad civil contractual en lugar de la extracontractual, puesto que las infecciones nosocomiales no derivan del

incumplimiento del contrato médico asistencial, sino del riesgo inherente al entorno hospitalario, que es considerado como una actividad peligrosa. El argumento se centró en que la entidad demandada Cosmitet Ltda. no cumplió con su obligación de seguridad, y esta falta de cumplimiento se considera una responsabilidad de resultado, es decir, objetiva.

Desconocimiento del precedente jurisprudencial. Afirmó la parte demandante que el juez de primera instancia no consideró adecuadamente la carga probatoria de la entidad demandada respecto al cumplimiento de su obligación de seguridad, acto para el cual refirió a la Sentencia SC2202-2019 proferida por la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil, a fin de argumentar que, similarmente, la entidad demandada en el presente caso, Cosmitet Ltda, no cumplió con su obligación de seguridad al no poder evitar que la demandante adquiriera una infección intrahospitalaria, resaltando el argumento de que las obligaciones de seguridad en los entornos hospitalarios son de resultado y, por lo tanto, su cumplimiento es esencial para eximir de responsabilidad a la institución médica.

4.2. Replicas.

Cosmitet Ltda., en síntesis, solicitó la confirmación de la sentencia apelada, argumentando que el análisis de aquella se realizó bajo el marco de la responsabilidad civil extracontractual, valorando todas las pruebas allegadas al plenario, concluyendo que los elementos de dicha responsabilidad no se habían acreditado suficientemente, específicamente en lo referente a la negligencia y el nexo causal, dado que el demandante no aportó pruebas periciales adicionales que pudieran haber alterado el resultado del caso.

Agregó que la infección adquirida por la señora Blanca Anael Ortiz Perdomo durante su estancia hospitalaria, aunque inicialmente sugirió la parte demandante que se adquirió en el hospital, el extremo pasivo argumentó y pudo demostrar que la cirugía era de tipo "*limpia contaminada*", por lo que las infecciones podrían haber estado presentes de manera preexistente en la paciente, resaltando que, una vez presentada la infección, la clínica realizó un manejo adecuado de la misma, proporcionando tratamiento antibiótico, seguimiento, y el cuidado postoperatorio estuvo en línea con los estándares médicos apropiados, por lo que cualquier resultado adverso acaecido no fue resultado de alguna negligencia.

V. CONSIDERACIONES

5.1. Presupuestos procesales.

Analizada la actuación, se cumple con los presupuestos procesales como son, competencia, capacidad para ser parte, capacidad procesal y demanda en forma, toda vez que, esta Corporación es competente para resolver el recurso, las partes son capaces, se encuentran debidamente representadas por apoderado judicial y no se observa vicio alguno que pueda generar nulidad, por lo que se decidirá de mérito.

5.2. Legitimación en la causa.

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

En el caso *sub examine* no cabe duda al respecto, ya que las partes se encuentran legitimadas para actuar. Por activa, atendiendo que la directamente afectada, señora Blanca Anael Ortiz Perdomo y sus familiares, son quienes demandan por la presunta falla en la prestación del servicio médico; y por pasiva, para controvertir los hechos y pretensiones de la demanda, la Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Cia Ltda, propietaria de la Clínica Rey David, habida cuenta que fue quien prodigó las atenciones médicas objeto de queja en este proceso, así como la llamada en garantía Chubb Seguros Colombia S.A., con quien mediaba póliza de seguro a fin de amparar la responsabilidad civil en que pudieran incurrir dichas instituciones médicas.

De otra parte, es de observar que impone el Art. 320 del Código General del Proceso, que la apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el

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

apelante, y sustentados en debida forma ante este, para que se revoque o reforme la decisión, siendo legitimado para interponerla la parte a la que haya sido desfavorable. En este caso, recurrió la parte demandante ante la negativa de las pretensiones de su demanda, quien oportunamente presentó sustentación de sus reparos en esta instancia, motivo por lo que a ellos en concreto deberá limitarse la Sala al resolver.

4.3. Problema Jurídico.

De conformidad con la prueba recaudada, los reparos concretos y su réplica, el problema jurídico que ha de considerar la Sala se contrae a determinar, **i)** si se acreditó el nexo causal ente el daño y el hecho de que trata la demanda; **ii)** si se desconoció el precedente jurisprudencial sobre obligación de seguridad y; **iii)** si el régimen que gobierna la presente responsabilidad civil médica debió abordarse desde el punto de vista contractual o extracontractual.

4.4. Marco normativo y jurisprudencial.

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

En tal sentido, el artículo 2341 del Código Civil establece que: *“El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido”*.

A su turno, La Ley 23 de 1981 regulatoria de las normas de ética médica, señala en el artículo 5° lo siguiente: *“La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos; (...) 4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.”*

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

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

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

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

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

En cuanto a la atribución de la responsabilidad médica, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha sido consecuente en señalar que, por criterio general, sólo será indemnizable el perjuicio que se origine en un acto médico precedido de culpa.

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

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

4.5. Caso Concreto.

4.5.1. Abordando el problema jurídico planteado, esto es, si se acreditó el nexo causal ente el daño sufrido por la paciente y los hechos de que trata la demanda; se tiene que la parte actora sostuvo que el Juez *a quo* incurrió en indebida valoración probatoria, pues consideró que solo mediante un dictamen pericial se podía demostrar el daño sufrido por la señora Blanca Anael, ignorando otras pruebas que evidenciaban la responsabilidad de Cosmitet Ltda, tal como la prueba documental correspondiente a los informes presentados por la Secretarías de Salud Municipal y Departamental, el Instituto Nacional de Salud y la tomografía axial de fecha 11 de julio de 2018.

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

Pues bien, acorde con lo discurrido en el proceso, se tiene que la señora Blanca Anael fue sometida a un bypass gástrico el 6 de junio de 2018, quien tenía antecedentes de obesidad mórbida y una cirugía bariátrica previa tipo “*sleeve gástrico*”, sin los resultados esperados, y en esa oportunidad reingresaba para un procedimiento de bypass gástrico debido a una condición de reflujo patológico y una nueva ganancia en su peso corporal, cirugía realizada en la Clínica Rey David, propiedad de la demandada Cosmitet Ltda., por parte del Dr. Wilson Caro Bedoya, médico especialista en cirugía gastrointestinal y gastroenterología.

Igualmente, acorde con las pruebas recaudadas, se conoce que durante la cirugía no se registraron complicaciones inmediatas y la recuperación de la paciente fue positiva, aunque lenta, siendo dada de alta el 11 de junio de 2018 con una recuperación satisfactoria; sin embargo, la paciente fue atendida nuevamente ocho días después de la cirugía (18 de junio de 2018), debido a síntomas que indicaban una posible complicación postquirúrgica, esto es, fiebre como indicativo de una posible infección, por lo que fue sometida a exámenes adicionales (análisis de sangre y ecografía) que revelaron una acumulación de líquido cerca del sitio quirúrgico, realizándose un drenaje guiado por ecografía de la colección intraabdominal (absceso), que resultó ser purulenta, confirmando con un cultivo la presencia de los microorganismos *Enterococcus Faecalis* (bacteria), *Cándida Albicans* y *Cándida Lusitaniae* (hongos).

Ahora bien, revisada la prueba documental extrañada por la parte actora, se tiene que, acorde con lo informado por la Secretaría de Salud Municipal de Cali, “*Desde agosto del año 2012 se inició la implementación de la vigilancia de las infecciones asociadas a los dispositivos en las UCI adultos, UCI pediátricas y UCI neonatales en el distrito de Santiago de Cali.*”

*La clínica Rey David se incorporó a la vigilancia de este componente desde el año 2014 y de las **“Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico Quirúrgico se inició la vigilancia en el segundo semestre del año 2018 en todo el país”***

En el informe se relaciona las “*Infecciones Asociadas a Dispositivos UCI Clínica Rey David año 2022*”, es decir, en fecha posterior a los hechos que se narran en la demanda y que datan de junio de 2018; manifestando que “*los microorganismos *Enterococcus Faecalis*, *Cándida Albicans* y *Cándida Lusitaniae* **son microorganismos comensales de la flora gastrointestinal de humanos** y se encuentra entre los asilamientos microbiológicos de las clínicas de la ciudad y del*

país, ocupando los primeros lugares en la prevalencia de microorganismos junto con *Klebsiella Pneumoniae*, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Escherichia Coli* y *Staphylococcus Aureus*. (...)

En el **consolidado de enero a julio de 2022** de la Clínica Rey David se encuentran 2673 registros de laboratorio, de los cuales 10 registros corresponden a *Cándida Albicans* (cal), de 8 pacientes, en los servicios UCI adultos, urgencias mixtas (adultos y pediatría), hospitalización mixta (adultos y pediatría) y consulta externa. 24 registros de *Enterococcus Faecalis* (efa) de 10 pacientes, en los servicios UCI adultos, UCI pediátrica, consulta externa y hospitalización mixta (...) **no hay registro de Cándida Lusitania**”

Por su parte, la Secretaría Departamental de Salud, manifestó que “*las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), anteriormente llamadas infecciones nosocomiales, que son objeto de vigilancia epidemiológica en Colombia corresponden a las infecciones asociadas a dispositivos, infecciones asociadas a procedimiento médico quirúrgico y brotes intrahospitalarios, por lo tanto solo se tiene registro de la presencia de estos gérmenes en IAAS que cumplan con las definiciones operativas de casos para estos eventos, **solo el tipo de germen no permite distinguir si se trató o no de una IAAS, especialmente en gérmenes como los mencionados que pertenecen a la flora normal de las personas.** (...)*

Es importante tener en cuenta que las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud son complicaciones de la atención en salud, en algunos casos no prevenibles, por lo que para determinar su origen es importante analizar el germen, pero también las características propias del paciente y del entorno de atención medica”.

También señaló que, “(...) a partir de los registros de la base de datos del evento de interés en salud pública código INS 357 – infecciones asociadas a dispositivos, correspondientes al periodo comprendido entre 2018 al 2021, la Clínica Rey David notificó 82 infecciones en UCI adultos. En referencia a los microorganismos requeridos, 7 *Enterococcus Faecalis* y 2 *Cándida Albicans*.

En cuanto al evento de interés en salud pública denominado brotes intrahospitalarios, desde el 2018 al 2021 no se han reportados brotes que relacione a los microorganismos referidos.”

Agregó que *“a partir de la base de datos para la vigilancia del evento resistencia a los antimicrobianos en el ámbito hospitalario de WHOnet consolidada desde el 2018 al 2021, la Clínica Rey David si tiene los microorganismos Enterococcus Faecalis, Cándida Albicans y Cándida Lusitaniae dentro de su entorno hospitalario. Los servicios donde se han reportado dichos microorganismos son Enterococcus Faecalis en urgencias mixtas, hospitalización mixta, consulta externa, UCI adultos y UCI pediátrica, Cándida Albicans en urgencias mixtas, hospitalización mixta, consulta externa y UCI adultos; Cándida Lusitaniae en urgencias mixtas UCI adultos y consulta externa.”*

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud, informó que *“las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), antes conocidas como infecciones nosocomiales, se definen como infecciones que se adquieren en diferentes entornos dedicados a la atención en salud, (por ejemplo, en hospitales, centros para hospitalizaciones prolongadas, instalaciones comunitarias / ambulatorias o instancias de cuidado en el hogar o centros comunitarios).*

Los microorganismos pueden habitar en cualquier lugar, dado que no existen ambientes estériles, incluyendo los hospitales. Los microorganismos asociados a IAAS pueden proceder de fuentes exógenas o endógenas, por tanto, los microorganismos mencionados en el punto uno puede estar relacionados con este tipo de infecciones.

Es importante indicar que cualquier paciente tiene riesgo de desarrollar una IAAS por cualquier patógeno, y se describen algunos factores de riesgo que predisponen esta condición: paciente con comorbilidades (enfermedades crónicas, pacientes oncológicos etc), cirugías recientes, quemaduras, uso de dispositivos médicos por tiempo prolongado (catéter), estancia hospitalaria prolongada y terapia antimicrobiana entre otras.”

Igualmente informó que la Clínica Rey David reportó en el año 2018 para infecciones asociadas a dispositivos en Unidades de Cuidado Intensivo adulto, la siguiente información:

Tabla 2. Casos de infecciones asociadas a dispositivos invasivos en unidades de cuidado intensivo Clínica Rey David- COSMITET LTDA, Valle del Cauca, 2018 al 2022

Año	microorganismo	NAV	ISTUAC	ITS AC
2018	<i>Acinetobacter baumannii</i>			2
	<i>Candida ciferrii</i>		1	
	<i>Candida tropicalis</i>		1	
	<i>Enterobacter aerogenes</i>			1
	<i>Enterococcus faecalis</i>		1	3
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>		3	4
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>			2
	<i>Pseudomonas paucimobilis</i>			1
	<i>Staphylococcus aureus</i>			1
	Sin microorganismo	3		
2019	<i>Acinetobacter baumannii</i>			1
	<i>Brevundimonas diminuta</i>			1
	<i>Enterobacter aerogenes</i>		1	
	<i>Enterococcus faecalis</i>			1
	<i>Escherichia coli</i>		4	1

- *ISTUAC: Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter*
- *ITSAC: Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter.*

De la anterior prueba documental se colige que los microorganismos como *Enterococcus Faecalis* y diversas especies de *Cándida*, incluidas la *Albicans* y *Lusitaniae*, se identifican como comensales⁴ habituales de la flora humana normal, los cuales se encuentran frecuentemente implicados en infecciones asociadas a dispositivos médicos y procedimientos quirúrgicos en entornos hospitalarios, lo cual resalta la dualidad de estos organismos como componentes benignos de la microbiota humana y como potenciales patógenos bajo ciertas condiciones.

Así mismo, se advierte que dichos microorganismos han sido notificados como causantes de “*Infecciones Asociadas a la Atención en Salud*” en diversos servicios dentro de la Clínica Rey David, incluyendo Unidades de Cuidados Intensivos (adultos y pediátricos), urgencias, hospitalización y consultas externas, lo cual indica una distribución amplia de los mismos en diferentes áreas de atención de ese centro asistencial.

No obstante, la Secretaría Departamental de Salud enfatiza que la mera presencia de un microorganismo comensal no es suficiente para concluir que una determinada infección se encuentra relacionada a la atención en salud, por lo que resulta

⁴ Organismo que vive en una relación simbiótica comensalista con su hospedador; esto es, obtiene un beneficio de él sin causarle ni un beneficio ni un perjuicio detectables; como la *Escherichia coli* y otros microorganismos presentes en la microbiota normal humana. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/comensal#:~:text=m.,en%20la%20microbiota%20normal%20humana.>

determinante considerar las definiciones operativas de cada caso y el contexto clínico, incluyendo el tipo de procedimiento, la presencia de dispositivos médicos, y las condiciones subyacentes del paciente, tales como comorbilidades, cirugías recientes, uso prolongado de dispositivos médicos, estancia hospitalaria extendida y terapia antimicrobiana, por lo que cada caso de *“Infecciones Asociadas a la Atención en Salud”*, debe ser evaluado individualmente, considerando tanto el agente causal como el entorno clínico y las circunstancias del paciente que pueda predisponerlo a infecciones.

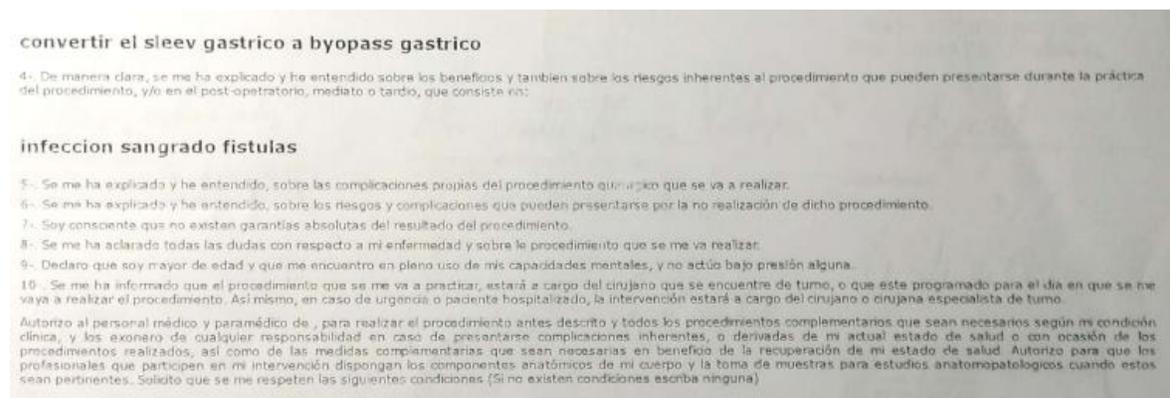
Visto lo anterior, es claro que, las autoridades administrativas en salud no informaron sobre la ocurrencia de Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico Quirúrgico para el año 2018 en la Clínica Rey David, al paso que afirmaron que los microorganismos *Enterococcus Faecalis*, *Cándida Albicans* y *Cándida Lusitaniae*, hacen parte de la flora humana normal, lo cual representa un reto para atribuir o deducir con base en esa prueba documental, de manera inequívoca, que la infección de la demandante aconteció por cuenta de una negligencia o falla en la atención recibida, y que por ese sendero demuestre que la misma fue adquirida connaturalmente en la Clínica Rey David, pues dicha coexistencia dificulta la determinación del origen exacto de la infección, requiriendo una evaluación detallada de las circunstancias que rodearon el caso.

Por ese mismo sendero, a igual conclusión ha de llegarse con relación a la alegación de la parte actora, respecto de que no se tuvo en cuenta la tomografía axial realizada a la señora Blanca Anael el 11 de julio de 2018, la cual demostró la presencia de colecciones bacterianas en un lugar del organismo donde normalmente no habitan estas bacterias, sugiriendo que fueron adquiridas debido al entorno hospitalario, y durante el procedimiento de bypass gástrico. Para lo anterior debe tenerse en cuenta los testimonios técnicos rendidos en este proceso.

Con relación al caso, el Dr. Gabriel Eloy Garzón, médico general especializado en cirugía, explicó que la cirugía bariátrica se clasifica en varios procedimientos, cada uno con sus propios riesgos, dada su alta complejidad, incluyendo la posibilidad de infecciones debido a la apertura del tracto digestivo que alberga bacterias naturales, quien además reconoció que era difícil determinar si la infección de la paciente se originó durante la cirugía o postoperatoriamente en la clínica, toda vez que el tracto digestivo siempre contiene microbios y bacterias que pueden translocarse a otras partes del cuerpo durante los procedimientos quirúrgicos, situación común en cirugías de este tipo.

Por su parte el Dr. Wilson Caro Bedoya, médico especialista en cirugía gastrointestinal y gastroenterología, explicó en su testimonio que los procedimientos quirúrgicos como el realizado a la demandante tienen riesgos bien conocidos que se comunican a los pacientes antes de la operación a través del consentimiento informado, tales como *“infección y sangrado”*.

Frente a este punto, resalta la Sala el consentimiento informado suscrito por la paciente para el procedimiento quirúrgico que se viene hablando, donde se detalla *“infección sangrado fistulas”, como “complicaciones propias del procedimiento quirúrgico que se [iba] a realizar”*



Así mismo, respecto al riesgo de infección en los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos, el Dr. Caro Bedoya indicó que las cirugías pueden clasificarse según su riesgo de infección, así: las cirugías limpias tienen hasta un 4% de riesgo; las limpias contaminadas, que implican abrir el tracto digestivo sin una infección preexistente, tienen hasta un 7%; y las cirugías sucias, como en casos de peritonitis, pueden tener un riesgo de hasta el 30%, resaltando que ninguna cirugía está exenta de riesgos de infección, ya que la piel humana porta bacterias que pueden infectar las heridas quirúrgicas.

Igualmente, en respuesta a si la infección podría haberse originado durante la cirugía o en la recuperación, el Dr. Wilson Caro Bedoya explicó que es difícil determinar exactamente cuándo se introdujeron las bacterias, pues las cirugías que involucran el tracto digestivo frecuentemente resultan en contaminación, pero el cuerpo humano generalmente puede manejar pequeñas cantidades de bacterias sin desarrollar una infección, a menos que el paciente tenga una susceptibilidad particular.

No obstante, el Dr. Gabriel Eloy Garzón reseñó que posteriormente a que la paciente mostrara síntomas indicativos de una posible complicación postoperatoria, como la presencia de fiebre, se aplicaron de inmediato los protocolos de emergencia enviándola a urgencias para realizarle pruebas diagnósticas adecuadas, incluyendo análisis de sangre y ecografías para identificar la fuente de la infección y determinar el tratamiento más efectivo, ajustándolo en función de los resultados obtenidos de los cultivos y las pruebas de imagen, modificando la terapia antibiótica según la sensibilidad de los microorganismos identificados.

Añadió que la infección en este caso fue tratada con métodos no quirúrgicos como el drenaje percutáneo y antibióticos, y la recuperación de la paciente fue muy favorable, quien a lo largo de su hospitalización recibió atención de un equipo multidisciplinario que incluyó cirujanos, infectólogos y médicos hospitalarios, asegurando así un manejo completo y conforme a los estándares institucionales, siguiendo los protocolos médicos, y cualquier anomalía en la recuperación de la paciente fue prontamente detectada y abordada, lo cual se evidenció en la condición de mejora consistente de la paciente, quien luego de resuelta la colección intraabdominal, pudo ser dada de alta sin fiebre y con mejoría clínica evidente.

Afirmó que mientras que todos los procedimientos quirúrgicos implican riesgos inherentes, el seguimiento riguroso, la intervención temprana en caso de signos de infección, y el cumplimiento estricto de los protocolos de asepsia y control de infecciones en la clínica, son esenciales para minimizar estos riesgos y asegurar la recuperación segura y efectiva de los pacientes, tales como la administración de antibióticos de manera preventiva antes de la operación para minimizar el riesgo de infecciones, lo cual es un procedimiento estándar en cirugías que involucran áreas con alta presencia de bacterias, como el tracto digestivo.

En esa misma línea, el Dr. Wilson Caro Bedoya, dijo que cuando se sospecha una infección, se inicia inmediatamente un tratamiento empírico mientras se espera el resultado del cultivo, que toma de 24 a 48 horas, práctica que se basa en un conocimiento detallado de la flora local y del tipo de cirugía realizada.

Subrayó que los procedimientos quirúrgicos están acompañados de protocolos de control de infecciones meticulosamente establecidos, que se aplican antes, durante y después de la cirugía. En ese sentido, dijo que antes de cualquier procedimiento, se administran antibióticos profilácticos para minimizar el riesgo de infecciones; durante la operación se implementan rigurosas medidas de asepsia y antisepsia

Igualmente se verifica que a la demandante se le administró antes del procedimiento quirúrgico *“profilaxis antibiótica con 3 gramos de ampicilina sulbactam según orden médica”*, así como informaron los médicos reseñados, y que la herida quirúrgica permaneció *“cubierta con micropore limpio y seco + dren abdominal”*.

09:50 daiduly.acosta - DAIDULY ACOSTA CAÑAVERAL - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Ingresa paciente al quirófano 3 en silla de ruedas despierta, conciente y orientada en compañía de circulante para procedimiento de bypass gástrico con dr. Wilson Caro, paciente refiere no ser alérgica a medicamentos y estar en ayuno, trae consentimientos firmados, la paciente se pasa a mesa operatoria por sus propios medios, se monitoriza T/A: 133/75 FC: 74 SPO2:99%, se administra profilaxis antibiótica con 3 gramos de ampicilina sulbactam según orden médica

11:50 daiduly.acosta - DAIDULY ACOSTA CANAVERAL - AUXILIAR DE ENFERMERIA

El dr. Caro termina procedimiento quirúrgico sin complicaciones, el dr. Bolaños aspira secreciones y extuba paciente sin complicaciones, se traslada paciente a recuperación en camilla bajo efectos de anestesia general, con lev permeables con ssn al 0,9% con dipirona y diclofenaco, con herida quirúrgica cubierta con micropore limpio y seco + dren abdominal

En suma, de los testimonios técnicos se extrae que las cirugías que involucran el tracto digestivo, como la realizada a la paciente Blanca Anael, suelen conllevar un riesgo inherente de infección debido a la exposición de tejidos internos a bacterias que normalmente residen en el tracto digestivo, y que es difícil determinar con exactitud si la infección se originó durante la cirugía o durante el proceso de recuperación en la clínica, debido a que el cuerpo humano puede manejar pequeñas cantidades de contaminación bacteriana sin desarrollar una infección, a menos que haya una susceptibilidad particular en el paciente, lo cual no permite concluir de manera definitiva y exclusiva que la paciente adquirió la infección en la clínica Rey David, ya que, aunque la contaminación durante la cirugía es una posibilidad, también lo es que la infección se haya desarrollado como una complicación postoperatoria debido a la propia flora bacteriana de la paciente o a su respuesta inmunológica, evidenciando que la infección es una complicación posible y conocida de este tipo de cirugías, independientemente de las medidas de control de infecciones que se implementen.

Por esa misma línea, acorde con la jurisprudencia nacional: *“Cuando se materializa una contingencia innata a la intervención, el daño no tiene carácter indemnizable porque no proviene de un comportamiento culposo atribuible al galeno. Sobre este concepto, recientemente decantó la Sala:*

“La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es 'contingencia o proximidad de un daño (...)' Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse”; e inherente entendido como aquello: "Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello'. Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos

*inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las **condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, las técnicas o instrumentos utilizados en su realización**, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, **no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.***

De tal manera, probable es, que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente; no obstante, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa y al acaecer menoscabos lesivos, pretenda ejecutar un daño al enfermo o, incursione por ejemplo, en las lesiones personales al tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano⁵.⁶

Ahora, en la sentencia fustigada dijo el sentenciador a quo que la parte actora “pidió un dictamen pericial y se le dio un término para que lo presentara, no se presentó, existe el informe de la Secretaría de Salud Pública de cómo es el procedimiento, pero eso no es un peritaje que nos permita deducir, es un informe general, que no indica que hay culpa de la Clínica Cosmitet por cual le aconteció la infección, no nos dice nada sobre eso, datos estadísticos y cosas del pasado, pero que particularmente nos diga que hubo negligencia o que hubo culpa de la clínica en la atención médica brindada a la demandante Blanca Anael Ortiz, no existe la prueba.”

En ese contexto, y contrariamente a lo indicado por el recurrente, con relación a que el sentenciador hubiera considerado que solo mediante un dictamen pericial se podía demostrar el daño sufrido por la señora Blanca, debe concluirse que lo allí expuesto refiere a que comúnmente en litigios que involucran aspectos técnicos o especializados, como es el caso de las prácticas médicas, un dictamen pericial podría haber proporcionado una evaluación experta sobre si la clínica actuó con negligencia o si existió alguna falta que contribuyera a la infección de la demandante, y que la información suministrada por las autoridades administrativas en salud, aunque relevante, describen procedimientos o estadísticas generales, pero no proporciona una base sólida para concluir específicamente que hubo una negligencia por parte de la clínica en este caso particular, que resultara en la

⁵ CSJ. Casación Civil, SC7110 de 24 mayo de 2017, expediente 00234.

⁶ SC917-2020; M.P. Armando Tolosa Villabona.

infección de la paciente, resaltando que sin un dictamen pericial apropiado, y dado que los informes presentados no indica directamente una culpa específica de la clínica, no había suficiente evidencia para demostrar que aquella fue responsable de la infección sufrida por la demandante, conclusión que no parece desmesurada, y por tanto no prospera el reparo concreto.

4.5.2. Abordando el segundo problema jurídico planteado, esto es, si se desconoció el precedente jurisprudencial sobre “*obligación de seguridad*”, hizo referencia el extremo demandante a la sentencia SC2202-2019⁷, donde la discusión se centró en la obligación de seguridad de los centros de salud, diferenciando entre obligaciones de medio y de resultado, y la carga probatoria asociada a cada una, y se examina si el hospital y el personal médico actuaron con la debida diligencia y cuidado en el manejo de la infección nosocomial adquirida por un paciente.

Según la sentencia, la obligación de seguridad se refiere al deber que tienen los centros de salud de asegurar que los pacientes no sufran daños prevenibles mientras reciben atención médica, obligación que implica que los centros hospitalarios deban implementar todas las medidas razonables para proteger a los pacientes de riesgos y daños que puedan ser controlados o mitigados dentro del entorno médico.

Explica que la obligación de seguridad en el contexto hospitalario, se centra en prevenir eventos adversos que puedan ser evitados con prácticas adecuadas de cuidado y seguimiento, lo cual incluye, pero no se limita, a asegurar un ambiente estéril para prevenir infecciones, realizar procedimientos conforme a los estándares médicos aceptados, y utilizar equipo y técnicas que minimicen el riesgo de complicaciones o infecciones.

En esencia, para la Corte esta obligación se trata de un compromiso con la excelencia en la atención médica, donde los hospitales y el personal médico deben ejercer un alto grado de profesionalismo y diligencia para garantizar que los tratamientos y procedimientos no solo sean efectivos, sino también seguros para los pacientes, implicando una responsabilidad continua de evaluar y mejorar los protocolos de seguridad y las prácticas de control de infecciones para adaptarse a los estándares médicos en evolución y a las nuevas amenazas a la seguridad del paciente.

⁷ M.P. Margarita Cabello Blanco

Aclara que la obligación de seguridad en el ámbito hospitalario puede manifestarse tanto como una obligación de medios como de resultado, dependiendo de la naturaleza del tratamiento y de la capacidad del centro de salud para controlar los resultados, enfatizando que las obligaciones de medios no garantizan un resultado específico, sino que se centran en el desempeño adecuado del servicio conforme a los estándares de cuidado y diligencia profesional esperados. En contraste, las obligaciones de resultado implican que se debe alcanzar un resultado concreto, y cualquier desviación de este puede resultar en responsabilidad para el prestador del servicio, a menos que pueda demostrar que el resultado adverso fue debido a causas externas o imprevistas.

Específicamente, se señala que, en el contexto de las infecciones intrahospitalarias, estas a menudo se clasifican dentro de las obligaciones de resultado, dado que los hospitales están en posición de controlar y minimizar los riesgos de infección mediante prácticas estrictas de asepsia y control de infecciones. Así, cuando un paciente adquiere una infección dentro de un entorno hospitalario, la entidad de salud podría ser considerada responsable a menos que demuestre que la infección fue causada por factores que escapaban a su control razonable, resaltando la alta expectativa puesta en los hospitales para mantener un entorno seguro y libre de infecciones evitables, lo cual es crucial para eximirlos de responsabilidad en tales casos.

Sin embargo, en la aludida sentencia SC2202-2019, la Corte matiza esta percepción al aclarar que, aunque los hospitales tienen la responsabilidad de implementar medidas para prevenir infecciones, no todas las infecciones intrahospitalarias necesariamente derivan en una responsabilidad automática del centro médico como una obligación de resultado, lo cual se debe a que algunos factores que contribuyen a las infecciones pueden estar más allá del control total del hospital, por ejemplo, la resistencia a los antibióticos, las condiciones particulares de los pacientes (como comorbilidades que los predisponen a infecciones), o la presencia de patógenos que son excepcionalmente difíciles de eliminar incluso con buenas prácticas de higiene y asepsia, pueden ser factores que escapen al control total del centro médico. En estos casos, la obligación del hospital sigue siendo de medios, enfocada en hacer todo lo posible para prevenir infecciones, sin garantizar completamente que no ocurrirán.

En resumen, mientras que la prevención de infecciones intrahospitalarias cae generalmente bajo una obligación de resultado en términos de implementar y seguir rigurosamente las políticas de control de infecciones, la responsabilidad final por las infecciones adquiridas durante la estadía hospitalaria puede aún tratarse como una obligación de medios si el hospital puede demostrar que la infección fue el resultado de factores excepcionales y no prevenibles con las prácticas de control existentes.

Ahora, acorde con la discusión propuesta por la parte demandante, esto es, si la sentencia fustigada desconoció el precedente jurisprudencial plasmado en la sentencia SC2202-2019, comoquiera que, según su planteamiento, la obligación de seguridad en los establecimientos de salud siempre se categoriza como de resultado, por lo que cualquier fallo en evitar una infección intrahospitalaria automáticamente configura un incumplimiento de la obligación médica; debe decirse que dicha interpretación contradice lo plasmado por la Corte en esa sentencia, pues ese Alto Tribunal reconoció que las obligaciones en el ámbito médico pueden ser tanto de medios como de resultado, dependiendo de las circunstancias específicas de cada caso.

Contrario a lo propuesto por el recurrente, al sugerir una responsabilidad casi absoluta del centro médico por cualquier resultado adverso, la jurisprudencia traída a cuento por el censor, como se dijo previamente, establece que la responsabilidad no puede determinarse sin antes evaluar si se cumplió con los estándares de cuidado médico esperados, pues no todo resultado adverso, como una infección, es evidencia de negligencia, especialmente cuando estos pueden ser riesgos inherentes a los procedimientos quirúrgicos reconocidos y comunicados previamente al paciente, matizando y contextualizando la responsabilidad médica, al considerar que algunos riesgos son inevitablemente parte de tratamientos médicos y no necesariamente indicativos de incumplimiento o negligencia.

De manera similar a lo dilucidado por la Corte en esa oportunidad, el Juez *a quo* alineó su argumentación con el espíritu de esa sentencia, al estimar que las infecciones pueden ser un riesgo inherente a cualquier procedimiento quirúrgico y que la presencia de una infección no es, en sí misma, evidencia de negligencia, a menos que se establezca un vínculo claro y directo entre la infección y prácticas inadecuadas o negligentes por parte de la clínica o su personal; agregando que, en este caso, se tomaron las medidas adecuadas una vez identificada la infección, a fin de reforzar la noción de que se cumplió con la obligación de medios por parte del

personal de salud encartado, aplicando los cuidados necesarios y estándares médicos aceptables para el caso de la paciente Blanca Anael.

En conclusión, el Juez *a quo* siguió el razonamiento de la Corte en la sentencia invocada por el demandante, respaldando la idea de que el cumplimiento de la obligación de seguridad debe evaluarse en el contexto de las medidas tomadas por el hospital y no solamente por la presencia de una infección, de allí que se haga evidente la disanalogía en que incurre el censor, pues la sentencia de la Corte que se dice desatendida, estableció una comprensión matizada de la obligación de seguridad en el ámbito médico, diferenciando entre las obligaciones de medio y de resultado, reconociendo la Corte que no todos los resultados adversos en la medicina, como en el caso de las infecciones intrahospitalarias, son directamente atribuibles a un incumplimiento del deber de cuidado por parte de los centros médicos, dado que pueden influir factores fuera del control de estos en tales resultados.

Conforme a lo anterior, tampoco prospera este reparo concreto.

4.5.3. Finalmente, y con relación al último problema jurídico planteado, esto es, determinar si el régimen que gobierna la presente responsabilidad civil médica debió abordarse desde el punto de vista contractual o extracontractual, comoquiera que, según la parte actora, dado que las infecciones nosocomiales no derivan del incumplimiento del contrato médico asistencial, sino del riesgo inherente al entorno hospitalario, que es considerado como una actividad peligrosa, Cosmitet Ltda no cumplió con su obligación de seguridad, y esta falta de cumplimiento se considera una responsabilidad de resultado, es decir, objetiva y extracontractual.

En este sentido, debe decirse que, como se señaló desde los albores de esta sentencia, la responsabilidad médica surge fundamentalmente de una obligación legal, inherente al ejercicio profesional de la medicina, que obliga a los profesionales de la salud y las instituciones médicas a actuar con la diligencia, el cuidado y la competencia exigidos por la ley y las buenas prácticas médicas, responsabilidad que se sustenta tanto en el marco contractual como en el extracontractual, comoquiera que la obligación de reparar los daños causados no se limita exclusivamente a las relaciones previamente acordadas mediante un contrato, sino que se extiende a cualquier situación donde el actuar médico impacte negativamente en la salud del paciente.

Dentro del ámbito contractual, se considera que todo profesional de la salud, al aceptar atender a un paciente, establece un acuerdo implícito en el cual se compromete a proporcionar un servicio que cumpla con los estándares de cuidado apropiados y reconocidos en la profesión, vínculo que genera expectativas legales en cuanto a la competencia y la seguridad en la atención médica proporcionada. Por otro lado, en el ámbito extracontractual, la ley impone una obligación general de no causar daño a otros, la cual se aplica independientemente de la existencia de un contrato, principio fundamental del derecho civil que se extiende a todas las actividades, incluidas las médicas, donde se espera que los profesionales actúen sin causar daños a terceros, ya sea por negligencia, impericia o imprudencia.

Así mismo, la normativa y los estándares médicos, como los establecidos por la Ley 100 de 1993 y la Ley 23 de 1981, enfatizan la importancia del cumplimiento de deberes específicos en el ámbito de la salud, incluyendo la garantía de una atención segura, oportuna y adecuada según los estándares profesionales actuales, por lo que la violación de estos deberes legales y profesionales se considera suficiente para atribuir responsabilidad a los profesionales y entidades de salud involucradas.

En un caso de contornos fácticos similares, esta Sala de decisión sostuvo, “**al margen del tipo de responsabilidad de que se trate**, ellas responden por la atención en salud que resulte lesiva de la *lex artis* en virtud de los principios arriba anotados y aunque sostiene la entidad apelante que ello no se deriva de los postulados de la Ley 100 de 1993, lo cierto es que la Corte Suprema de Justicia, a partir de lo dispuesto en los artículos 177 a 180 de dicha ley y en los artículos 14 de la Ley 1122 de 2007 y 3° de la Ley 1438 de 2011, ha concluido, por ejemplo, que no es cierto que la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud “...se circunscribe a sus funciones estrictamente administrativas en relación con el acceso de los usuarios a la red de salud, pues según el artículo 177 de la ley 100 de 1993, las empresas promotoras de salud tienen como función básica «organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...)». Luego, las EPS son responsables directas por la prestación del servicio de salud que reciben los usuarios...”.

En efecto, en sentencia del 28 de junio de 2017⁸, se expuso:

⁸ SC9193-2017. M. P. Ariel Salazar Ramírez.

“...No obstante que los miembros del sistema tienen existencia separada y cumplen funciones diferentes, no actúan de manera autónoma o aislada, pues hay un fuerte engranaje entre ellos que hace que la conducta de cada uno se defina en relación con los otros y con el sistema total. Esta interrelación es lo que permite materializar los principios de continuidad e integralidad de la atención en salud de calidad. Una de las características más sobresalientes del marco legal de calidad de la atención en salud es que independientemente de la estructura jerárquica administrativa que adopten las empresas promotoras y prestadoras del servicio, para efectos de garantizar una atención de calidad es irrelevante el grado de subordinación que exista entre los componentes del sistema, es decir que frente a los resultados esperados por los usuarios no hay componentes más importantes que otros.

*De conformidad con este marco legal, las EPS son garantes de la prestación del servicio de salud de calidad que brindan a sus usuarios; por lo que deben responder civilmente por los perjuicios que les ocasionan en despliegue de sus funciones cuando éstos son imputables a aquéllas, tal como ocurrió en el presente caso, en el que quedó demostrado que los daños sufridos por los demandantes por la lesión a la salud del menor Juan Sebastián Sanabria Zambrano son atribuibles a la culpa de la entidad demandada por infracción de la lex artis medicorum...”*⁹

Corolario de lo manifestado, la responsabilidad médica no solo se fundamenta en la relación contractual directa entre médico y paciente, sino que se extiende a cualquier acto médico que resulte en un daño, fundamentado en principios de derecho tanto contractual como extracontractual, por lo que, cualquier desviación de este estándar, puede resultar en una responsabilidad civil por los daños causados, de tal suerte que resulte inane, para el caso de marras, discurrir si el régimen por el cual debió decantarse el sentenciador de instancia era el contractual o el extracontractual, y por tanto, no prospera este reparo concreto.

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

RESUELVE:

PRIMERO. CONFIRMAR el fallo de fecha y procedencia prenotada.

⁹ Sentencia del 2 de mayo de 2018; M.P. Flavio Eduardo Córdoba Fuertes

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

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

NOTIFÍQUESE,

(Firmado electrónicamente)
JOSÉ DAVID CORREDOR ESPITIA
Magistrado

(Firmado electrónicamente)
JULIÁN ALBERTO VILLEGAS PEREA
Magistrado

(Firmado electrónicamente)
FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES
Magistrado

Firmado Por:

Jose David Corredor Espitia
Magistrado
Sala 007 Civil
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca

Julian Alberto Villegas Perea
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca

Flavio Eduardo Cordoba Fuertes
Magistrado
Sala 003 Civil
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca

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: **293032065218907e15f0ee0454eae7603cc09ea45a475389acad3b2c50de9069**

Documento generado en 10/05/2024 01:37:58 PM

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