



CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ  
MEDICO - ABOGADO



1

Señores

**JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE NEIVA/M.P. GILMA LETICIA PARADA PULIDO – TRIBUNAL SUPERIOR DE NEIVA SALA CIVIL FAMILIA LABORAL**

E.

S.

D.

**Referencia:** Sustentación de Recurso de Apelación.

**Demandante:** Andrés Ricardo García Ortiz y otros.

**Demandados:** CLINICA MEDILASER S.A. DE NEIVA Y LA NUEVA EPS S.A.

**Radicado:** 41001310300220170033301.

**CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ**, conocido en el proceso de la referencia como el apoderado de la parte demandante, por medio del presente escrito me permito precisar la sustentación de los reparos que hice a la decisión del despacho de fecha 20 de Agosto de 2019, en los siguientes términos:

Frente a la decisión del despacho de negar las pretensiones de la demanda por no probarse la culpa de la entidad demandada, al no haber responsabilidad de los médicos y de contera de la entidad demandada, con el argumento: "... El paciente a su ingreso tenía patologías de base como son EPOC, Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión arterial y Cardiopatía Isquémica que eran factores de riesgo para padecer de Neumonía u otras infecciones, también refiere que la clínica tomo todas las medidas de profilaxis antibiótica pertinentes para este caso buscando disminuir la incidencia de infecciones"

De lo anteriormente expuesto por el Juzgado para negar las pretensiones de la demanda, me permito manifestar que me opongo, por cuanto tal como se demostró en el proceso con la historia clínica y los testimonios de los médicos, que refieren: que el paciente fallece por una infección pulmonar que sumado a esto con todas las enfermedades que tenía el señor Ricardo agravaron su estado de salud llevándolo a una falla multisitemica y finalmente a la muerte, porque honorables magistrados nos tendríamos que preguntar entonces que un paciente que tenga múltiples patologías se tiene que morir al realizarle cualquier procedimiento o tiene que adquirir una infección nosocomial que lo lleve a la muerte, entonces donde esta **EL IMPERIOSO DEBER DE VIGILANCIA Y CUIDADO** al señor RICARDO GARCIA.

Las apreciaciones que realiza el juzgado y el apoderado de la clínica Medilaser S.A. de Neiva donde refiere: teniendo en cuenta los anteriores planteamientos, no es posible que jurídicamente se establezca que la Clínica Medilaser S.A. puede llegar a ser responsable del fallecimiento del señor Ricardo García, pues en el caso existen diferentes pruebas técnicas y documentales que permiten concluir con alto grado de certeza que el lamentable deceso se deriva de la concreción de factores de riesgo inherentes a las patologías de base que presentaba el paciente desde el ingreso a la institución: 1-infarto agudo de miocardio 2-enfermedad coronaria de 3 vasos (DA+CD+1 OM) 3-diabetes mellitus 4- Hipertensión arterial y 5- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, las cuales por si mismas representaban un alto riesgo de complicaciones y muerte.

Calle 50 No. 1 - 12 Barrio Cándido de la ciudad de Neiva - Celular 311 229 7239  
Neiva - Huila



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



2

Respecto a lo anterior es cierto que el señor Ricardo tenía todas esas patologías de base pero a su ingreso estas patologías estaban controladas y estables con los diferentes medicamentos que tomaba para estas y fue LA NEUMONIA NOSOCOMIAL que sumado a sus patologías de base que tenía la que lo llevo a una sepsis, choque séptico, luego a una falla multisistémica y posteriormente a la muerte.

Tenemos que tener en cuenta que la clínica medilaser a pesar que como se demostró con los testimonios y pruebas documentales allegadas al proceso, refieren que cumplió con los protocolos y la lista de chequeo de prevención de neumonía asociada al ventilador, pero como podemos ver en la historia clínica no fue así ya que el paciente Ricardo García adquirió una neumonía nosocomial que sumado a sus patologías de base lo llevaron a una falla multisistémica y finalmente a la muerte, tenemos que hacernos la pregunta que si el señor Ricardo no hubiera adquirido dicha infección su desenlace no hubiera sido fatal ya que sus patologías de base estaban controladas y tratadas adecuadamente.

Tenemos que definir que es una infección nosocomial o intrahospitalaria, el cual vamos a continuación a definir.

### DEFINICIÓN

Se consideran **infecciones nosocomiales** todas aquellas que se desarrollan transcurridas las primeras 72 horas de la hospitalización o antes de los 15 días del alta hospitalaria.

Deben excluirse aquellas que en el momento del ingreso estaban presentes o en período de incubación, que son las denominadas infecciones comunitarias.



### Introducción

La prevención y control de la infección intrahospitalaria es objetivo principal dentro de la atención en los centros asistenciales de salud de nuestro país. La identificación de los procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de dispositivos médicos, equipos y ambiente asistencial, la higiene del personal asistencial y asepsia antes de practicar maniobras al paciente así como la garantía de calidad en las técnicas aplicadas, constituye la base de las normativas y regulaciones establecidas en el Programa Nacional de Prevención y Control de la Infección Intrahospitalaria. Teniendo en consideración sus postulados este capítulo tiene el propósito de brindar una actualización teórica sobre la selección y uso de los procedimientos y productos químicos utilizados para el desarrollo de los procedimientos anteriormente mencionados.

## FACTORES DE RIESGO

Se ha registrado un aumento de la frecuencia de infección nosocomial y se ha relacionado con algunos factores como :

- Compromiso inmunitario;
- El aumento progresivo de la edad de los pacientes;
- La utilización de procedimientos agresivos para diagnóstico o terapéutica, exámenes y tratamientos invasivos;
- Uso de terapias inmunosupresoras o de antibioterapia de amplio espectro;
- La realización de procedimientos quirúrgicos complejos;
- El uso intenso de antibióticos, que promueve la resistencia a los mismos.



También tenemos que definir que es una neumonía nosocomial, la cual a continuación se presenta.



### Neumonía Intrahospitalaria

Neumonía que ocurre después de 48 hs del ingreso al hospital, generalmente tratada en sala de internados, aunque puede requerir UTI en las formas graves.

Debido a implicancias etiológicas, terapéuticas y pronósticas, ha sido clasificada según el tiempo transcurrido desde el inicio de la admisión en precoz y tardía.

NIH precoz es la que ocurre hasta el cuarto día de internación y la NIH tardía la que se inicia después del quinto día de internación.

*J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 1):S 1-S 30*

### Fisiopatogenia.

- La neumonía nosocomial se produce como consecuencia de la invasión bacteriana del tracto respiratorio inferior a partir de las siguientes vías:
  - aspiración de la flora orofaríngea
  - contaminación por bacterias procedentes del tracto gastrointestinal
  - inhalación de aerosoles infectados
  - por diseminación hematógena a partir de un foco remoto de infección.



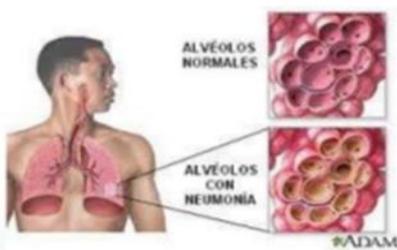
## EPIDEMIOLOGÍA

- Neumonía Intrahospitalaria es la segunda causa más frecuente de infección nosocomial en USA y esta asociado con una alta mortalidad y morbilidad.
- Neumonía Intrahospitalaria incrementa la estancia hospitalaria en promedio de 7 – 9 días por paciente produciendo un exceso de costo de más de \$40,000 por paciente.
- Aunque Neumonía Intrahospitalaria no es una enfermedad reportable, datos disponibles sugieren que ocurre entre 5 – 10 casos por 1,000 admisiones hospitalarias, incrementando la incidencia de 6 – 20 veces en pacientes en VM.

Am J Respir Crit Care Med vol 171. pp 388-416, 2005

## Neumonía Nosocomial

- Inflamación del parénquima pulmonar ocasionada por un proceso infeccioso, adquirido después de 48 horas de su estancia hospitalaria, que no estaba en periodo de incubación a su ingreso y que puede manifestarse hasta 72 horas después de su egreso.



Neumonía adquirida en el hospital

ADAM



CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ  
MEDICO - ABOGADO



6

## NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.

La mortalidad es del 25 al 50%, incluso más en los pacientes con ventilación mecánica.

### Complicaciones:

- Insuficiencia respiratoria
- Insuficiencia renal
- Coagulación intravascular diseminada
- Choque.

### Factores de mayor mortalidad:

- Enfermedad de base .
- Edad .
- Tratamiento antibiótico inadecuado al inicio .
- Tipo de germen, más grave en bacilos Gram. negativos, S. fecalis y hongos .
- Duración de la ventilación mecánica .

[www.reeme.arizona.edu](http://www.reeme.arizona.edu)

Calle 50 No. 1 - 12 Barrio Cándido de la ciudad de Neiva - Celular 311 229 7239  
Neiva - Huila



# Sepsis

Surge cuando la respuesta del cuerpo a una infección daña sus propios tejidos y órganos. Puede llevar a choque, falla orgánica múltiple y muerte, especialmente si no se reconoce y se trata inmediatamente.





## SHOCK SEPTICO

### Concepto:

Infección bacteriana diseminada a muchas áreas del cuerpo, transmitiéndose por la sangre de un tejido a otro provocando una extensa lesión.

### CAUSAS:

- Peritonitis (Infección Utero, Ovarios, Restos Placentarios, Instrumentación Contaminada)
- Peritonitis Secundaria Rotura Intestinal
- Infecciones Generalizadas  
Estreptococicas – Estafilococicas
- Infección Gangrenosa
- Infección Renal

Este despacho considera que hasta la presente el actuar médico no fue negligente en la atención del señor Ricardo García, que fue por falta de autocuidado del paciente por las patologías que tenía por lo que el daño causado no fue consecuencia del galeno ni de la institución, refiere que los testimonios de los médicos lo confirman, como son:

- EL MEDICO PEDRO ROCHA REFIERE: Sustento su dictamen pericial confirmado sus preguntas y respuestas y además refirió que la neumonía era presunta porque no se identificó el germen causante de dicha neumonía nosocomial porque los cultivos eran negativos y por eso se dio tratamiento de amplio espectro.

De lo anteriormente expuesto por el Juzgado, me permito manifestar que me opongo, por cuanto tal como se demostró en el proceso con la historia clínica: si es cierto que en los cultivos de las secreciones y en los hemocultivos no se determinó el germen que estaba causando esta infección, hay que tener en cuenta que muchas veces puede pasar esto que no se aisló el germen o que dicho germen sea por hongos, para lo cual se necesita otra clase de exámenes específicos para hongos y esto nunca se ordenó ni mucho menos se realizó, entonces por esto no se va poder identificar cual fue el germen causante de esto, también puede ser por un tratamiento antibiótico inadecuado al inicio u por hongos, pero hay que tener en cuenta que también se tomaron marcadores infecciones como son la pro calcitonina y la proteína C reactiva que fueron positivos desde el principio y esto no se tuvo en cuenta, también hay que tener en cuenta que no se tuvo en cuenta la nota de evolución del día 12/04/2013 por parte del médico infecto logo, Dr. Diego Fernando Salinas Cortes, quien refiere textualmente: "**LOS HALLAZGOS SON CONSISTENTES CON UNA NEUMONIA GRAVE ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD PARA LA CUAL ESTAMOS DEACUERDO CON EL ESQUEMA DE TTO INSTAURADO**" (El resaltado es mío).



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



9

- EL MEDICO JUAN CARLOS SAAVEDRA REFIERE: El paciente tenía factores de riesgo para padecer Neumonía y antes de ingresar a la clínica había sido tratado por neumonía y que se le dijo que saliera de la clínica y luego ingresara para la fecha de la cirugía para evitar adquirir infecciones allí en la clínica y el paciente dijo que no, el paciente tenía muchos factores de riesgo de adquirir una infección y fallece por una infección pulmonar, también refiere que la infección ocurrió después del procedimiento quirúrgico realizado, que se le informo de la lista de chequeo para cumplir con los protocolos de prevención de neumonía asociada al ventilador y que todo el protocolo se cumplió, también se le informo los riesgos posibles al paciente y a su familia con el consentimiento informado que firmo.

De lo anteriormente expuesto por el Juzgado, me permito manifestar que me opongo, por cuanto tal como se demostró en el proceso con la historia clínica y los testimonios recaudados: si bien es cierto que tenía los factores de riesgo por sus patologías de base y que se le aplico la lista de chequeo para prevenir la neumonía nosocomial, esto no sirvió de nada porque el paciente Ricardo adquirió de todas maneras una neumonía nosocomial, ósea no cumplieron con **EL IMPERIOSO DEBER DE VIGILANCIA Y CUIDADO** con el señor RICARDO GARCIA, con respecto del consentimiento informado donde le informan sobre los posibles riesgos que le puede pasar como son la infección y la muerte, Fácilmente los médicos y algunas instituciones de salud caen en la trampa de creer que lo único que necesitan es lograr que el paciente estampe su firma sobre el documento para tener un consentimiento valido. Existe demasiado énfasis en demostrar que el paciente autorizo el procedimiento (algo que la mayoría de las veces es fácil de probar y queda fuera de la discusión) y poco interés en documentar la información brindada al paciente para ayudarlo a tomar una determinación, algo mucho más *difícil de probar en los juicios por responsabilidad profesional*. Documentos de este tipo, entregados por un administrativo minutos antes de una cirugía o procedimiento y sin que reflejen el proceso de información que se realizó con el paciente suelen ser desestimados en los tribunales. Cada vez es mayor la jurisprudencia en donde la principal acusación no es ya la *mala praxis* sino la violación del derecho del paciente a tomar una decisión informada, partiendo del presupuesto de que la capacidad de decidir es manifestación y ejercicio de la autonomía de las personas y esta se asienta en la dignidad del ser humano.

Es de aclarar que el consentimiento del paciente por si solo no exime al médico de responsabilidad por daños ocasionados al organismo del enfermo en su salud. La firma del consentimiento, por lo tanto, no equivale a una exoneración de culpa del médico, pues ante la ley se estaría renunciando a algo a lo que no se puede renunciar, como lo es el derecho a la salud y la integridad del organismo.

Es irrelevante, en un caso concreto, que el consentimiento informado, hubiere sido prestado, o no, cuando la práctica médica fue llevada a cabo en forma deficiente, negligente, incorrecta, apartada de las normas de la *lex artis* fija para ello. Por tal motivo, y al margen de que se hubiera prestado en debida forma el consentimiento informado, lo cierto es que si la intervención quirúrgica fue defectuosa, es lo que, en definitiva, genera responsabilidad del galeno.

El derecho fundamental a la integridad física y moral consagrado como derecho fundamental en la constitución posee una vertiente que proscribe cualquier intervención



CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ  
MEDICO - ABOGADO



10

no consentida en el cuerpo en su doble dimensión física y psíquica, es decir, permite al individuo reaccionar frente a injerencias en el sustrato de ese derecho fundamental que no cuenten con su aquiescencia, con su anuencia. Con arreglo a esta doctrina, en el ámbito médico asistencial el derecho fundamental a la integridad física y moral constituye el principal anclaje *iustificacional* del principio de autonomía del paciente y, consiguientemente, de la exigencia de su previo consentimiento informado a toda intervención en el ámbito de su salud. Ello significa, en primer lugar, que una intervención médica realizada sin contar con o en contra de la voluntad del paciente constituirá, *prima facie*, vulneración del derecho a la integridad a menos que este constitucionalmente legitimada.

Finalmente, es deber del médico informar al paciente de los riesgos razonablemente previsibles y probables de la intervención quirúrgica y de los procedimientos a seguir en la misma. La omisión de tal deber constituye un acto ilegal que hace responsable al médico por los daños causados al paciente si se prueba que la falta de información adecuada fue la causa próxima del daño resultante.

- LA MEDICA DIANA ANGELICA CARRILLO REFIERE: El paciente muere por un Síndrome de Dificultad Respiratoria del Adulto (SDRA) de tipo cardiogenico y por Disfunción Multisistémica, la infección fue un factor coadyuvante para la muerte del paciente, se tomaron todas las medidas profilácticas para la prevención de la infección, según el consentimiento informado se le informo al paciente y a la familia los factores de riesgo que podía padecer, también refiere que no se identificó la bacteria causante de la infección.

De lo anteriormente expuesto por el Juzgado, me permito manifestar que me opongo, por cuanto tal como se demostró en el proceso con la historia clínica y los testimonios recaudados: la médica Diana angélica en nota de evolución del día 05/04/2013, refiere textualmente: **"QUIEN DESDE SU INGRESO A LA UNIDAD TIENE CAMBIOS RADIOLOGICOS QUE INICIALMENTE FUERON INTERPRETADOS COMO SOBRECARGA HIDRICA Y QUE A LAS 24 HORAS DE SU POP PRESENTA PROGRESION DE INFILTRADOS QUE SUGIEREN EDEMA PULMONAR VS SDRA, SE TOMA ECOCARDIOGRAMA QUE DESCARTA DISFUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA POR LO QUE CONSIDERO CURSA CON SDRA SECUNDARIO A PROBABLE FOCO INFECCIOSO A NIVEL PULMONAR, SE INCIO MANEJO AB, EN EL MOMENTO ESCASAS SECRECIONES OT RAZON POR LA CUAL NO SE HA PODIDO TOMAR CULTIVO DE SECRECION OT"** (El resaltado es mío).

Vemos como la médica diana angélica cuando realizo dicha evolución analizando la clínica del paciente y todos los exámenes diagnósticos que tenía refirió que el paciente cursaba con un SDRA de tipo infeccioso y durante su testimonio cambio dicha apreciación, lo cual no es congruente ni ético, ya que el decreto 1543 de 1997, artículo 33 dice: que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de la persona.

Este despacho considera que la gravedad de la condición médica del paciente provenía de su patología cardiaca y la neumonía nosocomial era un riesgo que el paciente sabía que podía pasar como esta en el consentimiento informado, lo que quiere decir que



CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ  
MEDICO - ABOGADO



11

asume el riesgo y que se tomaron las medidas preventivas para evitar la infección por la clínica y no hay responsabilidad de los médicos y de contera de la entidad demandada.

De lo anteriormente expuesto por el Juzgado, me permito manifestar que me opongo, por cuanto tal como se demostró en el proceso con la historia clínica y los testimonios recaudados: si bien es cierto que tenía los factores de riesgo por sus patologías de base y que se le aplicó la lista de chequeo para prevenir la neumonía nosocomial, esto no sirvió de nada porque el paciente Ricardo adquirió de todas maneras una neumonía nosocomial, ósea no cumplieron con **EL IMPERIOSO DEBER DE VIGILANCIA Y CUIDADO** con el señor RICARDO GARCIA, con respecto del consentimiento informado donde le informan sobre los posibles riesgos que le puede pasar como son la infección y la muerte, Fácilmente los médicos y algunas instituciones de salud caen en la trampa de creer que lo único que necesitan es lograr que el paciente estampe su firma sobre el documento para tener un consentimiento válido. Existe demasiado énfasis en demostrar que el paciente autorizó el procedimiento (algo que la mayoría de las veces es fácil de probar y queda fuera de la discusión) y poco interés en documentar la información brindada al paciente para ayudarlo a tomar una determinación, algo mucho más *difícil de probar en los juicios por responsabilidad profesional*. Documentos de este tipo, entregados por un administrativo minutos antes de una cirugía o procedimiento y sin que reflejen el proceso de información que se realizó con el paciente suelen ser desestimados en los tribunales. Cada vez es mayor la jurisprudencia en donde la principal acusación no es ya la *mala praxis* sino la violación del derecho del paciente a tomar una decisión informada, partiendo del presupuesto de que la capacidad de decidir es manifestación y ejercicio de la autonomía de las personas y esta se asienta en la dignidad del ser humano.

Este despacho considera que no hay un diagnóstico definitivo del cual se pueda deducir que el señor Ricardo murió por una infección nosocomial, pues las causas fueron consecuencias de sus patologías de base que lo hacían propenso de adquirir una infección, también refiere que la causa de la muerte del señor Ricardo fue consecuencia de sus patologías de base que tenía y aunado a una infección que no fue determinada y qué era un riesgo que podía pasar y que fue asumido por el paciente y no hay responsabilidad de los médicos y de contera de la entidad demandada.

De lo anteriormente expuesto por el Juzgado, me permito manifestar que me opongo, por cuanto tal como se demostró en el proceso con la historia clínica y los testimonios recaudados: si bien es cierto que tenía los factores de riesgo por sus patologías de base y que se le aplicó la lista de chequeo para prevenir la neumonía nosocomial, esto no sirvió de nada porque el paciente Ricardo adquirió de todas maneras una neumonía nosocomial, ósea no cumplieron con **EL IMPERIOSO DEBER DE VIGILANCIA Y CUIDADO** con el señor RICARDO GARCIA, Es de aclarar que el consentimiento del paciente por sí solo no exime al médico de responsabilidad por daños ocasionados al organismo del enfermo en su salud. La firma del consentimiento, por lo tanto, no equivale a una exoneración de culpa del médico, pues ante la ley se estaría renunciando a algo a lo que no se puede renunciar, como lo es el derecho a la salud y la integridad del organismo.



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



12

también hay que ver que no se tuvo en cuenta la nota de evolución del día 12/04/2013 por parte del médico infecto logo, medico idóneo para estas patologías infecciosas, Dr. Diego Fernando Salinas Cortes, quien refiere textualmente: “ **LOS HALLAZGOS SON CONSISTENTES CON UNA NEUMONIA GRAVE ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD PARA LA CUAL ESTAMOS DEACUERDO CON EL ESQUEMA DE TTO INSTAURADO**” (El resaltado es mío), ósea que si hubo un diagnóstico definitivo y no se tuvo en cuenta.

En materia de responsabilidad médica, la evolución jurisprudencial y doctrinal ha catalogado el despliegue de la actuación médica como una obligación de medio, postulado general que permite excepciones. Esta posición se debe a que no se puede precisar el éxito del tratamiento o intervención a la que se somete el paciente, ya que el mismo implica riesgos de carácter imprevisible, amén de las afectaciones propias a la salud que tiene la persona que se encuentra enferma, lo cual no permite establecer con certeza su mejoría.

Los últimos avances de la jurisprudencia contenciosa en materia de responsabilidad médica, acerca del tema de las obligaciones de medio y de resultado, han surtido una evolución sanitaria y si esta debe garantizar o no un resultado.

En ese orden de ideas, el estudio de la obligación medica supone el abandono de la clasificación de medios y resultados, puesto que deviene equivoca para los propósitos de su valoración, como quiera que, tal y como lo sostiene el profesor Ricardo Lorenzetti, el resultado no es ajeno a la obligación, aunque en algunos casos se lo garantice y en otros no. Por ello, en el contrato medico hay una pretensión curativa, de lo contrario y según Zannoni, deberíamos llamar a la medicina el arte de cuidar y no arte de curar.

En consecuencia, al margen de la malograda distinción entre obligaciones de medios y de resultados, es claro que el deber del médico con el paciente conlleva implícita la prestación de brindar y suministrar todos y cada uno de los mecanismos, instrumentos y procedimientos dirigidos a obtener la recuperación del paciente, no obstante, esta alta exigencia a la que se encuentran compelidos los galenos, es evidente que ello no arriba a predicar la necesidad de obtener un resultado específico en todos los casos, lo cual tornaría imposible el ejercicio de la medicina, puesto que, se reitera, hasta el momento no puede ser entendida como una ciencia exacta.

Esa posición progresista ha sido reiterada por la corporación contenciosa, sobreponiendo la dignidad humana ante los medios o resultados:

Por consiguiente, la obligación medica lejos de ser catalogada como de medio o de resultado, clasificación que a diferencia del código civil francés de 1804 no quedo contenida en nuestro ordenamiento jurídico, es esencial ya que se relaciona con dos garantías fundamentales de la persona, de manera concreta, el derecho a la vida y a la salud.

En esa línea de pensamiento, la obligación médica contiene una prestación que no se valora en términos de la diligencia y cuidado que se emplearon para la recuperación de la salud del paciente. Así las cosas, el deber del médico consiste en realizar todos los actos de diagnóstico y tratamiento encaminados a obtener la mejoría del enfermo.

En otros términos, la obligación de los profesionales de la medicina y de las instituciones sanitarias o prestadoras de servicios de salud, encuentran su fundamento ontológico en el principio de dignidad humana. De allí que no sea válido juzgar o valorar el comportamiento del facultativo a la luz de los resultados o de los medios empleados, a



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



13

contrario sensu, el cumplimiento de los deberes médicos se efectúa ad hoc, de acuerdo con la lex artis aplicable.

En consecuencia, la importancia de la dignidad humana entendida como aquel imperativo categórico en términos kantianos que determina que cada ser humano sin importar sus sexo, raza, etnia, clase social, capacidad física y/o mental, capacidad económica, etc. Es un fin en si mismo y no puede ser utilizado como un medio para alcanzar los fines de otros, radica en que la misma constituye el sustrato de todos los derechos humanos, principalmente de los derechos fundamentales y, por ende, de la vida, la libertad y la salud, garantías estas sin la cuales la existencia y plenitud de la humanidad se vería amenazada.

Por lo tanto, el cumplimiento de la obligación médica se valora a partir de los deberes que de ella se desprenden, así como la garantía de los fines de curación y de cuidado que le son ínsitos. Por lo tanto, más que juzgar un resultado determinado, se evalúa la aplicación de la lex artis en las etapas de diagnóstico y tratamiento, su oportunidad e integralidad.

En este orden de ideas, vale la pena traer a colación la reciente jurisprudencia proferida respecto de **la Infección Nosocomial o Intrahospitalaria**, que refiere:

El primer paso para entender el estatuto jurídico de la infección nosocomial es entender su concepto, precisando de antemano, la distinta extensión y comprensión del mismo a nivel médico y jurídico.

Lo primero que hay que anotar, al abordar el concepto desde el punto de vista de las ciencias de la salud es que, dados los nuevos desarrollos y orientaciones de la atención al paciente, cada vez más centradas en la atención ambulatoria y extrahospitalaria, se ha variado la denominación por “infecciones asociadas a la atención en salud”. El Instituto Nacional de Salud, define a estas últimas como sigue:

“Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) anteriormente llamadas nosocomiales o intrahospitalarias son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, se asocian con varias causas incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibiótico.

El Consejo de Estado ha desarrollado, en los últimos años, una sólida línea jurisprudencial, según la cual los daños causados por infecciones o enfermedades de carácter intrahospitalario son imputables a la administración con fundamento en un régimen objetivo de responsabilidad o de falla del servicio, cuando ella se encuentre probada.

31. Lo anterior bajo el entendido de que nadie está obligado a soportar los daños generados por el incumplimiento de los protocolos establecidos para la prevención y control de infecciones nosocomiales, pero tampoco de aquellos que suponen la concreción de un riesgo al cual todos estamos expuestos, que es inherente a la existencia y funcionamiento mismo del sistema de salud y que es generado por la presencia de agentes patógenos en el ambiente hospitalario, de imposible erradicación:

Calle 50 No. 1 - 12 Barrio Cándido de la ciudad de Neiva - Celular 311 229 7239  
Neiva - Huila



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



14

(...) aun cuando está comprobado que el riesgo de infección nosocomial puede disminuir significativamente, hasta el punto de ser realmente bajo, lo cierto es que hasta el momento no se conoce ninguna medida preventiva que elimine por completo el riesgo. De este modo, el funcionamiento mismo del sistema de salud implica la aceptación de que eventualmente alguien resultará infectado. Se trata de un riesgo que se cierne sobre la colectividad en general, pero del cual toda la comunidad se beneficia. Cabría suponer, en efecto, que una sociedad que prescindiera por completo del uso de antibióticos tendría menores índices de resistencia bacteriana, pero en ese mismo supuesto cabría esperar que las muertes por enfermedades curables se dispararan. Igualmente, se podría suponer que una sociedad en la que no existen hospitales, ni salas de cuidados intensivos, ni operaciones consideradas riesgosas, no presentara enfermedades intrahospitalarias, pero en ese escenario, tampoco cabría esperar los beneficios que los adelantos de la ciencia médica ofrecen.

En sentencia del 19 de agosto de 2009<sup>1</sup> la Sección Tercera del Consejo de Estado consideró que tales infecciones intrahospitalarias o nosocomiales se encuadran en aquellas situaciones que deben ser analizadas bajo el esquema de la responsabilidad objetiva.

Al respecto la Sección manifestó:

*“... Se hace claridad en que los daños derivados de: **infecciones intrahospitalarias o nosocomiales**, la aplicación de vacunas, el suministro de medicamentos, o el empleo de métodos terapéuticos nuevos y de consecuencias poco conocidas todavía, **constituyen daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados desde una perspectiva objetiva de responsabilidad, razón por la que no tendrá relevancia jurídica la acreditación de que la entidad hospitalaria actuó de manera diligente o cuidadosa, sino que lo determinante es la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico y sanitario brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias**”* (subrayas y negrillas de la Sala).

Finalmente, la Subsección B de la Sección Tercera del Consejo de Estado, a través de sentencia proferida el 29 de agosto de 2013<sup>2</sup>, al estudiar la responsabilidad del ISS en un caso de infección intrahospitalaria contraída por un menor de edad a quien esa infección le produjo una meningitis bacteriana, tuvo ocasión y también se ocupó de desarrollar los anteriores planteamientos en torno a la atribución de responsabilidad médico asistencial bajo el régimen objetivo, catalogándolo como una expresión de “riesgo excepcional”, derivado del denominado “riesgo alea”. Al respecto se discurrió de la siguiente manera:

---

<sup>1</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 19 de agosto de 2009, Exp. 17.333, M.P. Enrique Gil Botero.

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 29 de agosto de 2013, Exp. 30.283, M.P. Danilo Rojas Betancourt.



CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ  
MEDICO - ABOGADO



15

*“De las cuatro modalidades de riesgo aceptadas por la jurisprudencia de esta Corporación (riesgo-peligro, riesgo-beneficio, riesgo-conflicto y **riesgo-álea**) la Sala considera que ésta última es la más apropiada para imputar jurídicamente responsabilidad a la Administración por los daños derivados de infecciones intrahospitalarias, teniendo en cuenta que esta categoría de riesgo toma en consideración la probabilidad de que “cierto tipo de actividades o procedimientos, pueden dar lugar, quizás con la ineludible mediación del azar o de otro tipo de factores imprevisibles, a la producción de daños sin que medie asomo alguno de culpa”.*

*Hasta el momento, la aplicación de la categoría de riesgo-álea, que encuentra su origen en la jurisprudencia francesa, se ha reservado en nuestro medio a aquellos supuestos en los que el daño se produce por la utilización de un aparato o instrumento empleado por la ciencia médica para el diagnóstico o tratamiento de ciertas enfermedades o patologías o por la ejecución de ciertos procedimientos para el mismo fin. No obstante, la Sala considera que nada obsta para hacer extensiva la categoría de riesgo-álea a los casos en los cuales el daño es consecuencia de una infección contraída en un centro asistencial, comoquiera que en todas estas situaciones el daño surge por la concreción de un riesgo que es conocido por la ciencia médica, pero que se torna irresistible en tanto su concreción depende, muchas veces, de la ‘ineludible mediación del azar’.*

*“(…). En suma, en criterio de la Sala, el riesgo puede servir como factor para atribuir jurídicamente responsabilidad a la administración por los daños causados como consecuencia de una infección de carácter intrahospitalario, entendida como aquella que se contrae por el paciente en el hospital o centro asistencial. **En estos eventos la responsabilidad es de carácter objetivo, por lo que la parte demandada, para liberarse de la obligación de indemnizar los perjuicios, tendrá que demostrar que el paciente ya portaba el cuadro infeccioso antes de ingresar al nosocomio**” (Se ha resaltado)*

Habiendo examinando la naturaleza de la enfermedad nosocomial, es menester reparar en que en este supuesto se configuran varias razones para relativizar el principio de asunción del riesgo y, consecuentemente, tener por desproporcionada la carga que supone para el paciente la materialización del riesgo nosocomial.

En primer lugar hay que tener en cuenta que el consentimiento, aún informado, que se presta frente al riesgo nosocomial no puede reputarse perfecto. En efecto, el riesgo de contraer este tipo de infecciones no está circunscrito a una intervención concreta sino que se predica de la existencia y el funcionamiento de todo el sistema de salud. Quien quisiera eliminar por completo el riesgo de contraer este tipo de patologías debería necesariamente mantenerse al margen de todo el sistema de atención en salud, con sus componentes hospitalarios y con prácticas tales como el uso de antibióticos que, a la larga, fomentan la resistencia bacteriana (aunque es menester reconocer que este fenómeno también está vinculado a la automedicación).



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



16

Ahora bien, dado que dentro del contexto de la sociedad occidental moderna, aislarse del sistema de salud (con sus componentes hospitalarios y farmacológicos) supone renunciar de alguna manera a la posibilidad de proteger los bienes básicos de la vida y la salud, así como de paliar el sufrimiento, en aquellos casos en los que la cura no es posible, es lícito inferir que el consentimiento del paciente está, de alguna manera, movido por la necesidad absoluta de preservar esos bienes. Y es que, cuando la disyuntiva consiste en aceptar el tratamiento, la muerte segura o la renuncia a la curación, la posibilidad de elegir, sin desaparecer, sí se ve significativamente reducida. En virtud de lo anterior, frente a las enfermedades nosocomiales, el principio de la asunción del riesgo por el consentimiento debe relativizarse, con la posibilidad de no llegarse a aplicar, si se dan otras circunstancias que, en conjunción con la antedicha imperfección, demuestren la desproporcionalidad de la carga nosocomial.

La segunda y más importante razón por la cual parece desproporcionado esperar la completa asunción de los daños causados por la infección nosocomial, radica en que, con excepción de las infecciones totalmente endógenas, el riesgo nosocomial no se explica exclusivamente por la inferioridad biológica del sujeto. Por una parte, aunque es cierto que existen individuos más vulnerables a esta clase de infecciones —pacientes inmunosuprimidos, niños, ancianos, personas con problemas de salud previos, etc.— no es cierto que únicamente estas personas sean susceptibles de padecer esta clase de enfermedades. Por el contrario, aunque no todos tengan el mismo riesgo de contagio, todos los usuarios del sistema de salud, incluyendo a aquellos que en apariencia no presentan ningún factor de riesgo, son víctimas potenciales de las infecciones intrahospitalarias. En este sentido, se ha de entender que, si bien la medicina no se puede considerar una “actividad peligrosa”, sí conlleva un riesgo objetivo, como cualquier actividad humana.

Ahora bien, aun cuando está comprobado que el riesgo de infección nosocomial puede disminuir significativamente, hasta el punto de ser realmente bajo, lo cierto es que hasta el momento no se conoce ninguna medida preventiva que elimine por completo el riesgo. De este modo, el funcionamiento mismo del sistema de salud implica la aceptación de que eventualmente alguien resultará infectado. Se trata de un riesgo que se cierne sobre la colectividad en general, pero del cual toda la comunidad se beneficia. Cabría suponer, en efecto, que una sociedad que prescindiera por completo del uso de antibióticos tendría menores índices de resistencia bacteriana, pero en ese mismo supuesto cabría esperar que las muertes por enfermedades curables se dispararan. Igualmente, se podría suponer que una sociedad en la que no existen hospitales, ni salas de cuidados intensivos, ni operaciones consideradas riesgosas, no presentara enfermedades intrahospitalarias, pero en ese escenario, tampoco cabría esperar los beneficios que los adelantos de la ciencia médica ofrecen.

La existencia del sistema de salud moderno, propio de la sociedad occidental industrializada, es inescindible de numerosos beneficios y unos cuantos riesgos a los cuales todos se encuentran expuestos, aunque no en la misma medida. Se aclara, sin embargo, que lo anterior no hace de la medicina una “actividad naturalmente peligrosa” ya que no implica un riesgo desproporcionado. Dicho lo anterior, se debe resaltar que si



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



17

una actividad que beneficia a toda la comunidad lleva implícito un riesgo social que sólo se ha de concretar en algunos casos, no es proporcionado, ni en consecuencia justo, suponer que solo aquellos que de hecho resultan infectados tienen la carga de soportar lo que en esencia es un riesgo social. En este sentido, cabe aplicar los principios contenidos en la jurisprudencia reciente en materia de vacunación obligatoria, según los cuales, como ya se enunció, el hecho de que la acción causante del perjuicio responda a la necesidad de garantizar la salubridad pública, exime al damnificado de la asunción total del riesgo, aun cuando sea innegable que la acción también se proyectara en su beneficio propio.

Por último vale la pena resaltar que quienes están más expuestos a la concreción del riesgo público, son justamente quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad, siendo algunos de ellos sujetos de especial protección constitucional (cfr. niños, ancianos, pacientes crónicos). Así las cosas, la proposición de que el riesgo público debe ser asumido por aquellos que sufren su concreción, lleva implícita la aceptación de que, en términos generales, los sujetos más débiles y vulnerables de la sociedad han de asumir la mayor parte del costo social de un sistema que a todos beneficia. Esta premisa es, por definición incompatible, con el modelo de Estado social de derecho, consagrado por la Carta Política de 1991. Ésta, fundada sobre el principio de solidaridad, dispone que la sociedad entera asuma las cargas excesivamente onerosas para sus miembros más débiles, exigencia del todo antitética con la premisa implícita de la justificación del sacrificio del derecho del más vulnerable en beneficio de la sociedad entera.

Se aclara que el principio de solidaridad aquí enunciado opera de dos maneras en casos como en el sub lite. En primer lugar, resulta determinante para la declaración de la desproporcionalidad de la regla de la asunción entera del riesgo por parte del paciente y, en segundo lugar, genera una auténtica exigencia de adopción de medidas sistemáticas y diseño de rutas institucionales que permitan hacer distribuir justa y eficazmente el riesgo social, según se verá más adelante.

Después de haber enunciado algunas de las razones por las cuales la imposición de la carga del riesgo de la infección nosocomial a quien la padece, resulta desproporcionado, es necesario reparar en que, en los últimos años, la jurisprudencia de esta sección ha aceptado consistentemente la aplicabilidad de una forma de responsabilidad al margen de la culpa en este tipo de supuestos.

La sentencia pionera en relativizar la otrora absoluta prevalencia del régimen de la culpa en la responsabilidad médica, es la fechada el 19 de agosto de 2009, se declaró lo siguiente sobre la predicación de la responsabilidad frente a las infecciones nosocomiales y otras clases de eventos adversos:

“Así mismo, se hace claridad en que los daños derivados de: infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, la aplicación de vacunas, el suministro de medicamentos, o el empleo de métodos terapéuticos nuevos y de consecuencias poco conocidas todavía, constituyen lesiones antijurídicas que se analizan dentro de los actos médicos y/o paramédicos, y que, por consiguiente, se rigen por protocolos

Calle 50 No. 1 - 12 Barrio Cándido de la ciudad de Neiva - Celular 311 229 7239

Neiva - Huila



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



18

científicos y por la *lex artis*; en consecuencia, si bien gravitan de manera cercana a la obligación de seguridad hospitalaria, no pueden vincularse con la misma, motivo por el que en su producción no resulta apropiado hacer referencia técnicamente a la generación de un evento adverso. Por el contrario, aquéllos constituyen daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados —y así ha sido aceptado por la mayoría de la doctrina y jurisprudencia extranjeras— desde una perspectiva objetiva de responsabilidad, razón por la que no tendrá relevancia jurídica la acreditación de que la entidad hospitalaria actuó de manera diligente o cuidadosa, sino que lo determinante es la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico y sanitario brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias”.

La misma subsección C reiteraría, nuevamente, este postulado en sentencia de 24 de marzo de 2011:

“... Se hace claridad en que los daños derivados de: infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, la aplicación de vacunas, el suministro de medicamentos, o el empleo de métodos terapéuticos nuevos y de consecuencias poco conocidas todavía, constituyen daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados desde una perspectiva objetiva de responsabilidad, razón por la que no tendrá relevancia jurídica la acreditación de que la entidad hospitalaria actuó de manera diligente o cuidadosa, sino que lo determinante es la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico y sanitario brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias”.

Posteriormente, en marzo de 2012, la Subsección A, aceptó la procedencia de formas objetivas de responsabilidad en los casos de infección nosocomial. En la referida sentencia se lee:

“... para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del Estado, quien alega haber sufrido un perjuicio deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente; ésta última, por su parte, podrá eximirse de responsabilidad única y exclusivamente probando que la infección, para el caso que ocupa a la Sala en esta oportunidad, ocurrió como consecuencia de una causa extraña, esto es una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.

Tratándose específicamente de la responsabilidad por infecciones nosocomiales, existe en el derecho comparado una clara tendencia orientada hacia la objetivización de la responsabilidad de los establecimientos de salud, en virtud de la cual al paciente le basta con demostrar que el daño que padece es consecuencia de una enfermedad adquirida durante su permanencia en el centro hospitalario.

Así, por ejemplo, Francia ha establecido en su legislación un sistema de responsabilidad sin culpa que opera en los casos de infecciones nosocomiales y que



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



19

descansa sobre tres pilares fundamentales: “el riesgo (las infecciones nosocomiales existen y cualquiera puede padecerlas), la igualdad (todas las personas son iguales y por ello todas tienen derecho a estar protegidas de igual forma) y la solidaridad (pese a que no se enfermarán todos, todos debemos hacernos cargo porque podría dañar a cualquiera)”. En el marco de este sistema, los establecimientos y profesionales de la salud, sean de carácter público o privado, responden por los daños resultantes de infecciones hospitalarias, salvo si ellos logran demostrar que la infección fue causada por un factor ajeno al servicio sanitario.

En Argentina, al lado de quienes consideran que las infecciones intrahospitalarias comportan la concreción de un riesgo propio de la actividad asistencial, existe un sector de la doctrina y de la jurisprudencia que afirma que “junto al deber principal de prestar asistencia médica, el establecimiento sanitario asume un deber de seguridad que siempre es objetivo” y que puede estar referido a una obligación de medios —caso de los actos puros de profesión de los facultativos—, pero también de resultados, como lo es la que consiste en garantizar la inocuidad de “las cosas utilizadas, ámbitos físicos, instrumentos quirúrgicos, aparatos de rayos, etcétera, que pueden resultar riesgosos o viciosos (...)”.

Por último, en Chile los tribunales han considerado que una enfermedad contraída durante la permanencia en el establecimiento es evidencia prima facie de la negligencia incurrida en los deberes preventivos que recaen sobre la clínica u hospital o de la falta del servicio del hospital público. El criterio aplicado en estos casos ha sido el de presunción de culpa, que encuentra sustento legal en el artículo 2329 del Código Civil. No obstante, esta postura ha sido criticada por un sector de la doctrina, que considera que el daño y no la culpa es el fundamento de la responsabilidad del Estado, de manera que si éste se produce por una infección intrahospitalaria, surge la obligación de indemnizarlo, para lo cual sólo es necesario acreditar la relación de causalidad que existe entre la prestación del servicio de salud y el daño, “sin importar si hubo o no culpa en el establecimiento o sus dependientes”.

De acuerdo con el artículo 16 de la Ley 23 de 1981, por medio de la cual se dictan normas en materia de ética médica, “la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados” (se subraya).

De esta norma se desprende que los procedimientos médicos o quirúrgicos crean riesgos para el paciente y que en relación con aquellos previstos, puede comprometerse la responsabilidad del médico tratante y por supuesto de la entidad pública en la cual presta sus servicios.

La infección hospitalaria puede comportar un caso fortuito, pero en todo caso será un caso fortuito interno a su actividad, por lo cual no puede liberar al establecimiento asistencial (...)».



## CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ MEDICO - ABOGADO



20

Tampoco puede considerarse, para efectos de exonerar de responsabilidad a la administración por los daños derivados de infecciones nosocomiales, que éstas encajan dentro de lo que la doctrina denomina como “riesgos del desarrollo” , pues este concepto se refiere específicamente a aquellos eventos, que no sólo son irresistibles, sino también imprevisibles . Las infecciones intrahospitalarias, según ya se señaló, si bien pueden llegar a ser irresistibles, no son imprevisibles pues constituyen un riesgo conocido por la ciencia médica y, además, son prevenibles y controlables, al punto de que la tasa de incidencia de infecciones nosocomiales en los pacientes de un establecimiento determinado es un indicador de la calidad y seguridad de la atención.

En suma, en criterio de la Sala, el riesgo puede servir como factor para atribuir jurídicamente responsabilidad a la administración por los daños causados como consecuencia de una infección de carácter intrahospitalario, entendida como aquella que se contrae por el paciente en el hospital o centro asistencial. En estos eventos la responsabilidad es de carácter objetivo, por lo que la parte demandada, para liberarse de la obligación de indemnizar los perjuicios, tendrá que demostrar que el paciente ya portaba el cuadro infeccioso antes de ingresar al nosocomio.

Con fundamento en las anteriores consideraciones, se concluye entonces que para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del Estado por las denominadas “infecciones es”, quien alega haber sufrido un perjuicio deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente; ésta última, por su parte, podrá eximirse de responsabilidad única y exclusivamente probando que la infección, para el caso que ocupa a la Sala en esta oportunidad, ocurrió como consecuencia de una causa extraña, esto es una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero”.

La prevención de las infecciones nosocomiales constituye una responsabilidad de todas las personas y todos los servicios proveedores de atención de salud. Todos deben trabajar en cooperación para reducir el riesgo de infección de los pacientes y del personal. Este último comprende el personal proveedor de atención directa a los pacientes, servicios de administración, mantenimiento de la planta física, provisión de materiales y productos y capacitación de trabajadores de salud. Los programas de control de infecciones son eficaces siempre y cuando sean integrales y comprendan actividades de vigilancia y prevención, así como capacitación del personal. También debe haber apoyo eficaz en el ámbito nacional y regional.

(...).

La principal actividad preventiva debe concentrarse en los hospitales y otros establecimientos de atención de salud. La prevención del riesgo para los pacientes y el personal es una preocupación de todos en el establecimiento y debe contar con el apoyo de la alta administración. Es necesario preparar un plan de trabajo anual para evaluar y promover una buena atención de salud, aislamiento apropiado, esterilización y otras prácticas, capacitación del



**CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ**  
**MEDICO - ABOGADO**



21

personal y vigilancia epidemiológica. Los hospitales deben proporcionar suficientes recursos para apoyar este programa.

Así las cosas, es evidente que el paciente contrajo el cuadro infeccioso estando bajo el cuidado del personal médico del hospital o la clínica, de manera que resulta imputable el daño antijurídico bajo los criterios de la responsabilidad objetiva por infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, definidos por la jurisprudencia, según los cuales basta a la parte actora acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial y/o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento sea necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente.

Por lo anterior solicito a los Honorables Magistrados revocar la sentencia proferida por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva el 20 de Agosto de 2019 que negó las pretensiones de la demanda, y en su defecto se acceda a las pretensiones de la demanda.

Cordialmente,

**CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ**  
C. C. No. 12.135.377 de Neiva (H)  
T. P. No. 272.602 del C. S. de la J.  
Correo electrónico: [cajasadi@hotmail.com](mailto:cajasadi@hotmail.com)



CARLOS JAIME SALAZAR DIAZ  
MEDICO - ABOGADO

