

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
DE NEIVA**



SALA CIVIL FAMILIA LABORAL

MAGISTRADA PONENTE: GILMA LETICIA PARADA PULIDO

ACTA NÚMERO: 42 DE 2020

Neiva (H), once (11) de septiembre de dos mil veinte (2020)

PROCESO DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA DE ANDRÉS RICARDO GARCÍA ORTIZ, OLGA ORTIZ VIUDA DE CUELLAR Y CLARA INÉS GARCÍA ORTIZ CONTRA CLÍNICA MEDILASER S.A. Y LA NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. RAD. No. 41001-31-03-002-2017-00333-01. JUZ. 2º CIVIL DEL CIRCUITO DE NEIVA.

La Sala Tercera de Decisión Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, de acuerdo con las facultades otorgadas por el artículo 14 del Decreto 806 del 4 de junio de 2020, procede en forma escrita a dictar la siguiente,

SENTENCIA

TEMA DE DECISIÓN

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la parte demandante contra la sentencia proferida el 20 de agosto de 2019 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, dentro del proceso de la referencia.

ANTECEDENTES

Solicitan los demandantes, se declare que para la fecha de los hechos la Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. – Nueva EPS había celebrado convenio con la Clínica Medilaser S.A. de Neiva, para la prestación de los servicios médicos que requerían sus usuarios; que a Ricardo García en virtud de su afiliación con la Nueva EPS, los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que requería por motivo de su enfermedad le fueron suministrados por la Clínica Medilaser S.A.; que la Clínica Medilaser S.A. y la Nueva EPS, son civil y

solidariamente responsables de los daños y perjuicios inmateriales y materiales causados a Ricardo García y a su compañera permanente e hijos Olga Ortiz Viuda de Cuellar, Clara Inés García Ortiz y Andrés Ricardo García Ortiz como consecuencia de la falla en la prestación del servicio médico-quirúrgico, farmacéutico y hospitalario ocurrido entre el 14 de marzo y 12 de abril de 2013.

Adicionalmente, reclaman que como consecuencia de lo anterior, se condene a las demandadas a pagar en favor de los demandantes la suma de cien salarios mensuales vigentes como mínimo, para cada uno de ellos, por concepto de perjuicios morales subjetivados actuales y futuros, así como la suma de cien salarios mensuales vigentes como mínimo en favor de todos los demandantes por concepto de perjuicios de vida en relación; que se condene a las demandadas a reconocer por la indemnización debida, intereses a la tasa máxima legal comercial vigente de acuerdo a la certificación que para el efecto expida la Superintendencia Financiera o los que resultaren de aplicar la fórmula de las matemáticas financieras y/o corrección monetaria, siempre que resulte más favorable a los intereses de los demandantes.

Como fundamento de sus pretensiones en síntesis expusieron los siguientes hechos:

Que entre el 14 de marzo y 12 de abril de 2013, el señor Ricardo García se encontraba afiliado a la Nueva EPS. Que por tal motivo, tenía asignado como centro de atención la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva, como parte de la red de prestadores de la Nueva EPS.

Afirmaron, que el 14 de marzo de 2013 a las 07:23 p.m., Ricardo García consultó a la Clínica Medilaser, por presentar cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en disnea de pequeños esfuerzos con deterioro de clase funcional, asociado a dolor torácico tipo picada y tos seca. Que según nota médica de las 11:08 p.m. del 14 de marzo de 2013, al señor García se le decidió tomar un electrocardiograma, que reveló taquicardia y no elevación del ST, así mismo, se le practicó un hemograma con leucocitos y neutrofilia, que reveló un valor de hematocritos al 56%, un nivel de hemoglobina en sangre de 18.9, CPK MB 47,

total 855, troponina de 0.08, saturación de O₂ de 96%. Que debido a los resultados de los exámenes diagnósticos practicados el paciente fue dejado en observación con diagnóstico de Neumonía Adquirido en la Comunidad (NAC) y descartar posible síndrome coronario agudo (SCA), se ordenó iniciar manejo con ampicilina sulbactam 3 gr cada 8 horas, tomar seriación de enzimas de lesión miocárdica y electrocardiograma de control.

Destacaron, que según nota médica del 15 de marzo de 2013 a las 04:59 a.m. se hizo IDX de IAM, placa de Rx de tórax con opacidades basales, borramiento de ángulos costo frénicos, se empieza manejo anti isquémico. Que en nota médica de las 09:04 de la mañana, se refirió que la neumonía asociada a la comunidad fue descartada, sd disneico cuyo origen parece corresponder a ICC, cardiopatía isquémica a confirmar y como plan, TTO anti isquémico, ss eco TT, según reporte arteriografía coronaria, se ajusta manejo médico, se explica al paciente quien entiende y acepta, traslado a cuidado intermedio por alto riesgo de arritmias letales y muerte súbita según notas médicas de las 12:12 p.m. y 01:14 p.m.

Afirmaron, que de acuerdo a nota médica de las 09:22 p.m. el paciente presentaba síndrome coronario agudo – angina inestable de alto riesgo, tiene pendiente de llevar a estratificación no invasiva – ecocardiograma TT y según reporte definir estratificación invasiva. Para ese momento su evolución médica es favorable, asintomático, sin dolor torácico ni equivalentes anginosos. Que en los días 16 y 17 de marzo de 2013, se le dio continuidad al tratamiento médico, se continuó con manejo médico y vigilancia hemodinámica estrecha.

Sostuvieron, que el 18 de marzo de 2013, se tomó el ecocardiograma TT, que reportó hipertrofia concéntrica no obstructiva de grado del ventrículo izquierdo; buena función sistólica biventricular con disfunción diastólica biventricular tipo alteración de la relajación; mínima regurgitación tricuspídea estimando una PSAP 30mmHg. Que según la historia clínica el paciente cuenta con factores de riesgo dados por hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo II, tabaquismo, con troponina positiva, y que pese a que el ecocardiograma TT descartó cardiopatía isquémica se ordenó cateterismo cardiaco.

Destacaron, que el 19 de marzo de 2013, el paciente fue llevado a cateterismo cardiaco, el cual reportó enfermedad coronaria de 3 vasos (DA 75%, circunfleja 100%, primera marginal 90%) y como plan se dispuso, continuar manejo médico y valoración por cirugía cardiovascular para definir manejo de su patología. Que según nota médica del 20 de marzo de 2013, a Ricardo García se le emitió solicitud para cirugía tipo RVM 3 vasos y de hemoderivados. SS valoración por anestesia cardiovascular, fecha probable de cirugía después de 6 días de suspendido el clopidogrel (recibió hasta el 19 de marzo de 2013).

Indicaron, que el 1º de abril de 2013, el paciente fue llevado a cirugía, la cual demostró múltiples placas ateromatosas en coronaria derecha y en descendente anterior, y se le ordenó pasar a unidad de cuidados intensivos. Que el 2 de abril de 2013, se inició soporte inotrópico con milrinone, asociado trastorno de oxigenación severo, se da manejo con ventilación mecánica no invasiva, se ajusta medicación para control de frecuencia ventricular, drenaje por TT en descenso y continua monitoreo en UCI.

Refirieron, que de acuerdo a la nota médica del 05 de abril de 2013 a las 07:29 a.m. el paciente requirió soporte ventilatorio mecánico, presentó marcadores infecciosos positivos y se inició tratamiento con antibiótico para cubrimiento de neumonía asociada al cuidado de la salud, soporte hemodinámico con noradrenalina con dosis en incremento manteniendo de esta manera signos vitales en rango. Que durante los días 6, 7, 8, 9, 10 y 11 de abril de 2013, el paciente presentaba como diagnósticos POP revascularización miocárdica de 3 vasos; insuficiencia respiratoria aguda; SDRA; síndrome de falla cardiaca; neumonía asociada al cuidado de la salud; cardiopatía isquémica FE 58%; lesión crítica de 3 vasos; HTA; diabetes mellitus tipo II; y extabaquismo. Que el paciente se encuentra en estado crítico en POP de RVM de 3 vasos, con trastorno de la oxigenación, requerimientos de altos parámetros ventilatorios secundario a SDRA, insuficiencia renal aguda no oligúrica, requiere manejo estricto de UCI con pronóstico reservado.

Advirtieron, que según nota médica del 12 de abril de 2013 a las 03:54 p.m. se encontró al paciente muy inestable, severamente desaturado SAT 47% en

hemodiálisis, cursa con severa bradicardia hipotensión, se procede a desconectar del soporte dialítico, persiste bradicardia severa progresiva, se administra bolo de atropina sin respuesta, se inician maniobras de reanimación, pasa bolo de cristaloides, adrenalina, sin embargo progresa a línea isoelectrica se realiza protocolo de INE isoelectrica, se confirma pese a maniobras de reanimación no responde por espacio de 15 minutos y fallece a las 14:00.

Afirmaron, que de conformidad con lo expuesto en la historia clínica se puede evidenciar la *"falla grave por fallas (sic) en el servicio por **LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ADQUIRIDA** en la atención que se le prestó al señor **RICARDO GARCÍA**, denotándose una falta de diligencia y cuidado en lo que respecta a la atención de mi representado quien cursaba con una patología cardiaca y quien no se tomaron las medidas adecuadas y no fue tratada adecuadamente su neumonía nosocomial llevándolo a una falla multisistémica, puesto que al haber sido negligente por no haberse hecho una atención adecuada y definitiva, dio como resultado el fallecimiento del señor **RICARDO GARCÍA**".*

Por auto del 19 de febrero de 2018, se admitió la demanda por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva (fl. 96).

Notificado el auto admisorio de la demanda y corrido el traslado de rigor, la Nueva EPS dio respuesta así:

Se opuso a todas y cada una de las pretensiones (fls. 112-134, C. 1). En resumen, indicó que en ningún momento negó el acceso al servicio de salud que requería el paciente Ricardo García, pues por el contrario, emitió todas las autorizaciones necesarias para su atención médica sin ningún tipo de barrera de acceso, y en tal virtud, ningún momento se interrumpió el servicio prestado al paciente. Sostuvo, que la Nueva EPS no fue imprudente, en la medida que, realizó la actividad que contractual y legalmente le corresponde, tomó todas las medidas necesarias de calidad en el procedimiento para abordar los tratamientos que requería su afiliado, y no hubo falta de pericia, porque se implementaron las habilidades especiales con que cuenta la EPS al servicio del paciente. Advirtió, que la mala praxis médica debe ser evidente y no solo valorar la situación por el resultado final, toda vez que tal eventualidad puede llevar a un error en la definición de la existencia o no de la responsabilidad, y es por ello, que se deben examinar varios factores para poder

llegar a concluir si en el caso concreto hay lugar a endilgar responsabilidad por la atención médica suministrada.

Afirmó, que la imputación de responsabilidad en el presente caso se encuadra en la presunta negligencia médica por la adquisición de una infección nosocomial, pero realmente el fatal resultado en la salud del paciente se debió a la alta complejidad de sus patologías de base que corresponden a enfermedades que incidieron en el fallecimiento del paciente. Consideró, que en el expediente no obra prueba alguna que demuestre el nexo causal entre la omisión alegada y el daño acaecido. Indicó, que el tratamiento que le fue suministrado al señor Ricardo García, no fue prestado por la Nueva EPS, y en tal virtud, de haber existido un error al momento de su práctica, sobre tal hecho la EPS no ostenta ningún tipo de responsabilidad, pues el hecho generador del presunto daño no dependió de alguna actividad directa desplegada por la Nueva EPS, pues todos los servicios que la entidad debe garantizar a sus afiliados los presta a través de otras personas jurídicas o naturales con quienes tiene una relación contractual, quienes actúan con independencia, autonomía y bajo su absoluta discrecionalidad científica. Que la responsabilidad por el hecho médico y por el hecho institucional, debe ser asumida por quien efectivamente lleva a cabo el acto, que por acción o por omisión haya causado un perjuicio.

Refirió, que con la demanda se pretende el pago de unos presuntos perjuicios materiales, morales y fisiológicos, los cuales van más allá de lo que en un momento dado pueda pensarse como una situación resarcitoria, pues estos no se ajustan a los lineamientos jurisprudenciales y legales diseñados para situaciones como las que hoy nos convoca. Que en materia de responsabilidad médica, no puede perderse de vista que las obligaciones que de ella derivan son de medio y no de resultado, pues al ser una actividad humana, siempre existe un riesgo implícito, y muchos de los acontecimientos que hacen que el diagnóstico o tratamiento dado a un paciente, no sean los esperados, no se deben necesariamente a una mala praxis de la medicina, sino a situaciones o riesgos implícitos de la patología tratada.

Adujo, que pretender extender la responsabilidad por el acto médico a la Nueva EPS S.A. equivale a determinar una responsabilidad objetiva basada en el hecho de un

tercero, respecto del cual no está en posibilidad de controlar o dirigir, al no poder estar en cada consultorio médico o sala de cirugía en que se atiende a un afiliado.

Presentó como medios exceptivos los denominados "*INEXISTENCIA DE HECHO ILÍCITO Y CABAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS*", "*INEXISTENCIA DEL FACTOR DE IMPUTACIÓN: CULPA A TÍTULO DE FALLA EN EL SERVICIO*", "*INEXISTENCIA DEL DAÑO INDEMNIZABLE IMPUTABLE A NUEVA EPS*", "*INEXISTENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE E IMPUTABLE A NUEVA EPS*", "*INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CARENCIA DEL DAÑO ANTIJURÍDICO*", "*CARENCIA ABOLUTA DE PRUEBA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA OMISIÓN ENDILGADA A NUEVA EPS Y EL DAÑO ALEGADO*", "*INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO IMPUTABLE A NUEVA EPS E INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTIVIDAD DE NUEVA EPS Y EL RESULTADO FINAL*", "*AUSENCIA DE CULPA y RUPTURA DEL NEXO CAUSAL POR HECHO IMPUTABLE DE MANERA EXCLUSIVA DE UN TERCERO*", "*COBRO DE LO NO DEBIDO Y ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA*", "*INEXISTENCIA DE YERRO INEXCUSABLE EN EL ACTUAR DEL MÉDICO Y LA IPS TRATANTE, RESPONSABILIDAD DE MEDIO Y NO DE RESULTADO*", "*INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD*" y "*EXCEPCIÓN GENÉRICA*".

Adicionalmente, llamó en garantía a la Clínica Medilaser S.A., llamamiento en garantía que fue admitido por auto del 22 de octubre de 2018 (fl. 20, C.2). la Clínica Medilaser S.A. dejó vencer en silencio el término de traslado que le fuere concedido respecto de la demanda de llamamiento en garantía (fl. 22, C.2).

Al descorrer el traslado de la demanda principal, la Clínica Medilaser S.A., se opuso a las pretensiones del libelo genitor, al considerar que de conformidad con lo dispuesto en la historia clínica la atención médica que le fue suministrada al paciente Ricardo García durante el periodo comprendido entre el 14 de marzo al 12 de abril de 2013, fue completamente diligente y prudente, y que el lamentable fallecimiento del usuario, se encuentra íntimamente ligado con las patologías de base que se hallaban instauradas antes de su ingreso al centro hospitalario, esto es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, las que pese al manejo médico condicionaron el daño discutido en este asunto. Por lo anterior, esgrime que en el caso concreto no se encuentran acreditados los elementos de la responsabilidad civil, y en tal virtud, no hay lugar a que el juez de instancia reconozca los perjuicios objeto de la demanda.

De otro lado, puso de presente que al paciente se le advirtió que al pasar a cirugía de revascularización miocárdica existía el riesgo de arritmia, infección, neumonía, tromboembolismo, insuficiencia renal aguda y crónica, accidente cerebro vascular, tromboembolismo pulmonar e infección de sitio operatorio, por lo que el riesgo fue advertido al usuario y éste lo aceptó a través del consentimiento informado. Así mismo, resaltó que conforme al histórico clínico en torno al paciente se tomaron todas las medidas de asepsia y antisepsia por parte del personal que lo atendió, en ese sentido, no hay lugar a que se acceda a las suplicas de la demanda, pues es evidente que brilla por su ausencia el elemento de culpabilidad requerido para tal efecto, pues por el contrario, en el presente caso el proceso neumónico presentado en el paciente constituye un hecho fortuito que se presenta pese al manejo médico adecuado y oportunamente brindado.

Planteó como excepciones de mérito las que denominó "*INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ATENCIÓN PRESTADA POR CLÍNICA MEDILASER S.A. Y EL FALLECIMIENTO DEL SEÑOR RICARDO GARCÍA*" y "*LA DENOMINADA GÉNERICA*". (fls. 164-177, C.1).

Adicionalmente, llamó en garantía a la Compañía Aseguradora Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. (fls. 1 y 2, C.3). Por auto del 1º de octubre de 2018 el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, admitió el llamamiento en garantía (fl. 41, C.3). Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. recorrió el traslado concedido y propuso excepciones de mérito para enervar las pretensiones de la demanda principal como las del llamamiento en garantía (fls. 43-66, C.3). Por auto proferido en audiencia del 20 de agosto de 2019, se aceptó el desistimiento presentado por la Clínica Medilaser S.A. de consuno con Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. respecto del referido llamamiento en garantía (fl. 950).

SENTENCIA APELADA

Se profirió en audiencia del 20 de agosto de 2019, en la que el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva denegó las pretensiones de la demanda y condenó en costas a la parte demandante.

Para arribar a tal decisión, consideró que el daño en el caso concreto consiste en la muerte del señor Ricardo García, que produjo los perjuicios alegados por los

demandantes en esta acción. Que de la prueba recaudada se demuestran las atenciones médicas brindadas al señor García entre el 14 de marzo y el 14 de abril de 2013, que en ese actuar médico no se vislumbró negligencia o impericia por parte de los galenos tratantes habida cuenta que los profesionales en medicina que asistieron al paciente durante la cirugía de revascularización miocárdica que le fue practicada, tomaron las medidas de profilaxis antibióticas pertinentes pues se administró un antimicrobiano justo antes de comenzar la intervención, buscando reducir la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico y minimizar el desarrollo de resistencias atribuibles al uso de antimicrobianos en profilaxis. Así mismo, se tiene que tanto el paciente como su núcleo familiar fue informado sobre los riesgos propios del procedimiento quirúrgico. Que no existe evidencia alguna por medio de la cual se pueda determinar que el paciente falleció como consecuencia exclusiva de la infección intrahospitalaria, pues por el contrario, la prueba recaudada permite colegir que las causas que provocaron el deceso del señor García fueron las patologías de base que éste padecía, aunado a una infección que no fue determinada y que debido a la condición clínica del paciente era uno de los riesgos que éste afrontaba al momento de la realización de la cirugía y que tanto él como su familia aceptaron al momento de suscribir el consentimiento informado. Que en consecuencia de lo anterior, concluye el despacho que la actividad desplegada por la Clínica Medilaser se ajustó a la lex artis.

Inconforme con la decisión, el apoderado de la parte demandante interpuso recurso de apelación, el que fue concedido en el efecto suspensivo.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO

El apoderado de la parte demandante, solicita se revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar, se concedan las pretensiones de la demanda. En síntesis, el recurrente expone que contrario a lo aseverado por el juez de primer grado, la prueba recaudada demuestra con suficiencia el actuar negligente e imperito de la entidad accionada, pues tanto la prueba documental como la testimonial determina que el señor García falleció por una infección pulmonar intrahospitalaria que sumada a todas las enfermedades de base que tenía lo llevó a una falla multisistémica y finalmente a la muerte, hecho que denota en consecuencia, el desacatamiento al

imperioso deber de vigilancia y cuidado que el centro hospitalario demandado tenía respecto de su paciente. Adicionalmente refiere que, si bien es cierto, no se determinó el germen causante de la infección, hay que tener en cuenta que para abordar tal circunstancia, no se practicaron todos los exámenes necesarios para identificarlo.

Afirma, que el documento que contiene el consentimiento informado, no es plena prueba para demostrar que la decisión tomada por el paciente fue autónoma, consiente y libre de todo apremio. Que el sólo hecho del consentimiento del paciente, no exime de responsabilidad al galeno tratante, cuando la práctica médica fue llevada a cabo en forma deficiente, negligente, incorrecta y apartada de las normas que la *lex artis* fija para ello.

Indica, que según la prueba recaudada es evidente que el paciente contrajo el cuadro infeccioso estando bajo el cuidado del personal médico, de manera que resulta imputable el daño antijurídico bajo los criterios de la responsabilidad objetiva por infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, según la cual 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.

REPLICA

La Clínica Medilaser S.A. peticiona se confirme la sentencia impugnada, pues considera que el juez *a quo* no incurrió en el defecto sustantivo que alude el recurrente; que el régimen aplicable al caso concreto es de medio y no de resultado, tal y como lo dispuso el juez de primer grado, razón por la que se equivoca el apelante al referir que en el caso concreto se debe modificar el título de imputación; sostiene que la infección era uno de los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico que le fue practicado, y que por tal motivo el mismo le fue informado al paciente, quien lo consintió de manera expresa; así mismo indica que la clínica cumplió con las medidas profilácticas necesarias para prevenir su aparición, sin embargo, estas no pueden ser prevenidas por completo, porque aun actuando

diligentemente las mismas pueden presentarse; refiere que la prueba demostró la diligencia y cuidado con la que actuó la institución prestadora de servicios médicos, durante todo el tiempo en el que el paciente estuvo hospitalizado.

Por su parte, la Nueva EPS sostiene que no existe prueba demostrativa de la existencia de un daño antijurídico imputable a la EPS; igualmente, afirma que no hay nexo de causalidad entre los hechos alegados como fuente del daño y el daño mismo; no reposa en el informativo prueba que demuestre que la EPS por acción u omisión generó el daño que se demanda su resarcimiento; afirma, que la prueba es contundente en demostrar que el paciente fue atendido de forma diligente, responsable, inmediata y perita por parte del cuerpo médico y de enfermería tratante; no hay evidencia alguna que determine que el paciente fue sometido a un procedimiento defectuoso, pues para ello únicamente obran los dichos del abogado.

Como no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, procede la Sala a resolver la controversia planteada, para lo cual,

SE CONSIDERA

Teniendo en cuenta los fundamentos de impugnación, y siguiendo los lineamientos de los artículos 322 y 328 del Código General del Proceso, el objeto de estudio se centrará en determinar, si por parte de las entidades demandadas se incurrió en una falla en la prestación del servicio médico-quirúrgico, farmacéutico y hospitalario respecto de la atención brindada al señor Ricardo García durante el periodo comprendido entre el 14 de marzo y 12 de abril de 2013, o si por el contrario, tal y como lo concluyó el *a quo* la atención en salud brindada al señor García fue diligente, perita y acorde a la *lex artis*.

Para dar respuesta al problema jurídico, es pertinente traer a colación que de conformidad con lo dispuesto por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2202-2019, M.P. doctora Margarita Cabello Blanco, en la que respecto a las obligaciones de seguridad puntualizó:

"Es pues, doctrina probable de esta Corporación, entender que la obligación de seguridad a cargo de centros de salud y hospitales, es dable

subclasificarla en atención a la aleatoriedad e imposibilidad de controlar factores y riesgos que inciden en los resultados. En principio y de acuerdo con los estándares técnicos y científicos exigibles a la entidad, es de medio la obligación de seguridad a cargo de estos establecimientos de hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse.

(...)

Estima la Corte que al ser una obligación de prudencia y diligencia la de seguridad que se viene examinando (evitar que el paciente contraiga infecciones intrahospitalarias), el contenido de la obligación del deudor será entonces el de ser diligente y cuidadoso, el de emplear los medios idóneos de acuerdo con las circunstancias y las normas técnicas y protocolos para tratar de alcanzar el fin común perseguido por las partes, razón por la cual sólo su conducta lo hará responsable o lo exonerará, sin perjuicio de que, por supuesto, pueda demostrar una causa extraña.

(...)

En otras palabras, si el ente hospitalario alega que la causa de la neumonía nosocomial tardía se debió a la prolongada y necesaria estancia del paciente en el hospital y a la mayor probabilidad de adquirir esa infección por la necesaria utilización de máscara de oxígeno, alegación que en todo caso se sabe (conocimiento científico afianzado), también lo es que ese riesgo se disminuye con la asunción de mayores compromisos en reducir todo cuanto se pueda los niveles de asepsia, y ésta es precisamente la obligación de seguridad que, al alegar que la cumplió, debía probarlo.

(...)

Dicho de otro modo, no basta con que se diga que la neumonía nosocomial es un riesgo inherente a la traqueotomía o a la estancia prolongada en la hospitalización para concluir entonces que el hospital se encuentra a salvo de cualquier reproche culpabilístico, pues es de su cargo demostrar diligencia y cuidado, según las previsiones del artículo 1604 del Código Civil. Insiste la Corte en la imputación subjetiva y no en la ruptura del nexo causal, como la mínima defensa del demandado sin que la segunda no sea de recibo, pues, se itera, al calificarse la obligación de seguridad como de medios, es sólo exigible a su deudora prudencia, diligencia, esmero a efectos de evitar que su paciente contraiga enfermedades nosocomiales. Porque al demostrar ausencia de culpa no necesariamente está acreditando

una causa extraña dado que para que ella tenga lugar debe ser identificada, y acá ello no se pide.

Ahora, en torno a la carga probatoria en asuntos concernientes a la responsabilidad médica, la sentencia SC12947 del 15 de septiembre de 2016, de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, expone que:

"(...) la carga probatoria tendiente a acreditar los elementos de la misma queda subsumida, en línea de principio, en las reglas generales previstas en los artículos 1604 del C.C. y 177 del C. de P.C., en otros términos, debe ser asumida por parte del actor. No obstante...a quien, en últimas, le corresponde acometer ese compromiso es aquel litigante que esté en mejores condiciones para la acreditación del hecho a probar (carga dinámica de la prueba)".

En ese mismo sentido, en sentencia del 28 de junio de 2017, expediente SC 9193, esa Corporación enseñó:

"La cultura de calidad total del servicio de salud y seguridad del paciente tiene repercusiones directas en el derecho de la responsabilidad civil", y precisa que "la falta de disciplina en el acatamiento de reglamentos tales como guías, normas técnicas y reglas de diligenciamiento de la historia clínica; la insuficiencia de continuidad e integralidad del servicio; la complacencia frente a malas prácticas y su ocultamiento, son circunstancias constitutivas de responsabilidad organizacional por deficiente prestación del servicio cuando lesionan con culpa la integridad personal del paciente".

En atención al antecedente jurisprudencial referido, y una vez valorado el acervo probatorio, se tiene que de las copias de la historia clínica allegadas por las partes demandante y demandada (fls. 14-29 y 93-423), para la Sala no existe duda en aspectos concretos como:

i) que Ricardo García ingresó a la Clínica Medilaser S.A. el 14 de marzo de 2013, al presentar 20 días de presencia de dificultad respiratoria, asociado a dolor torácico tipo picada generalizado, con disnea en reposo que aumenta con la deambulaci3n de corto trayecto, con deterioro de su clase funcional (fls. 4 y 185).

ii) que el se1or García fue valorado por medicina interna y cardiología quien consider3 que necesitaba cateterismo m1s angiograf1a coronaria (fls. 4 y 185)

iii) que se decidió tomar electrocardiograma, que denota taquicardia y no elevación del ST; hemograma con leucocitosis y neutrofilia; hematocrito 56%, hemoglobina 18.9, CPK MB 47, total 855, troponina de 0.08 saturación de oxígeno de 96% (fl. 5 y 185 vuelto).

iv) que al paciente se le diagnosticó neumonía adquirida en la comunidad y que se le debía descartar posible síndrome coronario agudo (fl. 5 y 185 vuelto); así mismo, se tiene que el paciente presentaba múltiples comorbilidades como lo es la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC por exposición al humo del cigarrillo y extabaquismo.

v) que el 15 de marzo de 2013 se le descartó la neumonía adquirida en la comunidad y conforme a los exámenes diagnósticos se refirió por los médicos tratantes que el paciente padecía de angina inestable de alta probabilidad, cardiopatía isquémica fevi no conocida, infarto agudo miocardio SEST KILLIP I, adicional a las enfermedades de base antes enunciadas, razón por la cual fue trasladado a cuidado intermedio por alto riesgo de arritmias letales y muerte súbita. Se ordenó la práctica de estratificación no invasiva, ecocardiograma TT, cateterismo cardiaco, manejo médico anti-isquémico y vigilancia hemodinámica estrecha (fls. 6-7 y 186)

vi) que el 18 de marzo de 2013, el ecocardiograma practicado al paciente reveló hipertrofia concéntrica no obstructiva de grado del ventrículo izquierdo; buena función sistólica biventricular con disfunción diastólica biventricular tipo alteración de la relajación; mínima regurgitación tricuspídea estimando una PSAP de 30mmHg. Que a pesar de que el ecocardiograma TT descartó cardiopatía isquémica, se ordenó la práctica de un cateterismo cardiaco y la continuación en el manejo médico en la unidad de cuidado intermedio (fls. 10 y 188).

vii) que el 19 de marzo de 2013, se le practicó el cateterismo cardiaco, el cual reportó, enfermedad coronaria de 3 vasos, razón por la que se dispuso la valoración por grupo de cirugía cardiovascular para definir el manejo de la patología (fls. 11 y 188 vuelto).

viii) que el 20 de marzo de 2013, fue valorado por cirugía cardiovascular, que al paciente se le ordenó suspender el clopidrogel y se inició trámite para cirugía tipo revascularización miocárdica 3 vasos (fls. 12-13 y 189).

ix) el 21 de marzo de 2013, se suscribió el consentimiento informado por parte del paciente, el cirujano cardiovascular, el anesthesiólogo y un testigo, en el

que se dispuso que el estado del paciente era regular, que el procedimiento a realizar era el de revascularización miocárdica, que no existían otras alternativas de tratamiento, que como riesgos de la cirugía a practicar se encontraban la arritmia, infección, neumonía, sepsis, tromboembolias y la muerte entre otras (fl. 764).

x) que el 26 de marzo de 2013, al paciente se le propone manejo ambulatorio para posterior reingreso para realización de revascularización miocárdica por parte de cirugía cardiovascular, sin embargo el paciente no acepta, refiere que desea continuar manejo intrahospitalario hasta que se realice el procedimiento, razón por la cual se continua con el mismo (fl. 15 y 190 vuelto).

xi) El 1º de abril de 2013, al paciente le fue practicada cirugía de revascularización miocárdica, que determinó que presentaba múltiples placas ateromatosas en coronaria derecha y en descendiente anterior. En nota de las 12:18:41 del día en comento, se describe en detalle el procedimiento quirúrgico adelantado y se refiere que durante la práctica de la cirugía no se presentó ninguna complicación. En nota médica posterior, se refiere que el paciente es remitido a la unidad de cuidados intensivos para monitoria y soporte y se inicia profilaxis antibiótica (fl. 16 y 191)

xii) En nota médica del 2 de abril de 2013, se refiere que el paciente presenta deterioro clínico, cursa con síndrome de bajo gasto (hipoperfusión oliguria, edema pulmonar), se inicia soporte inotrópico con milrinone asociado trastorno de oxigenación severo, se da manejo con ventilación mecánica no invasiva, mal control metabólico, taquicardia sinusual, se ajusta medicación para control de frecuencia ventricular, drenaje por TT en descenso continua monitoria en UCI. En anotación medica posterior se indica que el paciente presenta hipoxemia severa, responde a ciclo de ventilación mecánica no invasiva, se torna hipotenso, se suspende IECA y betabloqueador, se inicia noradrenalina y se continua con vigilancia de patrón respiratorio por alto riesgo de intubación orotraqueal (fl. 18 y 192).

xiii) El 3 de abril se ordenan laboratorios de control y rayos x de torax (fl. 20 y 193).

xiv) El 4 de abril se realizan los rayos x que determinan cardiomegalia infiltrados mixto 4 cuadrantes. En nota de cirugía general, se destaca que el paciente presenta deterioro clínico empeoramiento, radiológico, hipertenso

taquicardico trastorno de oxigenación severo, no tolerancia a ventilación mecánica no invasiva e inminencia de falla respiratoria, se decide asegurar vía aérea, previa sedación analgésica y relajación se procede a intubación orotraqueal tubo número 8, se fija TOT a 21 centímetros de comisura labial. Se practica rayos x post intubación que revela edema pulmonar y distensión cámara gástrica TT izquierdo (fls. 20-21 y 193).

xv) En nota de anestesiología, cuidados intensivos, del 04 de abril de 2013 a las 09:42 de la noche, se refiere que el paciente está en condición crítica, con requerimiento de soporte ventilatorio mecánico, PCR altamente elevado con procalcitonina positiva. Se decide inicio de antibiótico para cubrimiento de neumonía asociada al cuidado de la salud (fl. 22 y 194).

xvi) En anotación realizada por cirugía cardiovascular el 05 de abril de 2013, se dispuso que el paciente persiste con trastorno de oxigenación severo, dependiente de altos parámetros ventilatorios, secundario a Síndrome de Dificultad Respiratoria en Adulto – SDRA, antecedente de estancia hospitalaria prolongada (14/03/2013) quien desde su ingreso a la unidad tiene cambios respiratorios que inicialmente fueron interpretados como sobrecarga hídrica y que a las 24 horas de su pos operatorio presenta progresión de infiltrados que sugerían edema pulmonar Vs SDRA, se toma ecocardiograma que descarta disfunción ventricular izquierda por lo que considero cursa con SDRA secundario a probable foco infeccioso a nivel pulmonar se inició manejo antibiótico (fls. 22-23 y 194 vuelto).

xvii) En nota de medicina interna del 08 de abril de 2013, se dispuso que el paciente tiene trastorno severo de la oxigenación con infiltrados pulmonares progresivos secreción purulenta, con cultivo negativo hasta el momento, y adecuada fracción de eyección ventricular izquierda – FEVI, se considera indispensable realizar fibrobroncoscopia para orientar manejo y definir etiología de infiltrados, actualmente requiere ventilación mecánica protectora con volumen pulmonar bajos 5 por kg (fl. 29 y 197 vuelto).

xviii) Según nota de medicina interna del 10 de abril de 2013, el paciente se encuentra en estado crítico con severa disfunción pulmonar con escasa respuesta al tratamiento instaurado, se continua con el tratamiento ordenado y se inicia infusión de insulina (fl. 33 y 199 vuelto).

xix) En nota médica del 11 de abril de 2013, se dispone que el paciente se encuentra en estado crítico con evolución tórpida SDRA refractario con presencia

de hipoxemia severa e hipercapnia persistente a pesar de manejo con ventilación protectora pulmonar, ventilación en prono, asociado elevación de conteo leucocitario y fiebre que indica foco infeccioso no controlado en el contexto de paciente, la primera posibilidad es pulmonar se escalona manejo antibiótico y se solicita nuevo rastreo bacteriológico, manejo en UCI, mal pronóstico alta mortalidad (fl. 35 y 200 vuelto).

xx) El 12 de abril de 2013, el cirujano general refiere que el paciente tiene clara indicación de oxigenación por membrana extracorpórea – ECMO, y ante la imposibilidad de transportarlo a una ciudad en la que se disponga del servicio, la única opción que se tiene es mantenerlo bajo circulación extracorpórea por un tiempo no menor a 49 horas (fl. 37 y 201 vuelto).

xxi) En nota médica del 12 de abril de 2013 a las 09:30:25 de la mañana se dispuso que desde el 04 de abril de 2013 el paciente presentó fiebre y falla respiratoria, evidenciándose que durante la IOT secreciones purulentas, lo que motivó el inicio de cefepime + vancomicina bajo diagnóstico de neumonía intrahospitalaria, la procalcitonina del 04 de abril de 2013 fue reportada en 0.72, con un control del 11 de abril de 2013 de 0.28 cultivo de secreción orotraqueal negativo. Los hallazgos son consistentes con neumonía grave asociada al cuidado de la salud. SS baciloscopia seriada y cultivo de secreción traqueal para microbacterias (fl. 38 y 202)

xxii) En anotación del 12 de abril de 2013 a las 11:00:14 de la mañana la médica internista conceptúa que el paciente presenta injuria renal aguda progresiva en contexto de SD cardiorrenal tipo I asociado a shock séptico por neumonía severa, progresión síndrome de disfunción orgánica múltiple, oliguria e hipervolemia refractaria, trastorno ventilatorio-respiratorio por SDRA. Razón por la cual considera que el paciente requiere inicio de terapia de reemplazo renal temprana tipo hemodiafiltración venosa intermitente con UF generosa (fl. 39 y 202 vuelto).

xxiii) El 12 de abril de 2013 a las 14:00 horas el paciente fallece pese a maniobras de reanimación realizadas por 15 minutos (fls. 39-40 y 202 vuelto).

De lo anterior se extrae, que el señor Ricardo García ingreso a urgencias de la Clínica Medilaser S.A. de la ciudad de Neiva, con un cuadro de dificultad respiratoria asociado a dolor torácico tipo picada generalizado, con disnea en

reposo que aumenta con la deambulación de corto trayecto, con deterioro de su clase funcional, razón por la cual en principio le fue diagnosticada una neumonía adquirida en la comunidad y síndrome coronario agudo. Que adicionalmente, el paciente padece como enfermedades de base hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC por exposición al humo del cigarrillo y extabaquismo. Que posteriormente, la neumonía adquirida en la comunidad fue descartada y se continuó con el tratamiento de la afección coronaria, lo que dio lugar a que el 1º de abril de 2013, le fuera practicada cirugía de revascularización miocárdica de 3 vasos. Que luego de practicada la cirugía el paciente presenta una infección en las vías respiratorias, la que fue tratada con antibióticos de amplio espectro. Que luego de 8 días de tratamiento antibiótico, manejo con ventilación mecánica no invasiva e intubación orotraqueal, el paciente no responde de manera satisfactoria y fallece debido a una falla multisistémica.

Así las cosas, es claro para la Sala que el señor Ricardo García luego de la práctica quirúrgica presentó una neumonía, que aunada a las restantes patologías que el paciente padecía dio lugar a su fallecimiento, en tal virtud, la prueba documental da cuenta del hecho generador que el demandante encausó en la patología presentada con posterioridad al ingreso del paciente al centro hospitalario, así como del daño causado.

Así mismo, quedó evidenciado con lo expuesto por el cirujano cardiovascular doctor Juan Carlos Saavedra Blume, quien al preguntársele por la causa de muerte del señor Ricardo García, contestó *"La causa de muerte fue una patología infecciosa pulmonar que, en el contexto del paciente, lo llevaron a la defunción"* y luego para concluir con su testimonio sostuvo *"En 30 segundos, su señoría. Para mí, según la historia clínica, paciente tuvo neumonía antes en Campoalegre, la trataron, mejoró, se resolvió. Después vino el problema cardíaco, está, eh, se hacen todos los estudios, libre de neumonía ya se programa para la cirugía de corazón y tres días después de operado aparecen los síntomas de neumonía"*.

Por su parte, la médica internista Ángela Carillo, al rendir su testimonial sobre la causa de la muerte del paciente refirió *"El neumólogo lo ve, dice: si es un SDRA, inclusive pide una fibronoscopia para aclarar el origen, porque no es muy claro si es realmente infeccioso o solo cardiogénico, ¿sí? el... el paciente finalmente muere por el SDRA y la falla multiorgánica, sí. Que eso conlleva, sí. El paciente ya llevaba como 9 días de antibiótico, realmente si solamente ese*

hubiera sido la causa, pues hubiera mejorado ... el paciente fallece, ..., por la hipoxemia severa y por la disfunción multiorgánica que eso conlleva”.

Y el médico internista y cardiólogo que funge como perito en la presente causa doctor Pedro Rocha Castelblanco, en audiencia pública al respecto esgrimió *"la principal, fue, pues, prácticamente su muerte por una sospecha de neumonía asociada al cuidado a la salud. Eso es lo que colocan los médicos tratantes. Pero en contexto, fueron las múltiples comorbilidades asociado a que lo llevó a ese proceso. Que como están anotados en la historia clínica, uno, es la enfermedad coronaria que es el motivo principal que lo lleva a hospitalizarse, al señor Ricardo; y lo otro que lo hace, que sea bastante, mm, digamos, que no sea un caso fácil y nosotros los cardiólogos somos muy, digamos, muy precisos en eso, el hecho de tener diabetes, hoy por hoy la diabetes es la, digamos, la enfermedad crónica que más ataca al corazón, de manera, eh, directa, y en este caso en el caso del, del paciente en mención, lo lleva a una enfermedad coronaria, y eso llevó finalmente a su deceso”.*

Ahora, como la Clínica Medilaser S.A. refiere que la neumonía presentada por el paciente con posterioridad a la realización del procedimiento quirúrgico, deviene de los problemas cardiacos que este presentaba y por tal motivo, no puede ser considerada como infección nosocomial, al respecto debe precisar la Sala que la historia clínica da cuenta que desde el 4 de abril de 2013 y hasta el 12 del mismo mes y año, los médicos que trataron al señor García fueron coincidentes en advertir que la neumonía por este padecida era de aquellas asociadas al cuidado de la salud o intrahospitalaria. Al respecto véase las notas médicas del 04 de abril de 2013 a las 09:42 de la noche y del 12 de abril de 2013 a las 09:30:25, en las que se dispuso de manera clara que los hallazgos eran consistentes con neumonía grave asociada a la salud, y bajo tal criterio médico se adoptó el plan antibiótico a seguir.

Conclusión que se demuestra teniendo en cuenta la aseveración realizada por el perito al ser interrogado en audiencia del 20 de agosto de 2019, quien al respecto, precisó *"al revisar la historia, ellos tomaron unos cultivos, los cultivos siempre fueron negativos, y, y al revisar las placas de tórax cuando anotan las placas siempre describen digamos infiltra, ¿uno como diagnostica una neumonía? Con clínica, digamos lo que lo haga sospechar, es decir, síndrome de falla respiratoria, fiebre asociado a una placa de tórax, pues entonces ellos describen y la confirmación lo hace uno con los exámenes de hemocultivo, lo hemocultivos siempre salieron negativos. Entonces, uno como médico coloca una impresión diagnostica, pero realmente confirmarlo sería o ya post mortem hacer una necropsia y mirar si los pulmones tenían infección,*

pus, o haber tenido el sustento de los hemocultivos positivos. Los demás, lo que son cuadro hemático, PCR, todo eso hace sospechar, uno se llena de razones y ante las sospechas, uno inicia tratamiento”.

Verificado lo anterior, procede la Sala a determinar si en el caso concreto existe evidencia que determine la diligencia y pericia adoptada por el centro hospitalario demandado en procura de evitar que el paciente adquiriera enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse, teniendo en cuenta que al ser las obligaciones de seguridad de medio y no de resultado, el elemento subjetivo resulta ser un elemento necesario para la determinación de la responsabilidad de la parte pasiva.

Al respecto, se tiene que de conformidad con lo expuesto con la experticia rendida por el médico internista y cardiólogo Pedro Rocha Castelblanco, *“La profilaxis con antimicrobianos en cirugía consiste en la administración de un antimicrobiano justo antes de comenzar la intervención. La eficacia de los antimicrobianos para prevenir las infecciones postoperatorias del lecho quirúrgico (superficial, profundo o de órgano o espacio) está bien demostrada. Estas recomendaciones se han basado, cuando ha sido posible, en estudios científicos bien diseñados y están dirigidas a reducir la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico y, a la vez a minimizar el desarrollo de resistencias atribuible al uso de los antimicrobianos en profilaxis. (...) Cada institución de salud tiene contemplados protocolos de seguridad al paciente los cuales en ellos se encuentran descritas las prácticas encaminadas a la bioseguridad del paciente, siendo a su vez vigiladas por un comité de calidad de la respectiva institución, las cuales se cumplen a cabalidad con el paciente en mención”* (fl 887) y en audiencia pública adelantada el 20 de agosto de 2019, sobre tal aspecto el experto refirió que *“al revisar los registros de la historia clínica, cuando hay una administración de un medicamento, eso queda debidamente registrado. Entonces, al revisar la historia clínica, claramente está dividida lo que es la profilaxis antibiótica en este caso. Entonces por eso concluyó que sí [se cumplió en este caso con la profilaxis antibiótica]”.*

En tal sentido, la historia clínica del señor Ricardo García refiere que el 31 de marzo de 2013, le fueron colocados los siguientes antimicrobianos i) Amikacina Sulfato 500 mg/2ml solución inyectable; y ii) Vancomicina Clorhidrato 500 mg polvo para inyección (fl. 284 vuelto).

De otro lado, en el detalle quirúrgico plasmado el 1º de abril de 2013, refiere que previa asepsia y antisepsia y bajo anestesia general se procedió a realizar la cirugía de revascularización miocárdica al señor Ricardo García.

Adicionalmente, se tiene que al paciente el 26 de marzo de 2013, se le propuso manejo ambulatorio y posterior reingreso para realización de revascularización miocárdica por parte de cirugía cardiovascular, con el fin de minimizar los riesgos de contagio de una infección nosocomial, sin que dicha recomendación hubiese sido aceptada por Ricardo García (fls. 22 y 194).

Supuesto fáctico que fue corroborado por los doctores Juan Carlos Saavedra y Ángela Carrillo, quienes al responder sobre dicha recomendación, precisaron respectivamente que *"Es importante porque, uno minimiza riesgos. Uno no puede desaparecer los riesgos, porque pues, gérmenes hay aquí, en el aire, en todo lado. Pero uno si, un, hablando estadísticamente, uno minimiza riesgos, disminuye riesgos, pre y posoperatorios, teniendo en cuenta, eh... hablando desde el punto de vista infeccioso, en este contexto de, del señor García, era para minimizar riesgos sacarlo a un ambiente, digámoslo así, limpio, y ya ingresar de un ambiente controlado para operarse",* y *"Pues el paciente, eh, desde que ingreso con los síntomas, tenía terapia respiratoria por su problema pulmonar, tenía micronebulizaciones, eh, se le dio la opción de salir de la clínica para descolonizarse, desde el ingreso a la UCI, tenía terapia respiratoria, em... se le colocaba antibiótico profiláctico".*

Por su parte, el perito al ser interrogado sobre tal aspecto, expuso *"Claro, lo que uno busca, como le dije, bajar el riesgo cero infección que es lo ideal, lo que uno busca es tomar todas las medidas. Una de las medidas es ofrecerle al paciente que se espere el proceso en casa mientras lo programan para cirugía cardiovascular, eso, digamos, bajaría el riesgo de infección porque simplemente no está en el hospital. Quitamos el riesgo que es el hospital, si nosotros vamos todos a un hospital, tenemos un riesgo de infectarnos, así seamos visitantes, lo que pasa es que tenemos un sistema inmunológico adecuado. Él por el hecho de tener diabetes y por estar con todo esto, lo ideal era, hubiera esta en casa y quitar el riesgo de infección del hospital, ¿Qué cuál es el riesgo? Pues que los gérmenes son más agresivos en un hospital porque siempre están en contacto de antibióticos, en cambio en la casa están con los gérmenes que son, no son tan agresivos, pero que se pueden, digamos, de manera controlado. Eh, lo ideal, que él hubiera, digamos, aceptado, eso para evitar el riesgo de infección".*

Además, reposa a folios 663 y 664 la lista de chequeo de prevención de neumonía asociada a ventilador (NAV) que se ejecutó en el caso del señor Ricardo García los días 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 de abril de 2013, el cual según refiere la doctora Angélica Carrillo es implementado por las clínicas para *"prevenir todos los tipos de infecciones. Los que son asociados a catéter a neumonías, y son una forma para que tanto enfermería como terapia respiratoria intenten revisar y evitar, eh, situaciones en que... propenda*

una infección. Entonces, que tenga el paciente buena ubicación, revisar que el tubo este bien inflado, y eso es lo que hacen a diario las terapeutas para disminuir el riesgo de infecciones en las UCIS”.

En tal sentido, es claro para la Sala que en el caso concreto se encuentra plenamente demostrada la diligencia y cuidado ejecutada por la entidad nosocomial en procura de que el señor Ricardo García no presentara una infección intrahospitalaria, pues además de ofrecerle la profilaxis antibiótica, los procedimientos de sepsia y antisepsia, dentro de los cuales se encuentra el chequeo de prevención de neumonía asociada a ventilación, le propuso al paciente el manejo ambulatorio de su enfermedad, teniendo en cuenta el grave riesgo al que se encontraba inmerso en virtud de las patologías de base por éste presentadas.

No sobra por demás, advertir que al paciente le fueron informados con días de antelación a la práctica quirúrgica todos los riesgos probables que de ella podían resultar, dentro de los cuales se encontraba de manera puntual y específica la neumonía.

Así las cosas, al no mediar culpa entre el hecho y el presunto daño causado, pues se itera el actuar desplegado por los profesionales médicos de la Clínica Medilaser S.A. se ciñó a la *lex artis*, no hay lugar a que se le halle responsable por un acontecer que le resultó aleatorio e imposible de controlar a pesar de haber implementado los procedimientos necesarios para evitar su consumación.

Teniendo en cuenta los razonamientos expuestos se confirmará la sentencia objeto de impugnación.

COSTAS

Ante la improsperidad de la alzada, de conformidad con lo dispuesto por el numeral 1º del artículo 365 del C.G.P., se impondrán costas de segunda instancia a la parte actora.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto la Sala Tercera de Decisión Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO.- CONFIRMAR la sentencia proferida por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva el 20 de agosto de 2019, dentro del presente asunto, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO.- CONDENAR en costas de segunda instancia a la parte demandante.

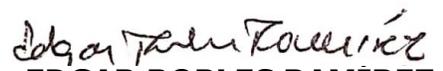
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



GILMA LETICIA PARADA PULIDO
Magistrada



ENASHEILLA POLANÍA GÓMEZ
Magistrada



EDGAR ROBLES RAMÍREZ
Magistrado