

TEMA: CONSENTIMIENTO INFORMADO- Valoración en conjunto y a la luz de la sana crítica, como lo ordena el artículo 176 del C.G.P., para concluir si la paciente fue debidamente informada de su condición de salud, del procedimiento quirúrgico que requería, y de los riesgos inherentes al mismo./ **RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA**- Por incumplimiento del deber de seguridad y monitoreo posoperatorio de una paciente a quien se le administró hidromorfona. De las obligaciones complementarias -obligación de seguridad o también llamada deber de protección-. Carga de la prueba.

HECHOS: MDMV fue diagnosticada con ruptura del manguito rotador del hombro derecho y lesión SLAP II, por lo que se ordenó tratamiento quirúrgico. El 13 de marzo de 2021 fue sometida en la Nueva Clínica Sagrado Corazón S.A.S. a cirugía de hombro bajo anestesia general. Durante la recuperación posoperatoria se le administró hidromorfona 0,4 mg por vía intravenosa para analgesia, pero aproximadamente cinco minutos después presentó somnolencia, cianosis, disminución de saturación de oxígeno y posteriormente paro cardiorrespiratorio, por lo que fue reanimada y trasladada a UCI, donde desarrolló encefalopatía hipóxico-isquémica severa, permaneció con graves secuelas neurológicas y falleció el 3 de diciembre de 2021. Es así que sus hijos y hermanas promovieron demanda de responsabilidad civil médica alegando deficiencias en el consentimiento informado y en el monitoreo y atención posterior a la administración del medicamento. El Juzgado Décimo Quinto Civil del Circuito de Oralidad de Medellín negó las pretensiones al estimar que existió consentimiento informado suficiente, no se acreditó culpa médica, el evento obedeció a una reacción idiosincrática no previsible ni evitable y además que la atención fue oportuna y acorde con la *lex artis*. Pueden plantearse los problemas jurídicos que debe abordar la sala en esta ocasión: 1) ¿Está acreditado el consentimiento informado, como lo concluyó la sentencia?, 2) ¿Quedó establecida la ausencia de culpa que concluyó el *a quo*? O, como lo sostiene el apelante, quedó probada la culpa que se atribuye a la demandada por la omisión en el “deber de seguridad” que la administración del medicamento -hidromorfona- le imponía.

TESIS: (...) La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, la cual es necesaria para una adecuada asistencia médica; según los artículos 34 de la Ley 23 de 1981 y 1° de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud(...)conforme al literal b del último precepto, implica el registro de los datos e informes acerca de “la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.”, datos éstos que, obviamente, obtiene el médico interrogando al propio paciente y sus familiares -anamnesis- que contribuirán al acierto en la determinación de un diagnóstico y a la adopción de una mejor conducta terapéutica.(...) Sobre el consentimiento informado, así se expresó esta sala de decisión en sentencia del 9 de octubre de 2023: “3. Del consentimiento informado. Se afirma que es un presupuesto y elemento de la *lex artis*(...)No existe en la ley el señalamiento de unos requisitos de forma y contenido de lo que debe ser el consentimiento informado. Con todo, el médico debe utilizar un dialecto que se acomode a la condición cultural de su paciente, que le explique cuál va a ser el procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, de acuerdo al estado de la ciencia. (...) siendo lo más prudente -por parte de la clínica- dejar constancia del cumplimiento de este deber informativo, pero ello no traduce la imposición de una solemnidad para dotarlo de validez, pues la deliberación y libre sometimiento a un procedimiento puede reconstruirse a partir de una conducta específica, del cual logre inferirse una señal inequívoca de aceptación(...) Al profesional de la salud le es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte -*lex artis ad hoc*-, sobre él gravitan prestaciones concretas sin llegar a un extremo rigor de catalogarla como el ejercicio de una actividad peligrosa, en consideración a la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas; en este contexto la responsabilidad del

médico, por regla general, no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa probada –asentado en una responsabilidad subjetiva–, desde luego no como aquel error en el que no hubiese incurrido una persona prudente y diligente en iguales circunstancias en las que se encontraba el agente que causó el daño, sino en razón de aquellas obligaciones y deberes de conducta específicos que le son exigibles a un profesional.(...) Con todo, es claro entonces que las acciones indemnizatorias que van dirigidas frente al proceder de un profesional de la salud, están gobernadas por el principio probatorio que establece el artículo 167 del Código General del Proceso, por lo que es carga del demandante acreditar sus elementos estructurales, entre ellos, la culpa del facultativo y el nexo causal entre el acto médico y el daño.(...) “No son pocos los contratos que presuponen la existencia de una “obligación de seguridad” a cargo de una de las partes, en virtud de la cual el deudor está obligado a cuidar de la integridad corporal del acreedor o la de las cosas que éste le ha confiado, es decir, para definirla con palabras de la Corte, aquella por la cual “una de las partes en la relación comercial se compromete a devolver sanos y salvos –ya sea a la persona del otro contratante o sus bienes- al concluir el cometido que es materia de la prestación a cargo de dicha parte estipulada, pudiendo tal obligación ser asumida en forma expresa, venir impuesta por la ley en circunstancias especiales o, en fin, surgir virtualmente del contenido propio del pacto a través de entendimiento integral a la luz del postulado de la buena fe que consagran con notable amplitud los artículos 1501 y 1603 del Código Civil” (...)en cuanto al documento de consentimiento informado, propiamente dicho, el reparo no tiene la solidez que pretende el impugnante, toda vez que el mismo aparece suscrito por la paciente, como también por su yerno SRZ -por demás de profesión enfermero- y su autenticidad, que presume el artículo 244 ibídem, nunca fue cuestionada, por lo que ostenta valor probatorio en punto a su otorgamiento, fecha y declaraciones allí contenidas, conforme a los artículos 260 y 257 ib., como lo expuso la Sala Civil de la C.S.J. en la sentencia SC12449-2014, citada al comienzo de estas consideraciones.(...) No sobra decir, sin embargo, que el referido documento da cuenta de haberse informado los riesgos de “paro cardíaco o respiratorio con daño en órganos vitales y secuelas como quedar en estado de coma o producirse la muerte”, sin que pueda exigirse que deba puntualizarse el tipo de drogas que se pueden llegar a aplicar en el período inmediatamente postoperatorio, y los riesgos de su aplicación, en este caso la hidromorfona, como lo reclama el apelante.(...) debe la sala comenzar este punto recordando que los contratos de hospitalización acarrear para las clínicas una obligación de seguridad para con el paciente (...)Siendo así las cosas -tanto más cuanto se considere que en las condiciones en que se encontraba la paciente en este caso, ningún aporte pudo hacer al lamentable daño-, no estamos ante una obligación de medio, punto de partida errado del a quo, sino claramente ante una obligación de resultado, por lo que la carga de la prueba no recaía sobre la parte actora sino sobre la entidad asistencial demandada.(...) Pues bien, la expresión “monitoreo básico en recuperación” hace referencia a la vigilancia continua de los signos vitales del paciente que fue sometido a cirugía con anestesia, y comprende: oxigenación, presión arterial y frecuencia cardíaca, ventilación, y temperatura, lo que permite identificar variaciones abruptas en los signos vitales y generar intervenciones oportunas que minimicen los riesgos para la salud y la vida de los pacientes. Monitoreo básico que resultaba tanto más necesario en este caso, por cuanto la paciente no solo había recibido anestesia general para la cirugía que se le practicó, sino que ya en sala de recuperación se le administró, como analgesia, hidromorfona, uno y otro, depresores del sistema nervioso central, como claramente lo explican los peritos.(...) la historia clínica, como bien lo destaca el recurrente, no da cuenta de los signos vitales de la paciente desde la aplicación de la hidromorfona (11:20) hasta el momento en que la auxiliar de enfermería la observa somnolienta, cianótica y que no responde al llamado (11:25). Y tampoco se arrió ninguna otra prueba al respecto, como pudiera ser, por ejemplo, el registro de la información en las máquinas de monitoreo, si es que se hizo de esta manera; o las anotaciones manuales al respecto por parte de quien verificó en ese interregno los aludidos

aspectos.(...) Es claro, entonces, que no cumplió la demandada su carga de probar el “monitoreo básico en recuperación” de los aludidos signos, lo que hubiera permitido detectar en el mismo momento de su manifestación, cualquier alteración, para ser atendida con la premura que la gravedad del asunto exigía(...)la inmediatez, como cualidad de inmediato, según la RAE, esto es algo que sucede enseguida, sin tardanza; es inminente, urgente, rápido, etc., y de estas características desde el momento del interregno de 5 minutos en el que no se da cuenta alguna del estado de la paciente, luego de habersele suministrado un medicamento que, es conocido por la ciencia médica, causa depresión del sistema respiratorio. Tanto más relevante dicha omisión cuanto se repare que la paciente recién había salido de una cirugía con anestesia general.(...) Así las cosas, para poder concluir como lo hizo el a quo, que la atención de la crisis por parte de la clínica demandada fue oportuna y diligente, se necesitaría la prueba de que los signos vitales de la paciente durante los cinco minutos siguientes a la aplicación del fármaco eran normales, pues entonces ello implicaría que esas condiciones de somnolencia y cianosis se presentaron abruptamente en el minuto cinco, pero esa prueba, conforme a lo visto, brilla por su ausencia en el expediente, debiendo ser la demandada quien asuma las consecuencias adversas de que tal prueba no llegue al proceso (art. 167 C.G.P.).(...)

MP: PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA

FECHA: 03/07/2026

PROVIDENCIA: SENTENCIA

ACLARACIÓN DE VOTO: BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA



Medellín
"Al servicio de la Justicia y de la Paz Social"

REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR
DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA CUARTA CIVIL DE DECISIÓN

Medellín, tres (3) de julio de dos mil veintiséis (2026)

Proceso	Verbal – Responsabilidad Civil Médica
Radicado	05001310301520220026401
Demandante	Sebastián Camilo Urán Montoya y otros
Demandado	Nueva Clínica Sagrado Corazón y otra
Providencia	Sentencia nro. 128
Tema	Consentimiento informado. Valoración en conjunto y a la luz de la sana crítica, como lo ordena el artículo 176 del C.G.P., para concluir si la paciente fue debidamente informada de su condición de salud, del procedimiento quirúrgico que requería, y de los riesgos inherentes al mismo. De las obligaciones complementarias -obligación de seguridad o también llamada deber de protección-. Carga de la prueba.
Decisión	Revoca
Magistrada ponente	Piedad Cecilia Vélez Gaviria

Se procede por la Sala Cuarta de Decisión Civil a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra de la sentencia proferida el 25 de junio de 2025 por el Juzgado Décimo Quinto Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, en el proceso de la referencia.

ANTECEDENTES

Mediante apoderado judicial debidamente constituido, los señores Sebastián Camilo Urán Montoya, Vanessa Urán Montoya y Evelyn Andrea Urán Montoya, como herederos de Maria Doralby Montoya Velásquez (QEPD), y además como víctimas directas; y Doris Cecilia Montoya Velásquez y Liliana María Montoya Velásquez, hermanas de la víctima, formularon

demanda¹ contra la NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN S.A.S., como responsable directa por la muerte de Maria Doralby Montoya Velásquez, y SEGUROS GENERALES SURAMERCANA S.A., en calidad de aseguradora de aquella, deprecando se declare que la primera es responsable civil, contractual y extracontractualmente, por los perjuicios materiales e inmateriales sufridos por los demandantes “*con motivo de la de la (sic) deficiente prestación del servicio médico asistencial, la mala praxis médica y el evento adverso que padeció **MARIA DORALBY MONTOYA VELASQUEZ** durante las atenciones ofrecidas en la **NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN SAS** a partir del 13 de marzo de 2021, lo que finalmente le ocasionó su muerte el 3 de diciembre de 2021, en atención a lo dispuesto por el artículo 1.133 del Código de Comercio*”.

Como perjuicios inmateriales en su modalidad de **daño moral**, se reclaman, por la víctima directa fallecida, señora Maria Doralby Montoya Velásquez, y también para cada uno de los hijos que comparece como demandante, la suma de \$72.000.000; y de a \$36.000.000 para cada una de sus hermanas. Y, salvedad hecha de las dos últimas, se reclama para los demás accionantes una cantidad igual, por concepto de **daño a la vida de relación**.

Como **lucro cesante consolidado** se reclama a nombre de la víctima directa la suma de \$16.074.717, y como **lucro cesante futuro**, la cantidad de \$172.919.552.

¹ PDF001C01PrimeraInstanciaC01Principal.

Lo anterior, con fundamento en la narración fáctica que así se compendia:

Que Maria Doralby Montoya Velásquez, nacida el 18 de enero de 1971, conformó un hogar con Carlos Mario Urán Jiménez, procreando a Sebastián Camilo, Vanessa y Evelyn Andrea Urán Montoya.

Que Maria Doralby trabajó siempre en oficios varios, y que unos años antes de la pandemia, comenzó a contratar con restaurantes escolares en el Municipio de Itagüí para realizar labores de cocina, percibiendo ingresos suficientes para el sostenimiento de su hogar. Pero como dichos contratos no fueron renovados después de la pandemia, comenzó a laborar de manera independiente, preparando arepas de chόcolo, arroz con leche y otros productos cuya venta le permitía solventar los gastos del hogar y cotizar a la seguridad social.

Que el 16 de febrero de 2021 acudió a consulta con el ortopedista Hugo Danilo Serrato García en la NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN *“por presentar dos (2) años de dolor y limitación funcional en hombro derecho como consecuencia de una caída desde su propia altura, síntomas que no mejoraron ni con fisioterapia ni con infiltraciones”*, cita a la cual *“llevó el resultado de una Resonancia Nuclear Magnética-RNM que se había realizado el 23 de diciembre de 2020, con el cual el ortopedista SERRATO GARCIA le diagnosticó ‘RUPTURA MANGUITO ROTADOR DEL HOMBRO DERECHO-LESIÓN SLAP II’, por lo que ordenó manejo quirúrgico para reparación de manguito rotador y tendón de la porción larga del bíceps”*.

Que el 8 de marzo siguiente tuvo valoración preanestésica con el anesthesiólogo Antonio José Otero Navarro, de la misma clínica, *“quien la calificó en ASA2E”*.

Que el 13 de marzo de 2021 *“MARIA DORALBY acudió a la NUEVA CLINICA SAGRADO CORAZON para practicarse la cirugía de ‘ACROMIOPLASTIA DE HOMBRO DERECHO + SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR DERECHO + SUTURA DEL TENDON BICIPITAL POR ARTROSCOPIA”*.

Que ese mismo día, el personal asistencial de la clínica le entregó cuatro formatos de consentimiento informado –uno para procedimientos quirúrgicos durante la emergencia sanitaria por COVID-19; otro para la práctica de procedimientos de enfermería; uno más para procedimientos médico-quirúrgicos mayores; y, consentimiento informado para la realización del procedimiento de anestesia-, para que ella los firmara

“sin advertirle clara y profundamente, cuáles eran los riesgos inherentes a los procedimientos que se le iban a realizar, ni cuales eran los riesgos previsibles y las posibles reacciones alérgicas o efectos secundarios o complicaciones por la administración de medicamentos, ni cuales eran siquiera los medicamentos que le iban a suministrar, pero aun así, MARIA DORALBY firmó los consentimientos y como testigo firmó también SANTIAGO RIOS ZAPATA, su yerno, es decir, en realidad la paciente no conocía claramente y por ende no asumió los riesgos de los procedimientos quirúrgicos y los medicamentos que le iban a administrar”.

Que, en la fecha indicada, la paciente ingresó a la clínica a las 7:30 horas, en excelentes condiciones de salud, aunque con la presión arterial un poco elevada, lo que fue comunicado por la auxiliar de enfermería Paula Andrea Villa Rodríguez *“al cirujano*

ortopedista HUGO DANILO SERRATO GARCIA, y al anestesiólogo JULIO ADOLFO BORJA PARADAS, quienes de igual manera autorizaron el traslado a quirófano”.

Que la inducción anestésica comenzó a las 09:10 horas, y la cirugía a las 09:40, culminando a las 10:30, aparentemente, sin complicaciones.

Que a las 10:50, fue trasladada por la auxiliar de enfermería Leidy Victoria Torres Meneses, a la sala de recuperación, en compañía del anestesiólogo Julio Adolfo Borja Paradas, y por orden de este, a las 11:20 horas, le administra “*hidromorfona 0.4 mg por vía intravenosa*”.

Que “*Aproximadamente a los cinco (5) minutos de la aplicación de la hidromorfona, MARIA DORALBY “se torna somnoliente, cianótica, saturación 87%, ta 137/65 fc 75x, se llama y no responde”, por lo que se activa código azul y el anestesiólogo JULIO ADOLFO BORJA PARADAS acude a la sala de recuperación, y al evidenciar que paciente cursaba paro cardiorrespiratorio la trasladan al quirófano para iniciar reanimación cardiopulmonar – RCP*”.

Afirman que, en ese momento, la paciente presentaba “*una depresión respiratoria producida por el suministro de la hidromorfona (evento adverso), la cual no fue detectada a tiempo, lo que la llevó al paro respiratorio y luego al paro cardíaco*”.

Que a las 11:27 la ingresan al quirófano nro. 5 con *“depresión respiratoria, no responde al llamado, cianótica se activo código azul, y se procede a intubar con TET 7.0 infla neumo, fija a comisura laboral y conecta tubo a maquina de anestesia [...] inicia rcp a cargo de dr polo y dr alvarez (sic)”*.

Que a las 11:42 terminó la reanimación cardiopulmonar, siendo trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos a las 14:50 horas. A las 16:02 se activa de nuevo código azul por *“actividad eléctrica sin pulso de la paciente, se realiza reanimación de alta calidad durante 10 minutos, y finalmente se decide desfibrilar con 200 J, con lo que la paciente logra salir a circulación espontánea”*.

Que a las 23:12 horas, el especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, advirtió que la paciente estaba presentando mioclonías *“por lo que ordenó Propofol y ácido valproico”*. Y a las 01:14 horas del día siguiente, la médica especialista en terapia respiratoria, Yiseth Inés Ricardo Acosta, consignó que la paciente presentaba convulsiones. En razón de ello, el especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, Wilson Vicente Bastidas Benavides *“comenzó a sospechar una encefalopatía hipóxica isquémica, y diagnosticó además una injuria renal aguda”*.

Que el 15 de marzo, la doctora Maria Isabel Calle Morales, especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, ordena electroencefalograma por 48 horas y valoración por neurología. Tal valoración se realiza ese mismo día a las 14:42 por la neuróloga Carolina Guerra Posada, *“quien sospecha un síndrome de lance Adams”*, amén que la paciente sigue en estado epiléptico no convulsivo, ordenándose *“realización de*

videoelectroencefalograma 48 horas de acuerdo con las guías mundiales para con ello ajustar tratamiento”.

El examen culminó el 18 de marzo, con resultado “desastroso” *“toda vez que la paciente permanecía en estatus mioclónico persistente”* y con base en el mismo, el especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, doctor Nelson Javier Ruiz, *“diagnosticó estatus mioclónico por encefalopatía hipóxico-isquémica posterior a paro cardiorrespiratorio en el POP de corrección de ruptura del manguito rotador, y reitera sospecha de enfermedad coronaria como causante del evento”.*

Acotan que

“Finalmente, luego de retirar la ventilación, presentar neumonía nosocomial, entre otras complicaciones que se resolvieron, realizar una traqueotomía percutánea, una gastrostomía endoscópica fallida y una endoscopia abierta, la paciente logró estabilizarse, aunque nunca volvió a despertar, por lo que el médico internista FELIPE LOZANO PINEDA decidió dar el alta médica y solicitó traslado en ambulancia hasta su domicilio el 19 de septiembre de 2021²; pero esa alta médica no se dio por una recuperación de las complicaciones presentadas durante la cirugía del manguito rotador, se dio porque en la NUEVA CLINICA SAGRADO CORAZON no tenían nada más que ofrecerle a la MARIA DORALBY para que recuperara su salud y egresara por lo menos en las mismas condiciones en las que ingresó (sic)”.

Que, en adelante, dependió totalmente de sus hijos cuidadores, por las secuelas motoras y neurológicas, con traqueostomía, gastrostomía, con manejo por clínica de heridas, sin control de esfínteres, pues estaba postrada e inconsciente, situación que

² Ver anotaciones de la historia clínica de la Nueva Clínica Sagrado Corazón, realizadas por Dr. Felipe Lozano Pineda, página 1062 a 1064 de 1065.

persistió hasta el 3 de diciembre de 2021, que se produjo su fallecimiento.

Que, en razón de las complicaciones padecidas por la paciente durante la cirugía del 13 de marzo de 2021, la NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN realizó un reporte de evento adverso el mismo día, en el cual se concluyó lo siguiente:

“Evento adversos tipo E no asociado a procedimiento quirúrgico, no es clara la causa del evento posible evento isquémico coronario en paciente con cardiopatía posiblemente mixta por hallazgos en ecocardio TT en UCI vs posible reacción idiosincrática a hidromorfona, con desenlace no favorable por encefalopatía hipóxica (S. Lance Adams)”, y además, determinan que ese evento adverso era probable, pero la reacción idiosincrática – no evitable”.

Que a pesar de ser probable el evento, a la paciente no se le hizo un monitoreo estricto y continuo antes, durante y después de suministrarle hidromorfona, razón por la cual no se descubrió a tiempo la depresión respiratoria que llevó al paro respiratorio y luego al paro cardíaco, reanimados tardíamente, lo que ocasionó la encefalopatía hipóxica isquémica.

Que la muerte de Maria Doralby en tales circunstancias produjo un dolor inconmensurable en sus hijos, especialmente por el sufrimiento que la vieron padecer en su prolongada hospitalización, a pesar de haber ingresado en excelentes condiciones de salud el 13 de marzo de 2021, y sobre todo por la convicción de que los problemas de salud se originaron en una mala práctica médica.

Que Sebastián Camilo y Vanessa comenzaron a tener problemas en sus trabajos, por el tiempo requerido para atender las necesidades de su señora madre, razón por la cual Evelyn Andrea tuvo que retirarse del SENA, donde adelantaba estudios, para dedicar más tiempo al cuidado de su mamá.

La Réplica

La sociedad **NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN S.A.S.**,³ dijo no constarle algunos hechos, como los relativos a las condiciones personal y de pareja, así como la situación laboral de la señora Maria Doralby Montoya, y su condición de responsable del hogar. Admitió otros, como la valoración por ortopedia y traumatología en esa institución de salud, así como la llevada a cabo por la especialidad de anestesia, quien otorgó *“el aval para la realización del procedimiento quirúrgico por tratarse de una paciente con bajo riesgo anestésico, cardiovascular y quirúrgico, según consta en la historia clínica que se adjunta como prueba. Se recalca que los pacientes con clasificación ASA2, toleran sin complicación el acto quirúrgico de anestesia”*. Igualmente, admitió la realización del procedimiento quirúrgico el 13 de marzo de 2021.

Negó lo sostenido en la demanda en punto al consentimiento informado; expresó que, durante la prolongada hospitalización, la paciente y/o su acompañante, suscribieron varios consentimientos informados, previa advertencia de los riesgos inherentes, entre otros *“paro cardiorrespiratorio, lesiones neurológicas, efectos secundarios a los medicamentos y la*

³ PDF005C01PrimeraInstanciaC01Principal.

muerte”. Agrega que en el consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos se consignó:

“Toda intervención quirúrgica implica un riesgo para la salud, tanto por la propia técnica quirúrgica, como por la condición individual de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial, edad, anemia, obesidad, desnutrición, inmunosupresión, alergias, etc.), estos riesgos podrían llevar a una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que pueden requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como cierto porcentaje de mortalidad”.

“Anestesia: ...aumento o disminución de la temperatura del cuerpo, del azúcar en la sangre, de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial, de la frecuencia respiratoria, infarto y otra enfermedad del corazón y del cerebro, paro cardíaco o respiratorio con daño en órganos vitales y secuelas como quedar en estado de coma o producirse la muerte.”.

Manifestó que la afirmación sobre las “excelentes” condiciones de salud de la paciente al momento de su ingreso el 13 de marzo de 2021, son solo una opinión de la parte demandante, que no un hecho, *“ya que presentaba como antecedentes personales obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias en manejo”,* amén que ingresó precisamente para manejo quirúrgico de una lesión del manguito rotador del hombro derecho. Y aunque la presión arterial estaba un poco elevada, *“no se encontraba dentro de los rangos de emergencia hipertensiva que implicará desistir de la realización del procedimiento quirúrgico que se encontraba programado ese 13 de marzo de 2021 (sic)”.*

En cuanto a la intervención quirúrgica, afirmó que se llevó a cabo sin complicaciones, lo que halla respaldo tanto en la historia clínica como en el reporte de evento adverso realizado esta institución.

Sobre el medicamento hidromorfona, expresó que se le administró estando la paciente completamente despierta y alerta en sala de recuperación, *“como parte de control multimodal del dolor 0.4mg de hidromorfona IV bajo monitoreo por instrucciones del Médico Anestesiólogo, según consta en la historia clínica que se adjunta como prueba y en consonancia con lo indicando en el dictamen pericial”*; que el mismo se encontraba indicado para el manejo de la analgesia multimodal post-operatoria y la dosis administrada está dentro de los rangos aceptados por la literatura científica, amén que hasta entonces, la paciente no presentaba alergia a dicho medicamento. Por demás, no hubo demoras en atender la depresión respiratoria, pues advertida la somnolencia que tuvo la paciente a los cinco minutos de aplicada tal medicina, la auxiliar de enfermería activó el código azul, ante lo cual acudió de inmediato el anestesiólogo y se trasladó al quirófano para reanimación.

Negó la acusación de no haber detectado a tiempo el paro cardiorrespiratorio, por el contrario, la historia clínica muestra una detección temprana, *“Es más, el reporte del evento adverso realizado el 13 de marzo de 2021 describe como acciones inmediatas desplegadas por la Clínica al advertir la reacción idiosincrática al medicamento Hidromorfona: La activación de Código Azul; Soporte ventilatorio, vasopresor y monitoria invasiva; Neuro protección y manejo integral en UCI y apoyo con la especialidad médica de Neurología”*.

Aseveró que la reanimación cardiopulmonar terminó exitosamente a las 11:42. A las 14:50 fue ingresada a la UCI,

acompañada del personal de enfermería y el anestesiólogo, “con monitoreo continuo e invasivo de signos vitales y soporte ventilatorio, según consta en la historia clínica que se adjunta como prueba”.

Admitió que a las 16:02 horas “se activa nuevamente Código Azul por actividad eléctrica sin pulso de la paciente MARIA DORALBY MONTTOYA. Por lo tanto, se procede a realizar reanimación de alta calidad durante 10 minutos, se administran 3 mg de adrenalina totales y 100 meq de bicarbonato y finalmente se decide desfibrilar con 200 J, con lo que la paciente logra salir a circulación espontánea, según consta en la historia que clínica que se aporta como prueba (sic)”. Afirmó que después de esta, la paciente padeció Síndrome Posparo Cardíaco, “lo cual acarreoó una lesión cerebral y disfunción miocárdica, sin que este síndrome sea imputable al retraso en la atención del paro cardiorrespiratorio, ya que no existió demora alguna a la hora de intervenirlo, sino que es una complicación inherente y frecuente del paro cardiorrespiratorio”.

Aceptó que a las 23:12 horas se advirtieron mioclonías, lo que implica “alta probabilidad de daño neurológico severo con riesgo de muerte o dependencia para las actividades de la vida diaria de los pacientes. Por lo tanto, la presencia de las mismas ya era indicativas de un pobre pronostico neurológico de la señora MARIA DORALBY MONTTOYA (sic)”. El 14 de marzo a las 01:14 horas, se presentan convulsiones.

El 15 de marzo fue valorada por medicina crítica y cuidado intensivo, quien solicita electroencefalograma por 48 horas y

valoración por neurología, la cual se realizó el mismo día, encontrando que *“padece un posible síndrome de Lance Adams, sospechándose que continuaba en estado epiléptico no convulsivo. Por lo tanto, la profesional de la salud ordenó la realización de video electroencefalograma durante 48 horas para ajustar el tratamiento médico, según consta en la historia clínica que se adjunta como prueba”*.

Admitió que a partir de los antedichos exámenes

“la señora MARIA DORALBY MONTOYA fue diagnosticada con estatus mioclónico por Encefalopatía Hipóxico-Isquémica posterior a paro cardiorrespiratorio en el POP de Corrección de Ruptura del Manguito Rotador, diagnóstico que era totalmente factible en la medida en que durante el paro cardiorrespiratorio súbito (por la reacción adversa idiosincrática) la lesión cerebral se produce inevitablemente con la interrupción del aporte de oxígeno al cerebro”.

Finalmente, manifestó que la paciente *“quedó con una serie de secuelas permanentes e irreversibles producto de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica, como lo son la traqueostomía, gastrostomía y la dependencia funcional derivado del síndrome pos paro”*, y que después de una prolongada estancia, se decidió darle de alta para continuar su tratamiento en casa, donde la institución le prestó oportunamente todos los servicios requeridos. Y afirma que no existe nexo causal entre el diagnóstico de *“Encefalopatía Hipóxico Isquémica y el posterior deceso de la señora MARIA DORALBY MONTOYA con el actuar del personal médico de NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN S.A.S. quienes siempre prestaron un servicio dentro de lo que la Lex Artis ordena (sic)”*.

Termina oponiéndose a las pretensiones y planteando a manera de excepciones de mérito las que denomina: “*Ausencia de culpa-riesgo inherente*”; y, “*Ausencia de nexo causal*”. De otra parte, plantea objeción al juramento estimatorio, resaltando aspectos que, en su criterio, impiden la certeza de los elementos que permitan liquidar un lucro cesante.

En escrito separado,⁴ la demandada formuló llamamiento en garantía a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. con base en el contrato de seguro de responsabilidad empresarial de clínicas, documentado en la póliza nro. 0282197-1, con cobertura de las atenciones prestadas en el año 2021, calenda en que ocurrieron los hechos referidos en la demanda. Libelo admitido por auto del 11 de noviembre de 2022, y que fue respondido en oportunidad,⁵ destacando la necesidad de atenerse a los términos de la póliza.

La codemandada **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.** dio respuesta⁶ a la demanda diciendo, en general, no constarle los hechos puesto que no participó en ellos, aunque resalta que con la demanda se acompañaron copias de los consentimientos suscritos por la señora Maria Doralby Montoya Velásquez y por su acompañante Santiago Ríos Zapata, en los que aparecen los procedimientos a realizar y sus posibles riesgos y complicaciones, sin que se cuente con elementos para pensar que la información no se suministró o no fue comprendida por los interesados.

⁴ PDF01C01PrimeraInstanciaC02LlamamientoEnGarantía.

⁵ PDF03C01PrimeraInstanciaC02LlamamientoEnGarantía.

⁶ PDF007C01PrimeraInstanciaC01Principal.

También destaca que, conforme a lo reseñado en la historia clínica aportada con la demanda, no puede concluirse que hubo mora en la detección del evento adverso del medicamento hidromorfona, que por demás corresponde a un riesgo inherente, sin que se evidencie error en el actuar médico.

Termina manifestando oponerse a las pretensiones, pues no se plantea ningún hecho del que derive responsabilidad para la aseguradora, ni se estructura la responsabilidad civil médica que se imputa a la NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN, pues no se acreditan la culpa ni el nexo causal, necesarios por enmarcarse el asunto en el ámbito de la responsabilidad subjetiva, por tratarse de obligación de medios.

Finalmente, a manera de excepción de mérito, plantea la que denomina: *“Ausencia de Culpa. Diligencia y cuidado”*, afirmando que

“En el presente asunto, se evidencia el cumplimiento diligente de las obligaciones que le incumbía a la codemandada en las atenciones médicas brindadas a la paciente, en condiciones de calidad, idoneidad y oportunidad, conforme a los síntomas y signos que evidenció.

“En consecuencia, se estima que se configura la excepción de diligencia y cuidado, que correlativamente conlleva al reconocimiento de una ausencia de culpa”.

La Sentencia

Trabada la relación procesal, surtido el traslado de las defensas propuestas y agotado el trámite de rigor, conforme a los artículos

372 y 373 del C.G.P., ocasión esta última en que se anunció el sentido del fallo, oportunamente se profirió sentencia escrita,⁷ desestimatoria de las pretensiones, partiendo de plantearse como problema jurídico *“si se probó el hecho dañoso como tal acusado, esto es, una atención médica deficiente y una mala praxis médica por un diagnóstico y reanimación tardía. Además, si se realizó y obtuvo el consentimiento informado de la paciente antes del procedimiento quirúrgico”*; y, de salir avante tales presupuestos, *“deberá constatarse si se encuentra probado el nexo causal y la culpa; y solo en ese evento, si se acreditaran los perjuicios reclamados, así como las diferentes excepciones de mérito formuladas”*.

Comenzó sus consideraciones realizando una alusión general a la responsabilidad civil, que incluye a todo el que ha cometido un delito o culpa que ha causado daño a otro (art. 2341 C.C.), razón por la cual los médicos, aunque asumen obligación de medios, están llamados a responder por los perjuicios que causen a sus pacientes, en ejercicio de su actividad, lo cual respalda en providencias de la Sala Civil de la H. Corte Suprema de Justicia, para concluir, con base en el artículo 167 del C.G.P., que incumbe al demandante en estos casos acreditar ***“el hecho a título de culpa, el daño antijurídico, el nexo de causalidad”***, en respaldo de lo cual cita apartes jurisprudenciales. Puntualiza además que *“esta causalidad exige un requisito mayor y es precisamente que esa conducta activa u omisiva **constituya causa adecuada y eficiente para la producción del daño cuya reparación se solicita**, recordando que, solo es causa del*

⁷ PDF043C01PrimeraInstanciaC01Principal.

daño la condición que, según el curso natural y ordinario de las cosas, es idónea para producir un resultado”.

Con tales prolegómenos abordó el caso concreto, partiendo de rememorar los dos aspectos en que se soportan las pretensiones, según lo expresado en la demanda, en el pronunciamiento sobre las excepciones, y también en la fijación del litigio:

- “(i) No habersele explicado a la víctima directa de manera clara, precisa y concreta cuáles eran los efectos adversos y reacciones alérgicas previsibles del suministro de los medicamentos, tales como una depresión respiratoria o un paro respiratorio y/o cardíaco o una encefalopatía hipóxico isquémica; por lo que ella no asumió tales riesgos”.*
- “(ii) la desatención, no valoración o simplemente la negligencia con la que se administró la hidromorfona, pues no se realizó un monitoreo estricto y continuo, antes, durante y después de suministrarle ese medicamento a la paciente; (...) [pues] no se detectó a tiempo la depresión respiratoria que la administración de hidromorfona generó como efecto adverso, desatención que permitió y a su vez generó daños y problemas de salud mayores, como fue el paro respiratorio, luego el paro cardíaco y finalmente la encefalopatía hipóxico isquémica que al final ocasionaron su deceso”.*

Específicamente, de la fijación del litigio, destacó que

*“se consintió expresamente por el apoderado de la parte demandante, que era objeto de debate **-debía probarse- “la atención deficiente, mala práctica médica y una reanimación tardía. Estos son los 3 actos que acusa la parte demandante que gravita la responsabilidad de la parte demandada; adicionalmente, también el consentimiento informado que se le dio a la señora MARÍA DORALBY”.***

En punto a lo que quedó probado y admitido, citó el *a quo*:

“El hecho de la atención clínica, en los términos que reposa en la historia clínica adosada por las partes, es decir, no va a ser objeto de debate la atención clínica en la forma que está consignada en la historia clínica.

“Está acreditado el daño como ocurrencia física, y consiste en el paro respiratorio que tuvo la señora María Doralby Montoya que posteriormente llevó a un estado vegetativo que terminó fatalmente con su deceso”.

Recordó seguidamente que la señora Maria Doralby Montoya Velásquez, según se narra en la demanda, para el año 2021 era persona mayor de edad, que en un accidente sufrió *“ruptura manguito rotador del hombro derecho-lesión SLAP II”*, por lo que se le ordenó manejo quirúrgico. Pero no se le informaron, con suficiencia, los riesgos inherentes a tal procedimiento *“ni cuáles eran los riesgos previsibles y las posibles reacciones alérgicas o efectos secundarios o complicaciones por la administración de medicamentos, ni cuáles eran siquiera los medicamentos que le iban a suministrar”.*

También se afirmó

*“que una vez realizada la intervención quirúrgica “acromioplastia de hombro derecho + sutura del manguito rotador derecho + sutura del tendón bicipital por artroscopia”, el 13 de marzo de 2021, encontrándose en sala de recuperación, le fue suministrada hidromorfona 0.4 mg por vía intravenosa, **y que una vez pasados 5 minutos de la aplicación del medicamento hidromorfona**, se tornó somnoliente, cianótica, saturación 87%, ta 137/65 fc 75x, se llama y no responde, por lo cual fue activado el código azul; señalando que de este evento adverso se produjo un daño irreversible, y su posterior deceso”.*

Según la demanda, entonces, la responsabilidad deriva **“en tanto no se le realizó un monitoreo estricto y continuo, antes, durante y después de suministrarle la hidromorfona,** por lo

que no se detectó a tiempo la depresión respiratoria, lo que la llevó al paro respiratorio y luego al paro cardíaco, los cuales fueron reanimados tardíamente. (hecho 4.33 y 4.34)”.

Anticipó seguidamente que, sin desconocer lo doloroso de la situación que debieron afrontar los demandantes, no encuentra estructurado el hecho culposo que se atribuye a la parte demandada. Dijo que, aun conforme a lo dicho en la demanda (hecho 4.11), la paciente sí suscribió los consentimientos informados y también lo hizo su yerno, el señor Santiago Ríos Zapata, como en efecto lo acredita la aludida prueba documental *“en especial el consentimiento informado para la realización del procedimiento de enfermería y anestesia donde en efecto se avizora que se encuentra debidamente diligenciado **por la paciente, su yerno, y el médico tratante**, momentos antes del procedimiento”.*

Además, consta en el historial que la paciente fue atendida el 8 de marzo de 2021 por tele consulta (era época de pandemia), por el médico anesthesiólogo Antonio José, quien dejó constancia escrita de haber informado sobre los riesgos del procedimiento al cual se iba a someter la paciente. Adicionalmente, como consta en notas de enfermería del 13 de marzo de 2021, se le explicó a la paciente el procedimiento, las reacciones adversas y posibles efectos secundarios, amén que la historia clínica estaba completa con los consentimientos informados suscritos, de todo lo cual se agregan a la sentencia las correspondientes capturas de pantalla.

A la antedicha prueba documental, sumó el juez lo dicho por los hijos de la paciente al absolver interrogatorio de parte

“en los que coincidieron, que la señora MARÍA DORALBY, era una señora mayor de edad, que se encontraba laborando de manera independiente lo que de suyo se puede colegir que la víctima directa contaba con todas sus capacidades intelectuales; inclusive, tal como quedó constancia en [la] misma historia médica del 08 de marzo de 2021, se avizora “SN: GLASGOW 15/15” que en términos médicos es una escala médica que indica conciencia normal del paciente”.

Advirtió que tales documentos presentan una redacción sencilla y comprensible

“más porque incluso en los riesgos informados en tele consulta el médico anestesiólogo le informó de todos ellos, de manera verbal, indicando además que el día en el que se realizaría tal procedimiento sería diligenciado de manera físico, como así ocurrió y como quedó demostrado anteriormente; ello además corroborado en vista pública del 19 de junio de 2025 por parte del testigo SANTIAGO RIOS ZAPATA. Por lo que muy al contrario de lo indicado por el apoderado de la parte demandante, para esta instancia, la CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN, sí dio cabal cumplimiento al artículo 15 de la Ley 23 de 1981”.

En relación con los medicamentos y demás actos que deban realizarse en el posquirúrgico, consideró que no puede exigirse un consentimiento informado independiente, como lo expresó el representante legal de la clínica demandada, y lo expuso también el doctor Mauricio Echeverri Díez en su declaración. Y en este caso, la hidromorfona no estaba contraindicada, como lo expresaron los diferentes profesionales de la salud que aquí intervinieron, incluida la experticia aportada por la parte actora, y que su aplicación se da, de acuerdo con el desenvolvimiento de la fase de recuperación, como analgésico para contrarrestar el dolor.

Concluyó, entonces, que la paciente en este caso consintió debidamente informada, por lo que suscribió los respectivos documentos, en compañía de su yerno, señor Santiago Ríos, quien por demás es enfermero. O sea que no solo a la paciente se le ilustró

“sino que con ella estuvo una persona de su confianza y con un vínculo afectivo, que por su experiencia o conocimiento profesional o técnico, debía saber y entender a cabalidad lo explicado, y con ello ante un ápice de duda, las reglas de la experiencia sugieren que, aunque en audiencia manifestó que la información recibida pasó como un mero trámite, y que además lo recibió por parte de personal administrativo de la entidad, lo cierto es que pudo haber confrontado al galeno que ofreció la información, al paso de explicarle con más detalle a la paciente lo expuesto; en otras palabras, sin duda era un puente de comunicación asertiva en la relación médico-paciente”.

De ahí que “si no hubo notas marginales ni anotaciones diferentes en la historia clínica de MARÍA DORALBY, es porque justamente sí entendió de lo que se le exponía”.

A lo anterior se suma lo expuesto por el doctor Julio Adolfo Borja en el sentido de haber informado a la paciente “no solo sobre los beneficios de la anestesia multimodal que iba a ser empleada, sino de los riesgos inherentes al procedimiento”. Recalcó que, además, todo ello consta en la historia clínica, que no es objeto de debate en el proceso. Y agrega que

*“no se expuso a un riesgo injustificado como lo reconocieron los demandantes a lo largo del proceso, pese al triste resultado, y es que en atención a que por riesgo injustificado según el artículo del Decreto 3380 de 1981 se entiende **“aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico patológicas del mismo”** se predica que no hay disparidad entre las partes, ni entre los dictámenes aportados al proceso en punto a **que el medicamento hidromorfona, en cuanto a su dosis, empleo y***

tiempo en el que se suministró se hizo de manera adecuada y de conformidad con la lex artis, en consecuencia, no se sometió a un riesgo injustificado a la señora Montoya Velásquez”.

Descartó así el *a quo* el hecho culposo basado en ausencia de consentimiento informado, y pasó a analizar su segundo soporte -deficiente o tardía prestación del servicio-, advirtiendo delantadamente que tampoco se encuentra probado.

Rememoró que desde la atención previa al procedimiento y, por lo mismo, al efecto adverso que a la paciente le produjo el medicamento hidromorfona “*lo primero a anotar, es que ya fue concluido que sí se agotó en debida forma el consentimiento informado y con ello se trasladó en debida forma a la paciente*”.

Dijo que la atención prequirúrgica comenzó en la tele consulta con el anestesiólogo Antonio José Otero Navarro, el día 8 de marzo de 2021, conforme a la cual, la señora Montoya no era alérgica a ningún medicamento, ni presentaba condiciones cardíacas, siendo calificada en Asa 2e, lo que permite concluir que no había preexistencias ni alertas, situación pacífica, por demás, en los conceptos y dictámenes aportados, incluido el de la parte actora, del cual destaca que la prescripción de la hidromorfona fue correcta, así como la dosis y el momento de su aplicación.

A lo visto se suma la declaración del especialista en anestesiología, doctor Julio Adolfo Borja, encargado de monitorear la salud de la paciente durante el procedimiento quirúrgico y su posterior recuperación, según el cual no había alertas ni preexistencias que indicaran señal de alarma “*frente a*

*un posible efecto adverso, que no se esperaba y reiteró que fue una reacción idiosincrática, inadvertida”. Tal declaración, expresó el a quo, le merece credibilidad, no solo por haber intervenido directamente en la atención de la paciente, sino porque su proceder fue avalado por profesionales que aquí fungieron como peritos, máxime cuando coinciden estos en cuanto a que “la probabilidad de surgir un efecto adverso a **la hidromorfona es baja o poco común**, y que es en las cirugías mayores las de mayor prevalencia, siendo estas las cirugías que comprometen órganos vitales, no siendo así en el presente caso, pues recuérdese que fue una cirugía en su hombro, por ruptura del manguito rotador”.*

Tanto más cuanto se repare en que fue aplicada la dosis adecuada y en el momento adecuado, respecto de lo cual vale citar la explicación brindada por el Dr. Mauricio Echeverri Díez, en cuanto a que “la anestesia suministrada es de efecto inmediato, poco residual, y que la persona no se encontraba dormida, se encontraba totalmente despierta, **todo ello bajo los mismos indicadores de la historia clínica**”, lo que coincide con lo depuesto al respecto por el doctor Julio Adolfo Borja, que en parte transcribe.

De lo visto concluyó el juzgador de primer grado que asiste razón a la demandada cuando alega “ausencia de culpa-riesgo inherente”, pues el obrar de los galenos se ajustó a los protocolos médicos vigentes, conforme al resultado que se hizo constar en el “Evento_EVA-2021233” en el cual en las observaciones se fijó que el evento se consideró: “Se realiza análisis con algoritmo de Naranjo obteniendo un puntaje de 7 con lo que se considera la

reacción **PROBABLE**. Se adiciona que la dosis de 0,4 mg de hidromorfona para continuar manejo de analgesia multimodal post-operatorio, se encuentra dentro de los rangos terapéuticos. **De acuerdo a lo anteriormente descrito la reacción se considera IDIOSINCRATICA – NO EVITABLE”.**

En cuanto a lo ocurrido con posterioridad al suministro del medicamento, a igual conclusión se llega, pues la clínica estaba dotada adecuadamente para la atención inmediata del evento adverso; la paciente estuvo siempre monitoreada por enfermería; se activó el código azul una vez presentada la sintomatología, y fue atendida por el profesional especializado de manera inmediata y diligente, amén que la sala de recuperación es contigua al quirófano, según se advierte en la declaración del mismo perito. Por eso, no puede aceptarse que la atención fue tardía, como se afirma en la demanda, con base en una apreciación subjetiva de la perito, pues en verdad

“de la historia clínica, que no fue desconocida, ni tachada de espuria, no se puede colegir con certeza tales afirmaciones. Lo contrario es adoptar unas meras suposiciones de lo que pudo o no pudo haber pasado en el interregno comprendido entre la aplicación del medicamento hidromorfona a las 11:20 horas y sus primeros síntomas consignados a las 11:25, y su atención de reanimación cardiopulmonar a las 11:27 horas; que inclusive, si los síntomas se presentaron a las 11:25 su atención fue inmediata, dentro de los 2 minutos siguientes, en los términos de la lex artis; y la paciente tuvo un acompañamiento y monitoreo continuo”.

Recuerda en este punto el señor juez que

*“la historia clínica, es definida por el artículo 1º de la Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social cómo: “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, **en el cual se***

registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”.

También, que la misma resolución estableció la obligatoriedad de registro en los siguientes términos:

*“ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. **Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma**” (Negrillas fuera de texto).*

Expresó más adelante:

*“teniendo en cuenta que las notas de enfermería hacen parte integral de la historia clínica, que además es un documento que constituye plena prueba por mandato de la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, al considerarla como un “documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención”; además, que esta prueba documental **no fue desconocida ni tachada de espuria por ninguna de las partes (Art. 244 del C. G. del P.),** y que de ella no hay ningún punto de debate según la fijación del litigio, la consecuencia obligada es que total crédito merece para esta instancia”.*

Resaltó seguidamente que en esa historia clínica *“específicamente en las notas de enfermería, **se dejó constancia de fecha y hora de traslado a sala de recuperación, y que le acompañaba anesthesiólogo y auxiliar de enfermería**”.*

En dicho documento consta también el ingreso de la paciente a sala de recuperación en compañía de anesthesiólogo y de su yerno.

Encontrándose allí, a las 11:20 se suministra el medicamento hidromorfona 0.4 mg., bajo monitoreo, hora que *el a quo* destaca, por ser de ahí que se desprendieron efectos adversos en aquella, comenzando por la sintomatología, luego el cuadro de encefalopatía hipóxico-isquémica severa y su posterior fallecimiento, que se atribuyen a una reacción tardía de los médicos.

Llamó la atención del despacho lo dicho por el médico legista Mauricio Echeverri Díez en dictamen pericial aportado por la parte demandada, refiriéndose a la hidromorfona: ***“El inicio de la analgesia comienza a los 5 minutos de la administración intravenosa, alcanzando el máximo efecto entre los 8 y los 20 minutos”***, lo que en efecto ocurrió en este caso, pues transcurridos cinco minutos desde su aplicación, según consta en la historia clínica, apareció la sintomatología como cianosis y caída de oxigenación, por lo que se activó el código azul por el auxiliar de enfermería, llamado que atendió de inmediato el anestesiólogo, Dr. Borja, trasladando la paciente al quirófano.

Estimó relevante que en las notas de enfermería se haya reseñado que esta se encontraba somnolienta y cianótica, pues de acuerdo con los interrogatorios de los peritos, declaraciones de los testigos y médicos tratantes, esos signos son verificados por la auxiliar de enfermería, no se advierten directamente de los monitores a los cuales esté conectado el paciente, amén que son síntomas que pueden surgir de manera súbita.

Rememoró en este punto que conforme a lo indicado tanto por el representante legal de la clínica demandada, el doctor Mauricio

Echeverri y el doctor Borja, así como la auxiliar de enfermería, la sala de cuidados posanestésicos está al frente, a pocos pasos de la sala de cirugía.

Igualmente destacó que, conforme a la historia clínica, a las 11:27 la paciente es ingresada al quirófano 5° e inicia reanimación, tiempo de reacción que se advierte razonable, como incluso lo expresó la perito Sofía González Borrero, en la aclaración al dictamen rendido, al expresar que *“el tiempo transcurrido entre tal suceso y la reanimación fue pronto, suficientes para haber evitado la encefalopatía hipóxica”*. Considera la perito que **“se detectó tardíamente el paro respiratorio que llevó a la paciente a un paro cardíaco”**, pero sin explicar de dónde deviene esa conclusión ni de qué parte de la historia clínica lo avizora, pues el solo resultado adverso no es suficiente para concluir que, entonces, la atención fue tardía.

Analiza el juez que, en ampliación al dictamen y considerando la respuesta a la pregunta 17 en el sentido que *“Pudo haber una sumatoria de efectos depresores respiratorios entre los medicamentos aplicados a la paciente”*, se inquirió a la perito acerca de qué medicamentos produjeron los efectos depresores, a lo cual respondió: *“La hidromorfona y posiblemente algo de remifentanyl que pudo haber quedado en el equipo de venoclosis”*. Se le preguntó si fue acertado suministrar todos los medicamentos en la manera en que se hizo o de lo contrario ¿cuáles debían suspenderse o cómo debían suministrarse?, y respondió: *“Sí fue medicamento acertado el suministro de todos los medicamentos. El remifentanyl produce mucha depresión*

respiratoria si no se retira totalmente de los líquidos y de los equipos de venoclosis del paciente”.

Teniendo en cuenta que en respuesta a la pregunta 18 dijo que la depresión respiratoria no fue detectada a tiempo, se le preguntó ¿en qué momento debió detectarse la depresión respiratoria?, a lo cual respondió: *“Inmediatamente, ya que el paro respiratorio que no se atiende en menos de 5 minutos, lleva a paro cardíaco y encefalopatía hipóxica.”* Interrogada sobre qué síntomas tenía la paciente que demostraban o indicaban esa depresión respiratoria, contestó: *“A la paciente se le bajó la saturación de oxígeno cinco minutos después de colocada la hidromorfona y se puso cianótica (de color azul oscuro) que es un signo de baja oxigenación. Posteriormente hace el paro cardíaco y es cuando le avisan al personal médico”.* Y a pregunta de cómo debió abordarse esa depresión respiratoria por parte del personal médico, manifestó: *“Como la paciente rápidamente entró en paro cardiorrespiratorio, se le debió hacer reanimación cardiopulmonar, manejo de la vía aérea y oxigenación”.*

Advierte el señor juez que lo concluido por la perito de los demandantes, parte de cuestionamientos a la historia clínica, que no es tema de discusión, pues no fue cuestionada ni en la demanda, ni al descorrer el traslado de las excepciones, ni en la fijación del litigio. *“Para retomar lo antes expuesto, nótese como los efectos adversos de la hidromorfona resultaron una vez transcurridos 5 minutos desde su aplicación- según historia clínica, y una vez sucedió, se activó el código azul, y transcurridos 2 minutos, se encontraba en trabajo de reanimación cardio respiratorio”,* y agregó que *“Si la exposición del peritaje aportado*

por la parte actora apunta a una atención dentro de los primeros cinco minutos, lo que aquí se dio, no es comprensible dónde se soporta la atención tardía que indica, que como se vio, no puede ser a partir de la descalificación de la historia clínica”.

En contraste, dijo el señor juez,

“el otro dictamen pericial adosado, y rendido por el Dr. Mauricio Echeverri Díez, se muestra elocuente y coherente con la historia clínica de MARÍA DORALBY MONTOYA, arrojando como conclusión que no existe el hecho culposo atribuido; pues manifestó que aunque había una probabilidad de ocurrencia del evento adverso de paro cardiorrespiratorio, no era previsible y en todo caso, aun sucediendo, fue monitoreado de manera adecuado, tuvo acompañamiento todo el tiempo, y se llevó a cabo su atención de manera oportuna. Todo esto, hay que precisar está respaldado con la historia clínica aportada”.

Concluyó, entonces, que la historia clínica muestra una atención ajustada a la *lex artis* que, por lo mismo, no respalda lo conceptuado por la perito de la parte actora sobre una atención tardía, respecto de lo cual expresó el otro perito que, de haberse tratado tardíamente la depresión, la paciente no hubiese siquiera salido con vida del evento del paro cardiorrespiratorio, por lo que

*“razón le asiste a la parte resistente, la cual indicó que se trató de **una reacción idiosincrática** al medicamento Hidromorfona, es decir, consistió en una reacción **no predecible – no evitable, como lo adujo la Clínica Sagrado Corazón S.A.S. y el Dr. Borja**, y aun siendo no previsible, se trató de manera inmediata, siempre estuvo acompañada en su atención del personal médico, demostrando con ello un actuar diligente y no culposo; lo anterior concluido también por el perito Mauricio Echeverri Díez:*

“A pesar de haberse dado un manejo realizado oportunamente y adecuadamente se puede dar la EHI, ya que la respuesta de cada paciente a la noxa es individual y a pesar de que estadísticamente se demuestre que a mayor tiempo de hipoxia la posibilidad de

recuperación es menor, las respuestas de los pacientes siguen siendo idiosincráticas e individuales, asociadas a las condiciones de cada uno de ellos, lo que lleva que a pesar de hacer un oportuno y adecuado manejo el paciente puede quedar con secuelas permanentes e incluso fallecer”.

En la misma línea encontró el juzgador las declaraciones, sin titubeos, de los médicos que atendieron a la paciente, doctores Otero y Borja, así como de la auxiliar de enfermería Maria Eugenia Quintero.

Concluyó así que, aunque se quejan los demandantes de no haberse trasladado el riesgo con un debido consentimiento informado, ello sí se hizo, solo que acaeció uno de los riesgos de la práctica del procedimiento, y aunque ese efecto adverso de la medicina suministrada fue no predecible, fue tratado de manera inmediata. Tal situación encaja en la previsión del artículo 13 del Decreto 3380 de 1981: *“Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico”*, lo que advirtió en perfecta concordancia con el artículo 16 de la Ley 23 de 1981: *“La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto”*.

Retomó luego lo dicho al inicio para recordar que la obligación que adquieren los médicos es de medios, *“De ahí que sea indispensable acreditar **un actuar culposo, negligente y violatorio de la lex artis** para poder endilgar dicha*

responsabilidad, actuar éste que no quedó plenamente probado”, lo que hace superfluo analizar los demás elementos de la responsabilidad, las excepciones de mérito y los llamamientos en garantía.

El recurso de apelación

Oportunamente apeló el apoderado de la parte actora formulando como reparos concretos los siguientes:⁸

1) Cuestiona la conclusión sobre el consentimiento informado, afirmando que es equivocado derivarlo de la simple firma de cuatro formatos genéricos, aunque incluyan estos la advertencia de riesgos como muerte y paro cardiorrespiratorio. Expresa que conforme a la jurisprudencia (SC16690-2016), se requiere información clara y específica acerca de los riesgos previsibles del tratamiento. Que en este caso *“El riesgo que se materializó no fue uno genérico de la cirugía, sino uno específico y documentado de la hidromorfona: la depresión respiratoria severa, el cual, según el dictamen de la Dra. Sofía González, se potencia en la etapa posanestésica”.*

Enrostra a la sentencia haber desestimado la prueba testimonial directa en cabeza del señor Santiago Ríos Zapata, quien afirmó que no les fueron informados los riesgos *“y, especialmente, que nunca se mencionó el medicamento hidromorfona ni sus efectos particulares. El juez priorizó la formalidad del papel sobre la realidad del acto, que fue una firma apresurada y carente de*

⁸ PDF044C01PrimeraInstanciaC01Principal.

información, vulnerando el derecho a la autonomía de la señora MONTOYA VELASQUEZ. Un riesgo no informado es un riesgo asumido por quien tenía el deber de informar”.

2) Reprocha la conclusión de ausencia de culpa o mala *praxis*, acusando al juzgador de limitar el análisis de la culpa simplemente a la correcta prescripción y dosificación del medicamento hidromorfona, aspectos estos aceptados por la perito de la parte demandante, pero omitió valorar que *“la culpa no radicó en la elección del fármaco, sino en la omisión del deber de seguridad accesorio e ineludible que su administración imponía”*. Advierte que si bien la *lex artis* no veda el suministro de medicamentos de alto riesgo, como lo explicó la perito, *“sí impone, como contrapartida obligatoria, una vigilancia y monitoreo de la más alta exigencia, precisamente porque los efectos adversos, aunque poco frecuentes, son previsibles y catastróficos. La culpa médica en este caso no es de acción (por prescribir), sino de omisión (por no vigilar adecuadamente), un matiz que el Juez ignoró por completo, llevando a una conclusión errada sobre la ausencia de mala praxis”*.

3) Cuestiona que para el juez la complicación fue una reacción imprevisible y no evitable, aceptando así, sin un análisis crítico, la tesis de la clínica demandada, de que se trató de *“reacción idiosincrática - no evitable”*, muy a pesar de que la perito Sofía González explicó con claridad la diferencia *“entre una reacción idiosincrática (genéticamente determinada e imprevisible, como una alergia rara) y la materialización de un efecto adverso conocido y previsible. La depresión respiratoria es el efecto adverso más conocido, documentado y temido de los opioides como*

la hidromorфона”. Y agrega que “La reacción no fue imprevisible; lo que falló fue el plan de contingencia para manejarla cuando, previsiblemente, ocurrió. El daño no deviene de la reacción misma, que pudo ser controlada, sino de la falta de una respuesta oportuna ante ella, lo que constituye una falla directa en el servicio médico brindado a la paciente”.

4) Censura la conclusión de que el monitoreo de la paciente fue continuo y adecuado, a partir de que la historia clínica muestra que se le tomaron signos vitales antes y después de la administración del medicamento y que estaba conectada a monitores con alarmas, amén que el hecho de que la auxiliar de enfermería se percatara de signos clínicos como la “cianosis”, demostraba que había una observación directa y constante más allá de los equipos.

Tal apreciación constituye un yerro de valoración probatoria *“pues ignora la evidencia más contundente: **el vacío probatorio** en la historia clínica entre las 11:20 a.m. (administración del fármaco) y las 11:25 a.m. (hallazgo de la paciente en crisis). No existe un solo registro de signos vitales en el lapso más crítico, ausencia, omisión o defectuosa elaboración de la historia clínica que, tal y como lo ha dispuesto la Corte Suprema de Justicia de manera uniforme y pacífica, debe considerarse como un indicio grave en contra de la Clínica accionada (ver por ejemplo sentencia SC5641-2018 CSJ-SC)”.*

Es que como lo expresó la perito González, encontrar a la paciente cianótica, no es prueba de monitoreo adecuado *“sino la prueba irrefutable de una detección tardía. La cianosis es un signo tardío*

de hipoxia. Un monitoreo “continuo y estricto”, como lo exige la S.C.A.R.E. y la lex artis para estos casos, implica la presencia de personal y monitores con alarmas audibles que alerten al primer signo de desaturación, mucho antes de llegar a la cianosis. El juez confundió el reporte de la crisis con la vigilancia que debió evitarla”.

5) El *a quo* concluyó que la respuesta del equipo médico fue inmediata y diligente. Esto a partir de considerar que entre la activación del código azul a las 11:25 a.m. y el inicio de la RCP a las 11:27 a.m., transcurrieron solo dos minutos. *“El error del despacho consiste en iniciar el conteo en el momento del hallazgo, y no en el momento en que médicamente debió iniciar la crisis. Como lo explicó la perito Sofia, para que la paciente estuviera cianótica y sin respuesta a las 11:25 a.m., la depresión respiratoria y la hipoxia severa necesariamente habían iniciado varios minutos antes”.*

Agrega el recurrente que

*“El daño cerebral irreversible ocurre en un lapso de 3 a 5 minutos desde el inicio de la falta de oxígeno. El hecho de que a las 11:25 la crisis ya estuviera tan avanzada demuestra que el tiempo de detección fue fatalmente tardío. La respuesta de 2 minutos que valora el Juez no fue para atender un síntoma temprano, sino para intentar revertir una catástrofe que se gestó durante la ausencia de vigilancia. **La oportunidad de la atención no se mide desde que se descubre la emergencia, sino desde que esta era detectable con la debida diligencia”.***

6) Censura la conclusión de que la carga de la prueba no fue satisfecha por los demandantes, a partir de considerar que la obligación del médico es de medios y no de resultado, debiendo

quien alega el daño probar la culpa del galeno, y que en este caso no lograron los demandantes acreditar una actuación negligente ni tardanza en la atención.

Estima el recurrente que en este punto

“yerra el despacho al concluir que no se satisfizo la carga de la prueba. Por el contrario, a través del testimonio del señor Ríos Zapata se probó la inexistencia de un consentimiento informado real. A través de la historia clínica se probó el vacío de monitoreo en el momento más crítico. Y mediante el dictamen de la Dra. González se probó la cadena causal: la administración de un fármaco de alto riesgo sin la vigilancia que la lex artis impone, llevó a una detección tardía de su efecto adverso más previsible, lo que ocasionó el paro cardiorrespiratorio y el consecuente daño neurológico irreversible”.

Asevera que, entonces, es la demandada quien ha debido probar su debida diligencia y el correcto registro de sus actuaciones. *“La existencia de un vacío en la historia clínica en el momento exacto de la crisis y la presentación de notas incongruentes, como lo señaló la perito, debió ser valorado en contra de la demandada. El juez, en cambio, premió la deficiencia probatoria de la clínica y la calificó como una "duda" que beneficia al causante del daño, invirtiendo la carga de la prueba en perjuicio de la víctima”.*

7) Finalmente, reprocha la excesiva condena en costas, pues el proceso se tramitó bajo dudas razonables que justificaban la actuación de los demandantes, dada la complejidad técnica del asunto, aunada a la divergencia de los dictámenes practicados y los testimonios de expertos, lo que excluye la temeridad o mala fe en los demandantes, que torna injustificada la condena en costas.

De la sustentación ante esta instancia (Ley 2213 de 2022)

Dentro de la oportunidad para ello prevista en esta instancia, el señor apoderado de la parte actora presentó escrito⁹ en el que, básicamente, reitera lo dicho al introducir los reparos concretos, aunque cita nuevos referentes jurisprudenciales en punto al consentimiento informado y la ausencia de registros en la historia clínica (sentencias SC4786-2020 y SC15063-2016).

Lo propio hicieron las demandadas NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN¹⁰ y SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.,¹¹ quienes allegaron pronunciamiento en la oportunidad legal como no recurrentes.

PROBLEMAS JURÍDICOS

Considerando lo decidido y argumentado por el juzgador de primer grado y los reproches elevados y sustentados por el apelante, en los siguientes términos pueden plantearse los problemas jurídicos que debe abordar la sala en esta ocasión:

- 1) ¿Está acreditado el consentimiento informado, como lo concluyó la sentencia? O, como lo sostiene el recurrente, se trata de formatos genéricos que no obstante haberse suscrito, en verdad no dan cuenta de aquello en tanto no se informó el riesgo de la administración del medicamento hidromorfona.

⁹ PDF07C02SegundaInstanciaC03ApelacionSentencia.

¹⁰ PDF09C02SegundaInstanciaC03ApelacionSentencia.

¹¹ PDF11C02SegundaInstanciaC03ApelacionSentencia.

2) ¿Quedó establecida la ausencia de culpa que concluyó el *a quo*? O, como lo sostiene el apelante, quedó probada la culpa que se atribuye a la demandada por la omisión en el “deber de seguridad” que la administración del medicamento -hidromorfona- le imponía.

3) Solo de ser necesario, se absolverá el interrogante si había lugar a imponer condena en costas a la demandante vencida. O, si debió abstenerse el juez de hacerlo en atención a la complejidad técnica del asunto y la ausencia de temeridad y mala fe en la parte actora.

A responder los anteriores interrogantes apuntan las siguientes

CONSIDERACIONES

1. Sobre la historia clínica y el consentimiento informado

La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, la cual es necesaria para una adecuada asistencia médica; según los artículos 34 de la Ley 23 de 1981 y 1° de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de *Salud* “*Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*”, es un documento con reserva legal “*en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención*”.

Todo ello de suyo, y conforme al literal b del último precepto, implica el registro de los datos e informes acerca de “*la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.*”, datos éstos que, obviamente, obtiene el médico interrogando al propio paciente y sus familiares -anamnesis- que contribuirán al acierto en la determinación de un diagnóstico y a la adopción de una mejor conducta terapéutica.

Sobre el consentimiento informado, así se expresó esta sala de decisión en sentencia del 9 de octubre de 2023:¹²

“3. Del consentimiento informado. Se afirma que es un presupuesto y elemento de la *lex artis* “...que en términos generales, lo que se persigue con la ejecución del débito informativo, es que el médico sabedor del desconocimiento técnico-científico por parte de su paciente -*in actuos o in futurum*-, le suministre oportuna y fidedigna información que objetivamente, le permita identificar o elucidar una serie de aspectos para él cruciales y decisivos y, de paso, así sea de alguna manera, paliar la desigualdad existente en lo que a ilustración técnica y científica concierne, todo con fundamento en el acrisolado concepto de la buena fe”¹³, para que el paciente, en este caso sus padres, advertidos de los pormenores del procedimiento médico y sus probables secuelas, elija si voluntariamente se somete al mismo.

“No existe en la ley el señalamiento de unos requisitos de forma y contenido de lo que debe ser el consentimiento informado. **Con todo, el médico debe utilizar un dialecto que se acomode a la condición cultural de su paciente, que le explique cuál va a ser el procedimiento y los riesgos inherentes al mismo**, de acuerdo al estado de la ciencia. De otra parte, el paciente **debe estar presto a requerir la información que considere necesaria** y el médico atender con prontitud tal requerimiento, siendo lo más prudente -por parte de la clínica- dejar constancia del cumplimiento de este deber informativo, pero ello no traduce la imposición de una solemnidad para

¹² Tribunal Superior de Medellín. Sala Cuarta Civil de Decisión. Sentencia con radicado 05001 31 03 005 2021 00068 01. MP Dr. Julián Valencia Castaño.

¹³ JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio. “Responsabilidad civil médica”. Colección Ensayos nro. 8. Pontificia Universidad Javeriana. Pág. 224.

dotarlo de validez, pues la deliberación y libre sometimiento a un procedimiento puede reconstruirse a partir de una conducta específica, del cual logre inferirse una señal inequívoca de aceptación, al respecto se ha explicado:

*En cuanto a la forma cómo debe brindarse el consentimiento, vale destacar que no se requiere necesariamente que conste por escrito, puede expresarse en forma verbal, o inclusive tácita, lo cual puede inferirse por ejemplo de la aceptación de las prescripciones clínicas, de las cuales conoce los riesgos a los que se expone. El hecho de que el consentimiento no conste por escrito genera dificultades probatorias para la entidad que prestó el servicio, habida cuenta de que es la llamada a demostrar que obtuvo el consentimiento del paciente” pero no lo hace inexistente. Se considera, además, que el documento por excelencia para instrumentalizar el consentimiento es la historia clínica. (...) De ahí que si bien resulta deseable que el consentimiento informado sea manifestado externamente por el paciente de manera directa y expresa en un documento escrito, toda vez que este tipo de lenguaje es quizás el medio más idóneo para exteriorizar la voluntad en este tipo de situaciones, **nada impide que aquella se establezca a partir de otros instrumentos, como sería el comportamiento desplegado por el propio paciente frente a las indicaciones del médico tratante, que revelan su voluntad implícita manifestada en una declaración tácita.**¹⁴”.*

En el mismo sentido, la Sala Civil de la Corte Suprema de justicia en sentencia SC12449-2014,¹⁵ reiterando criterio anterior, expresó:

“12. No obstante ser suficiente lo hasta aquí expuesto para no casar la sentencia, por no estar demostrada la prueba sobre la culpa de la profesional señalada y de la relación causal, se adentra la Sala, por considerarlo importante desde el punto de vista conceptual, a dilucidar lo relacionado con el consentimiento informado, en cuanto considera la censura que «el mismo se otorga con fundamento en la información que le es suministrada al

¹⁴ Sección Tercera. Consejera Ponente Ruth Estella Palacio. sentencia del 23 de abril de 2008. Radicación número 63001-23-31-000-1997-04547-01.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC12449-2014 de 15 de septiembre de 2014. Radicación nro. 11001-31-03-034-2006-00052-01. MP Margarita Cabello Blanco.

paciente por el médico PERO QUE PARA EL CASO QUE NOS OCUPA NO APLICA POR CUANTO DE (sic)MANERA ALGUNA LA SEÑORA ISABEL MONTOYA FUE INFORMADA DE QUE PADECIA VASCULITIS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN PRESENTARSE CON ESTA PATOLOGÍA DE BASE AL REALIZARSE LA INTERVENCIÓN A LA CUAL SEGÚN LA DRA GUTIERREZ SANTOS DEBIA SOMETERSE».

Oportuno resulta memorar lo que el Tribunal dijo:

«Del documento firmado surge ineluctable que la señora Isabel Montoya directa y libremente autorizó la práctica de la cirugía maxilofacial que se le practicaría, refiriéndose incluso a que tuvo la posibilidad de realizar preguntas y éstas fueron contestadas por la cirujana que se la realizaría (...)» -folio 31, cuaderno del Tribunal-.

(...)

“Síguese de lo expuesto que la manifestación del paciente en torno a conocer las circunstancias que rodean su situación de salud y, eventualmente, la autorización de una intervención quirúrgica, no es otra cosa que la exteriorización de ser consciente y haber sopesado los alcances de las circunstancias derivadas del tratamiento o intervención a que será sometido; contrariamente, de no estar enterado de todo ello, difícilmente podría, de manera consciente, decidir lo más aconsejable para sus intereses y deducirse probablemente de ello un daño susceptible de ser reparado.

(...)

Puestas así las cosas, refulge, prontamente, que la promotora del recurso extraordinario no logró tal cometido, es decir, derruir la motivación de la decisión recurrida. Y no obtuvo tal propósito, habida cuenta que denunciar que el documento que recogió el 'consentimiento informado', no fue diligenciado; que en él no se señalaron con precisión, las ventajas, riesgos, consecuencias, etc., de la cirugía; que los espacios quedaron en blanco y, bajo esa circunstancia argüir que no podía darse por cumplida esa exigencia, no resulta suficiente para quebrar la sentencia.

Tal postura, respetable por supuesto, deviene inidónea en la propuesta de socavar los cimientos del fallo, pues el documento

refiere a una realidad que se desprende de su propio texto y, alude a que a la demandante se le enteró de las características de la cirugía y los riesgos que podían presentarse. Bajo esas circunstancias, el escrito referido obtuvo en principio un blindaje frente a cualquier ataque, inclusive en casación. Lo que aparece anotado en dicho documento no fue demeritado a través de otros elementos de juicio; en esa dirección, sólo existe la versión de la afectada, que, por supuesto, en el propósito de infirmar la decisión recurrida resulta inane.

El aludido documento privado goza de autenticidad por haber sido suscrito por la demandante y aceptado así por ella misma; el artículo 279 del C. de P. C., le otorga esa clase de escrito auténtico el mismo valor que a los públicos y el artículo 264 ibidem ordena que el alcance probatorio de estos consiste en dar fe de su otorgamiento, de su fecha y de las declaraciones que en ellos se hagan.

Por tanto, era necesario para la casacionista destruir esa presunción de certeza contenida en las manifestaciones, no obstante ser impresas, relativas a que le fueron explicadas «la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también informado de las ventajas, complicaciones molestias y riesgos que puedan producirse».

La eficacia probatoria de ese 'consentimiento informado', deviene entonces de su carácter de auténtico respecto del contenido del mismo, de haber sido incorporado oportunamente al proceso y finalmente, lo más importante para el caso, por no existir prueba válida que contradiga la mentada sinceridad y veracidad de su contenido, ni tacha de falsedad que demerite lo expuesto. En esos precisos términos se trajo al conocimiento de la Corte, el dicho allí expresado.

Pero además, para la actora, no resultaba del todo extraño el tema de la vasculitis, pues de conformidad con la información que aparece en el trámite, ya existían consultas previas a la cirugía en donde se le había enterado de esa probabilidad, como así se desprende de las citas a las que asistió con la médica general Olga Alicia Cuervo Cely; los eventos de parálisis no constituían una novedad en su estado físico, habida cuenta que el propio experto Eduardo Alirio Zuluaga expuso que « la nueva parálisis facial probablemente fue un nuevo episodio de parálisis de nervios de la cara como los ya presentados antes, de causa no conocida». A lo que debe agregarse, a título de ilustración, porque ello no es óbice

para atribuir responsabilidad (art. 10 ley 23 de 1981), que esa situación no fue comentada en oportunidad a la odontóloga demandada como era deber de la paciente; al menos no aparece tal circunstancia acreditada o, siquiera, referida”.

2. De la responsabilidad civil del médico

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

Sobre el particular, la jurisprudencia del Tribunal de cierre de la justicia ordinaria, tratando el tema de las obligaciones y los deberes que los galenos asumen, ha señalado de forma invariable, lo siguiente:

“(...) Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, (...). Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios

que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”.¹⁶

Por lo tanto, la responsabilidad civil médica, como especie de responsabilidad profesional que es, está sujeta a los deberes y obligaciones que tal profesión demanda, de ahí que si en las fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los demás presupuestos necesarios para toda responsabilidad civil, hay lugar a la indemnización plena de los perjuicios.

Con todo, es claro entonces que las acciones indemnizatorias que van dirigidas frente al proceder de un profesional de la salud, están gobernadas por el principio probatorio que establece el artículo 167 del Código General del Proceso, por lo que es carga del demandante acreditar sus elementos estructurales, entre ellos, la culpa del facultativo y el nexo causal entre el acto médico y el daño.

Lo que viene de expresarse se robustece con la disposición contenida en el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, modificado por el art. 104 de la Ley 1438 de 2011, *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*, a cuyo tenor *“El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud **genera una obligación de medio**, basada en la competencia profesional”*. (Negritas de la Sala).

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sentencia de casación del 30 de enero de 2001. Exp. 5507. MP José Fernando Ramírez Gómez.

3. De las obligaciones complementarias -obligación de seguridad o también llamada deber de protección-

Sobre el punto, tiene dicho la Sala Civil de la H. Corte Suprema de Justicia:¹⁷

*“No son pocos los contratos que presuponen la existencia de una **“obligación de seguridad”** a cargo de una de las partes, en virtud de la cual el deudor está obligado a cuidar de la integridad corporal del acreedor o la de las cosas que éste le ha confiado, es decir, para definirla con palabras de la Corte, aquella por la cual “una de las partes en la relación negocial se compromete a devolver sanos y salvos –ya sea a la persona del otro contratante o sus bienes- al concluir el cometido que es materia de la prestación a cargo de dicha parte estipulada, pudiendo tal obligación ser asumida en forma expresa, venir impuesta por la ley en circunstancias especiales o, en fin, surgir virtualmente del contenido propio del pacto a través de entendimiento integral a la luz del postulado de la buena fe que consagran con notable amplitud los artículos 1501 y 1603 del Código Civil” (sentencia de 1 de febrero de 1993).*

(...)

“Suele suceder, así mismo, que aun cuando el mencionado deber de seguridad no se encuentre explícita y abiertamente pactado por las partes, deba inferirse mediante la cabal interpretación del acuerdo negocial; o puede acontecer, igualmente, como ya se dijera, que sea la ley la que lo imponga: o, en fin, a falta de estipulación contractual o legal, que la misma finque su existencia en la naturaleza del contrato ajustado entre ellas, en cuyo caso, este debe inferirse del nexo existente entre la seguridad del contratante o la de sus bienes y la obligaciones a cargo del otro.

“Al profundizar en el examen del contenido y los alcances del referido deber de seguridad, se advierte que el mismo puede consistir, como ya quedara establecido, en la “obligación determinada” del deudor por medio del cual éste se compromete a evitar que el acreedor sufra cualquier accidente en el cumplimiento del contrato que lesione su persona o sus bienes, salvo, claro está, los originados en fuerza mayor,

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 18 de octubre de 2005. Ref. Expediente 14.491. MP Pedro Octavio Munar Cadena.

culpa exclusiva de la víctima o de un tercero. En esta hipótesis, como es obvio, ocurrido el daño, se presume la culpa del deudor, a quien incumbirá, por consiguiente, para librarse de la subsecuente responsabilidad civil, demostrar alguna de las anteriores causales de exoneración, relativas a la ausencia de nexo causal. Esclarecedores ejemplos de una obligación de seguridad de este talante, se encuentran en el contrato de transporte (artículos 982, 1003 y 1880, entre otras, del Código de Comercio) y en el de depósito mercantil (artículo 1171 ejusdem), en este último caso en cuanto dicha obligación está estrechamente ligada con la de restituir.

(...)

“Ya ha tenido oportunidad la Corte, en varias ocasiones, por demás, de señalar que dentro de las diversas obligaciones a cargo de clínicas, hospitales y entidades de asistencia médica de similar temperamento, a las cuales el paciente confía el cuidado de su persona para efectos de que aquellas cumplan los deberes a los cuales se han comprometido, existe la denominada de seguridad, cuyas características más sobresalientes acaban de exponerse.

“Ha dicho esta Corporación, que en los contratos relativos a la prestación de servicios asistenciales por parte de entes hospitalarios, “... por fuerza del ameritado deber de procurar la seguridad personal del enfermo, el centro asistencial ha de tomar las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume, criterio que la Corte ha aceptado en sus lineamientos básicos al declarar que, de cara al denominado ‘contrato de hospitalización’, ‘el establecimiento contrae frente al enfermo una obligación de seguridad que le impone la de evitar que le ocurran accidentes con motivo o con ocasión del cumplimiento del contrato, obligación que comprende también la de custodia y vigilancia si se trata de establecimientos para enfermos con afecciones mentales, pues en tal caso se busca la propia seguridad personal ...’ (G.J. T. CLXXX, Pág. 421), identificándose así un imperativo de conducta que en el común de los casos, cuando el paciente no ha desempeñado función activa alguna en la producción del daño, constituye una obligación determinada o de resultado, mientras que en la hipótesis contraria, o sea cuando ha mediado un papel activo de la víctima en el proceso de causación del perjuicio, al establecimiento deudor tan sólo le es exigible un quehacer diligente y técnicamente apropiado, deber que se estima satisfecho en tanto demuestre que el accidente acaecido no se debió a negligencia, imprudencia o impericia de su parte. Todo depende, pues, de los factores particulares que rodean cada situación, factores circunstanciales que no son siempre iguales y que, al fin de cuentas, son los llamados a fijar los deberes y graduar la diligencia exigible,

siguiendo un método que antiguas legislaciones europeas formulaban diciendo que cuanto mayor sea el deber de actuar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que se desprenda de las consecuencias posibles de los hechos” (casación del 1° de febrero de 1993).

“Es palmario, por consiguiente, que hipótesis hay en las que el paciente confía enteramente su cuerpo al centro clínico u hospitalario en el cual se interna o al que encomienda la práctica de diversos exámenes, y para cuya realización queda notoriamente reducida su libertad de obrar y, por ende, es mínima o nula su intervención activa en los actos que al efecto ejecuta el establecimiento, a la vez que los accidentes que entonces ocurran no pueden concebirse como acontecimientos cotidianos o frecuentes que conduzcan a pensar que, no obstante el diligente empeño del deudor, la seguridad del examinado constituya un alea que escapa a su control, de frente a situaciones de esta índole, se decía, es preciso inferir que la entidad asistencial asume de manera determinada el compromiso de evitar que el paciente sufra cualquier accidente, obligación de la cual solamente puede exonerarse demostrando que el mismo obedeció a una causa extraña”.

CASO CONCRETO

Sobre el primer reparo

En punto al consentimiento informado concluyó el *a quo* que el mismo se había obtenido en debida forma, no solo porque los documentos que de ello dan cuenta fueron suscritos por la paciente e incluso también por su yerno Santiago Ruíz Zapata, “en especial el consentimiento informado para la realización del procedimiento de enfermería y anestesia donde en efecto se avizora que se encuentra debidamente diligenciado **por la paciente, su yerno, y el médico tratante** momentos antes del procedimiento”, sino también porque previamente, según consta en la historia clínica, la paciente había sido atendida el 8 de marzo por tele consulta, pues era época de pandemia, por el médico anestesiólogo

Antonio José Otero Navarro, quien dejó constancia de haberle informado los riesgos del procedimiento al cual iba a someterse.

Destaca también el señor juez que, en esta ocasión, como también se hizo constar en la historia clínica, la paciente se avizora “SN: GLASGOW 15/15” *que en términos médicos es una escala médica que indica conciencia normal del paciente*. Y encontró, además, que las advertencias se reiteraron según notas de enfermería del 13 de marzo de 2021.

Igualmente tuvo en cuenta en este punto lo declarado por los demandantes al absolver interrogatorios de parte, en el sentido de que la señora Maria Doralby trabajaba de manera independiente, pudiendo colegirse de allí que contaba con todas sus capacidades intelectuales. Consideró también que los documentos tienen una redacción sencilla y

“más porque incluso en los riesgos informados en tele consulta el médico anestesiólogo le informó de todos ellos, de manera verbal, indicando además que el día en el que se realizaría tal procedimiento sería diligenciado de manera físico, como así ocurrió y como quedó demostrado anteriormente; ello además corroborado en vista pública del 19 de junio de 2025 por parte del testigo SANTIAGO RIOS ZAPATA. Por lo que muy al contrario de lo indicado por el apoderado de la parte demandante, para esta instancia, la CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN, sí dio cabal cumplimiento al artículo 15 de la Ley 23 de 1981”.

Por su parte, el recurrente acusa la sentencia de haber derivado el consentimiento informado de la simple firma de cuatro (4) formatos genéricos *“aunque incluyan estos la advertencia de riesgos como muerte y paro cardiorrespiratorio”*; afirma que de acuerdo con la sentencia SC16690-2016 de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, se requiere información clara y

específica sobre los riesgos previsibles del tratamiento, y que en este caso *“El riesgo que se materializó no fue uno genérico de la cirugía, sino uno específico y documentado de la hidromorfona: la depresión respiratoria severa, el cual, según el dictamen de la Dra. Sofía González, se potencia en la etapa posanestésica”*.

Cuestiona que se haya desestimado el testimonio de Santiago Ríos Zapata, quien afirmó que no les fueron informados los riesgos *“y, especialmente, que nunca se mencionó el medicamento hidromorfona ni sus efectos particulares. El juez priorizó la formalidad del papel sobre la realidad del acto, que fue una firma apresurada y carente de información, vulnerando el derecho a la autonomía de la señora MONTOYA VELASQUEZ”*.

Con respecto a lo anterior, que constituye el primero de los reparos concretos, advierte la sala, delantadamente, que la conclusión del juez no derivó solo de la suscripción del documento (consentimiento informado) por parte de la paciente y de su yerno -como lo afirma el recurrente-, sino además, de las notas de historia clínica consignadas por el médico anestesiólogo Antonio José Otero, sobre la atención prestada por tele consulta -pues era época de pandemia- a la paciente Maria Doralby Montoya Velásquez, el día 8 de marzo de 2021, es decir, la semana anterior a la fecha en que se le practicó la intervención quirúrgica, donde dejó constancia de haberle informado los riesgos del procedimiento al cual se sometería, y que la suscripción del consentimiento informado, se haría el día de la misma.

Igualmente se dejó constancia de que la paciente se avizora *“SN: GLASGOW 15/1523” que en términos médicos es una escala*

médica que indica conciencia normal del paciente”, lo que el *a quo* consideró concordante con lo dicho por los demandantes al absolver interrogatorio de parte, en cuanto a que la señora Maria Doralby laboraba de manera independiente, permitiendo concluir que gozaba de sus plenas facultades mentales. Circunstancias que, finalmente, también encontró refrendadas por notas de enfermería, de fecha 13 de marzo de 2021.

Así las cosas, se tiene que en lo que respecta al consentimiento informado, el apelante concentra su reproche, exclusivamente respecto al documento que soporta dicho acto, para la fecha de la cirugía, sin mencionar para nada los que son antecedentes y complementarios al mismo y se singularizan en el párrafo anterior. Por ende, la crítica es incompleta, pues debió abarcar la totalidad de los considerandos que sobre este punto expuso y analizó el señor juez, lo que la sala no puede abordar de manera oficiosa, debido a la limitante que a su competencia impone el artículo 328 del C.G.P.

Ahora bien, en cuanto al documento de consentimiento informado, propiamente dicho, el reparo no tiene la solidez que pretende el impugnante, toda vez que el mismo aparece suscrito por la paciente, como también por su yerno Santiago Ríos Zapata -por demás de profesión enfermero- y su autenticidad, que presume el artículo 244 *ibídem*, nunca fue cuestionada, por lo que ostenta valor probatorio en punto a su otorgamiento, fecha y declaraciones allí contenidas, conforme a los artículos 260 y 257 *ib.*, como lo expuso la Sala Civil de la C.S.J. en la sentencia SC12449-2014, citada al comienzo de estas consideraciones.

Al efecto, obra en el expediente “*CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA*”,¹⁸ fechado el “13-03-2021”, donde figura como persona responsable/acompañante de la señora María Doralby, el señor Ríos Zapata, documento signado por ambos, en el que se exponen, entre otros, los **riesgos de anestesia general y sedación**; del que además se destaca lo siguiente, en punto a la información que se les suministró:

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su totalidad, y que las dudas e interrogantes que he tenido han sido resueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés. Los espacios en blanco han sido completados antes de firmar este consentimiento. Por tanto, de manera libre y voluntaria firmo este documento conociendo mi derecho a aceptar o rechazar el procedimiento o revocar este consentimiento.

Para constancia se firma en Cuevas a los 13 días del mes de mar de 2021 Hora: 7:00

<u>María Doralby</u> Firma del Paciente	<u>Santiago Ríos Zapata</u> Firma del Representante y/o Acompañante	<u>[Firma]</u> Firma del Anestesiólogo
<u>María Doralby</u> Nombres y Apellidos	<u>Santiago Ríos Zapata</u> Nombres y Apellidos	<u>[Firma]</u> Nombres y Apellidos
<u>13566 133</u> Documento	<u>1026660 078</u> Documento	<u>[Firma]</u> Documento y Registro

No sobra decir, sin embargo, que el referido documento da cuenta de haberse informado los riesgos de “*paro cardíaco o respiratorio con daño en órganos vitales y secuelas como quedar en estado de coma o producirse la muerte*”, sin que pueda exigirse que deba puntualizarse el tipo de drogas que se pueden llegar a aplicar en el período inmediatamente postoperatorio, y los riesgos de su aplicación, en este caso la hidromorfona, como lo reclama el apelante.

Finalmente, en cuanto a que, según afirma el recurrente, Santiago Ríos Zapata haya dicho que no les fueron informados los riesgos, tampoco tiene la trascendencia que pretende el impugnante, pues

¹⁸ PDF023Pag.32C01PrimeraInstanciaC01Principal.

no puede pasarse por alto que si bien el día 13 de marzo, fecha de la cirugía, se suscribió el “consentimiento informado”, la información había sido previamente brindada a la paciente en la tele consulta que el día 8 del mismo mes tuvo con el anestesiólogo Antonio José Otero. Que, por demás, gozando de sus plenas facultades mentales, como se dejó dicho en párrafos precedentes, acudió a las instalaciones de la NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN en la fecha programada para llevar a cabo la intervención quirúrgica, lo que denota que habiendo recibido previamente la información suficiente, consintió en su realización.

De suerte que, en este punto, la sala no puede menos que acompañar la conclusión a que arribó el juzgador de primera instancia a partir del examen conjunto de las pruebas, a la luz de la sana crítica, como lo ordena el artículo 176 del C.G.P.

Sobre los reparos segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto

Estos reproches se abordan de manera conjunta porque todos apuntan a sustentar el segundo de los pilares argumentativos de la sentencia -y de la demanda-, esto es, la tardía atención del evento adverso presentado durante el postoperatorio en la sala de recuperación.

En efecto, se acusa al juez de reducir el análisis de la culpa a la correcta prescripción y dosificación de la medicina hidromorфона, pues *“la culpa no radicó en la elección del fármaco, sino en la omisión del deber de seguridad accesorio e ineludible que su administración imponía”*. Se le censura haber aceptado, sin un análisis crítico, la tesis de la demandada de que se trató de una

“reacción idiosincrática - no evitable”, cuando la perito explicó que “La reacción no fue imprevisible; lo que falló fue el plan de contingencia para manejarla cuando, previsiblemente, ocurrió. El daño no deviene de la reacción misma, que pudo ser controlada, sino de la falta de una respuesta oportuna ante ella, lo que constituye una falla directa en el servicio médico brindado a la paciente”.

Se cuestiona la conclusión del *a quo*, a partir de la historia clínica, de que el monitoreo fue continuo y adecuado, pasando por alto la omisión en tal documento de los signos vitales durante el lapso de cinco minutos transcurrido entre la aplicación del fármaco (11:20 a.m.) y el hallazgo de la paciente en crisis (11:25 a.m.). Como lo explicó la perito, *“La cianosis es un signo tardío de hipoxia. Un monitoreo “continuo y estricto”, como lo exige la S.C.A.R.E. y la lex artis para estos casos, implica la presencia de personal y monitores con alarmas audibles que alerten al primer signo de desaturación, mucho antes de llegar a la cianosis”, por lo que “El juez confundió el reporte de la crisis con la vigilancia que debió evitarla”.*

Se reprocha la conclusión de que la respuesta del equipo médico fue inmediata y diligente, a partir de la activación del código azul: *“El error del despacho consiste en iniciar el conteo en el momento del hallazgo, y no en el momento en que médicamente debió iniciar la crisis. Como lo explicó la perito Sofia, para que la paciente estuviera cianótica y sin respuesta a las 11:25 a.m., la depresión respiratoria y la hipoxia severa necesariamente habían iniciado varios minutos antes”.*

Finalmente se estima errada la conclusión de la sentencia en punto a que la parte demandante no satisfizo la carga de la prueba, cuando *“A través de la historia clínica se probó el vacío de monitoreo en el momento más crítico. Y mediante el dictamen de la Dra. González se probó la cadena causal: la administración de un fármaco de alto riesgo sin la vigilancia que la lex artis impone, llevó a una detección tardía de su efecto adverso más previsible, lo que ocasionó el paro cardiorrespiratorio y el consecuente daño neurológico irreversible”*.

Pues bien, debe la sala comenzar este punto recordando que los contratos de hospitalización acarrear para las clínicas una obligación de seguridad para con el paciente, como claramente lo explicó la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia en la sentencia citada en el punto 3 de estas consideraciones:¹⁹

“Ha dicho esta Corporación, que en los contratos relativos a la prestación de servicios asistenciales por parte de entes hospitalarios, “... por fuerza del ameritado deber de procurar la seguridad personal del enfermo, el centro asistencial ha de tomar las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume, criterio que la Corte ha aceptado en sus lineamientos básicos al declarar que, de cara al denominado ‘contrato de hospitalización’, ‘el establecimiento contrae frente al enfermo una obligación de seguridad que le impone la de evitar que le ocurran accidentes con motivo o con ocasión del cumplimiento del contrato, ...”

Siendo así las cosas -tanto más cuanto se considere que en las condiciones en que se encontraba la paciente en este caso, ningún aporte pudo hacer al lamentable daño-, no estamos ante

¹⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 18 de octubre de 2005. Ref. Expediente 14.491. MP Pedro Octavio Munar Cadena.

una obligación de medio, punto de partida errado del *a quo*, sino claramente ante una obligación de resultado, por lo que la carga de la prueba no recaía sobre la parte actora sino sobre la entidad asistencial demandada. De modo que, *mutatis mutandis*, “tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume”,²⁰ por lo cual, ha sostenido la misma Corporación:

“En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica, no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al presumirse la culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero”.²¹

Ahora, examinada la historia clínica se observa que, según consta en notas de enfermería de fecha 13 de marzo de 2021 realizadas por la auxiliar Leidy Victoria Torres Meneses, visibles al folio 4 de aquel documento, a las 10:50 es trasladada la paciente a sala de recuperación, en compañía de anestesiólogo y auxiliar de enfermería. Al folio 7 del mismo documento, ya en nota de enfermería consignada por la auxiliar Maria Eugenia Quintero Carvajal, aparece que a las **10:55** ingresa la paciente, procedente del quirófano, al área de recuperación, postoperatorio, “se coloca oxígeno por canula nasal a 3 litros se monitoriza pa 145/94 fc 74x spo2 91%”. Y a folio 10 siguiente, se anotó:

²⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC7110-2017 de 24 de mayo de 2017. Radicación nro. 05001-31-03-012-2006-00234-01. MP Luis Armando Tolosa Villabona.

²¹ *Ibidem*.

“11:20

*pa 134/82 fc 88x spo2 93% despierta conciente con líquidos endovenosos pasando solución salina 500 cc por orden de dr Borja quien decide intraoperatoriamente administrar para continuar analgesia multinodal posoperatoria hidromorfona 0.4 mg ,**bajo monitoreo básico en recuperación** y paciente totalmente despierta .cumpló orden médica siguiendo recomendaciones y coloca hidromorfona 0.4 mgr intravenosos en recuperación (sic)”. (Negritas fuera de texto).*

La siguiente nota de enfermería aparece a las **11:25**, y expresa:

“aproximadamente a los 5 minutos de la aplicación de el medicamento hidromorfona 0.4 mg . la paciente se torna somnolienta ,cianótica , saturación 87% , ta 137/65 fc 75x , se llama y no responde ,coloco cánula de Guedel y activo código azul , asiste inmediatamente el anestesiólogo dr Borja a se traslada a quirófano para iniciar RCP (sic)”.

Ya en el folio 15 de la historia clínica, obra nota de enfermería elaborada por la auxiliar Diana Patricia Pérez Hernández, reseñando el ingreso de la paciente al quirófano 5, a las 11:27 a.m., y el mismo día a las 2:50 su traslado a la UCI.

Pues bien, la expresión “*monitoreo básico en recuperación*” hace referencia a la vigilancia continua de los signos vitales del paciente que fue sometido a cirugía con anestesia, y comprende: oxigenación, presión arterial y frecuencia cardíaca, ventilación, y temperatura, lo que permite identificar variaciones abruptas en los signos vitales y generar intervenciones oportunas que minimicen los riesgos para la salud y la vida de los pacientes. Monitoreo básico que resultaba tanto más necesario en este caso, por cuanto la paciente no solo había recibido anestesia general para la cirugía que se le practicó, sino que ya en sala de

recuperación se le administró, como analgesia, hidromorfona, uno y otro, depresores del sistema nervioso central, como claramente lo explican los peritos.

En esa medida, se tiene que el experto que rindió la pericia por encargo de la clínica demandada, Dr. Mauricio Echeverri Díez, especialista en anestesiología, conceptuó lo siguiente al respecto, en el acápite nominado **“DEPRESIÓN RESPIRATORIA POR OPIÁCEOS”**:²²

*“Estudios que comparan riesgo vs beneficios de hidromorfona vs morfina para analgesia aguda postoperatoria concluyen: **la depresión respiratoria, si es que se presenta, aparece más pronto en el tiempo con HIDROMORFONA que con MORFINA**, el mayor problema con la MORFINA es que los tiempos de presentación de efectos respiratorios son más erráticos y en general tardíos.*

*La HIDROMORFONA sigue siendo el mejor opioide **aun considerando sus posibles efectos respiratorios más tempranos**, pues la morfina es menos potente como analgésico y errático a la hora de deprimir la respiración. (Meissner, Dahan, & Olofsen, 2023)”. (Negritas fuera de texto).*

Lo propio hizo la perito Sofia González Borrero, de igual especialidad, quien al dar respuesta al interrogante planteado (pregunta 9) acerca de las contraindicaciones y/o efectos secundarios del aludido medicamento, expuso como uno de estos, **“[d]epresión respiratoria, apnea y en menos grado, depresión circulatoria, shock y paro cardíaco”**.²³ (Resalta la sala).

Pero la historia clínica, como bien lo destaca el recurrente, no da cuenta de los signos vitales de la paciente desde la aplicación de

²² PDF015C01PrimeraInstanciaC01Principal.

²³ PDF002C01PrimeraInstanciaC01Principal.

la hidromorfona (11:20) hasta el momento en que la auxiliar de enfermería la observa somnolienta, cianótica y que no responde al llamado (11:25). Y tampoco se arrimó ninguna otra prueba al respecto, como pudiera ser, por ejemplo, el registro de la información en las máquinas de monitoreo, si es que se hizo de esta manera; o las anotaciones manuales al respecto por parte de quien verificó en ese interregno los aludidos aspectos. Que ni siquiera la declaración de la auxiliar que elaboró las reseñadas notas de enfermería, pues esta dijo no recordar el asunto, y que lo manifestado fue solo porque momentos antes de la audiencia, leyó la historia clínica de la paciente.

Es claro, entonces, que no cumplió la demandada su carga de probar el *“monitoreo básico en recuperación”* de los aludidos signos, lo que hubiera permitido detectar en el mismo momento de su manifestación, cualquier alteración, para ser atendida con la premura que la gravedad del asunto exigía, pues como lo expresó la perito González, *“el daño cerebral irreversible, ocurre en un lapso de tres a cinco minutos desde el comienzo de la falta de oxígeno”*, y si a las 11:25 estaba cianótica, somnolienta y sin respuesta, la falta de oxígeno venía de varios minutos atrás.

Y aunque el perito Mauricio Echeverri Díez sostuvo en su experticia²⁴ que *“La detección de la depresión respiratoria fue inmediata por la auxiliar responsable del cuidado de la paciente en la UCPA, ya que esta tenía a la paciente adecuadamente monitorizada, ...”*, lo que revela la historia clínica no permite arribar a esa misma conclusión, pues se contrasta con el lapso

²⁴ PDF015C01PrimeraInstanciaC01Principal.

transcurrido entre las 11:20 a.m., cuando se aplicó el medicamento, y las 11:25 a.m., cuando, según la nota de enfermería de dicha hora, a la que se ha hecho referencia, **aproximadamente** a los “5 minutos de la aplicación de el medicamento hidromorfona 0.4 mg . la paciente se torna somnolienta ,cianotica , saturacion 87% ...”. Es que, la inmediatez, como cualidad de inmediato, según la RAE,²⁵ esto es algo que sucede enseguida, sin tardanza; es inminente, urgente, rápido, etc., y de estas características desdice abiertamente el interregno de 5 minutos en el que no se da cuenta alguna del estado de la paciente, luego de habersele suministrado un medicamento que, es conocido por la ciencia médica, causa depresión del sistema respiratorio. Tanto más relevante dicha omisión cuanto se repare que la paciente recién había salido de una cirugía con anestesia general.

Y, a decir verdad, esto fue lo que presentó la señora Maria Doralby, pues el mismo perito de la institución prestadora de salud convocada, previo a conceptuar lo citado, sostuvo que “*Las secuelas de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica (EHI) son secundarias al PCR secundario a la **Depresión Respiratoria ocasionada por la dosis única de hidromorfona, ...***”. (Negritas propias).

Ahora bien, aunque en este mismo punto, el experto señaló que no habían “*factores de riesgo que contraindicar[a]n su uso, con un estado de conciencia alerta y con monitoreo continuo en la UCPA y **bajo vigilancia estrecha de personal auxiliar de enfermería***”.

²⁵ <https://dle.rae.es/inmediato?m=form>

como lo indican las normas mínimas de seguridad en anestesia”, se insiste en que la referida inmediatez y la “vigilancia estrecha” a las que alude el experto, para la sala no están acreditadas, habida cuenta de la laguna o bache de 5 minutos, determinante en la atención de la señora Maria Doralby y, por contera, en el lamentable desenlace conocido. Que, por demás, como se expuso con antelación, ningún medio de convicción allegó la clínica codemandada, como era su carga, para acreditar la monitorización continua bajo las condiciones que le eran exigidas.

Así las cosas, para poder concluir como lo hizo el *a quo*, que la atención de la crisis por parte de la clínica demandada fue oportuna y diligente, se necesitaría la prueba de que los signos vitales de la paciente durante los cinco minutos siguientes a la aplicación del fármaco eran normales, pues entonces ello implicaría que esas condiciones de somnolencia y cianosis se presentaron abruptamente en el minuto cinco, pero esa prueba, conforme a lo visto, brilla por su ausencia en el expediente, debiendo ser la demandada quien asuma las consecuencias adversas de que tal prueba no llegue al proceso (art. 167 C.G.P.).

Debe advertir la sala, además, que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, la prosperidad de las pretensiones supone la acreditación del hecho, el daño y el nexo de causalidad, es decir, de todos los presupuestos axiológicos de la pretensión, siendo este último el vínculo entre el daño padecido por el demandante y el hecho atribuible al demandado. Ahora, ciertamente, tratándose de casos como el *sub examine*, por su

naturaleza, la prueba pericial resulta toral, como bien lo ha explicado la Corte:²⁶

“Sin embargo, cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia –no conocidos por el común de las personas y de suyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquellos que la practican- y que a fin de cuentas dan, con carácter general, las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa. En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan pero no ocasionan. De la misma manera, quedará al abrigo de la decisión judicial, pero tomada con el suficiente conocimiento aportado por esas pruebas técnicas a que se ha hecho alusión, la calificación que de culposa o no se dé a la actividad o inactividad del profesional, en tanto el grado de diligencia que le es exigible se sopesa y determina, de un lado, con la probabilidad de que el riesgo previsto se presente o no y con la gravedad que implique su materialización, y de otro, con la dificultad o facilidad que tuvo el profesional en evitarlo o disminuirlo, asuntos todos que, en punto de la ciencia médica, deben ser proporcionados al juez a efectos de ilustrarlo en tan especiales materias”.

A partir de lo analizado en precedencia, al retomar las conclusiones de uno y otro dictamen pericial, sin ningún tipo de hesitación se concluye que la falta de monitoreo constante de la paciente, hallada a partir de la historia clínica, llevó al episodio

²⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 26 de septiembre de 2002. Exp. 6878. MP Jorge Santos Ballesteros.

ampliamente conocido. Así mismo, memórese que el médico anesthesiólogo que practicó la experticia a instancia de la clínica demandada, señaló que *“Las secuelas de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica (EHI) son secundarias al PCR secundario a la Depresión Respiratoria ocasionada por la dosis única de hidromorfona, ...”*, además, este mismo experto indicó que *“la depresión respiratoria, si es que se presenta, aparece más pronto en el tiempo con HIDROMORFONA que con MORFINA”* y que aquel medicamento *“sigue siendo el mejor opioide aun considerando sus posibles efectos respiratorios más tempranos”*.

Las condiciones de salud y vida de la señora María Doralby luego de tal episodio han quedado documentadas a lo largo de esta providencia, circunstancias que implicaron su afectación directa, así como a sus familiares aquí demandantes, lo que tiene como punto de partida la aludida falta de monitoreo constante, que no permitió atender oportunamente el paro cardiorrespiratorio y la consecuente Encefalopatía Hipóxico-Isquémica (EHI). Así las cosas, acreditada se encuentra la relación de causalidad necesaria entre el hecho omisivo de la clínica demandada y el daño sufrido a la parte actora.

De lo visto se sigue que, en cuanto al segundo pilar de la sentencia, asiste razón al apelante, lo que torna superfluo cualquier pronunciamiento sobre el 7º reparo, relativo a la imposición de costas, por lo que pasará a examinarse el tema de **los perjuicios** cuyo resarcimiento se pretende.

En lo que se refiere a los **perjuicios materiales** reclamados, se tiene que los demandantes deprecaron el reconocimiento del **lucro**

cesante consolidado y futuro en las sumas de \$16.074.717 y \$172.919.552, en su orden, como “*el dinero que habría recibido el afectado directo de no haber ocurrido el daño*” (se destaca), para lo cual afirmaron que la señora Maria Doralby era trabajadora independiente en la preparación de distintas viandas y comestibles para la venta, con cuyos réditos de un salario mínimo legal mensual sufragaba los gastos de su hogar.

Con relación a este particular punto, en el *sub examine* conviene memorar lo dicho por la jurisprudencia, respecto de la presunción que se devenga un salario mínimo legal mensual vigente:

“En aras de estimar económicamente el aludido menoscabo, el actual entendimiento jurisprudencial del principio de reparación integral en punto a la indemnización por lucro cesante ordena que, una vez demostrada la afectación negativa del ejercicio de una actividad productiva, debe procederse al restablecimiento patrimonial del agraviado, para lo cual basta la prueba de su aptitud laboral y, para fines de cuantificación, la remuneración percibida, sin perjuicio de que esta sea suplida por el salario mínimo legal mensual vigente.

Esto último desarrolla el aludido principio, reconocido normativamente en el artículo 16 de la ley 446 de 1998, el cual ordena «que al afectado por daños en su persona o en sus bienes, se le restituya en su integridad o lo más cerca posible al estado anterior..., y por eso, acreditada la responsabilidad civil, el juez ‘tendrá que cuantificar el monto de la indemnización en concreto, esto es que habrá de tomar en consideración todas las circunstancias específicas en que tuvo lugar el daño, su intensidad, si se trata de daños irrogados a las personas o a las cosas, y la forma adecuada de resarcir el perjuicio’ (CSJ SC, 18 dic. 2012, Rad. 2004-00172-01)» (SC22036, 19 dic. 2017, rad. n.º 2009-0014-01).

Así lo dejó sentado esta Corporación, al señalar:

Demostrado, entonces, que se causaron perjuicios no se puede dictar fallo exonerando de la condena bajo el argumento de que no obra

demostración de la cuantía del mismo ni tampoco se puede morigerar o amainar su monto predicando de manera simple y rutinaria que no hay forma de acreditar una superior, razón por la cual tiene que acudirse a deducir como retribución por los servicios prestados la correspondiente al ‘salario mínimo legal’ (SC de 21 oct. 2013, rad. n.º 2009-00392-01).

La utilización de la remuneración mínima en la jurisprudencia es de vieja data, soportada en pautas de equidad y sentido común, con el fin de evitar que la indemnización se pierda en divagaciones probatorias, al paso que garantiza la protección de la víctima¹.

Obviar esta obligación «desconoce la existencia de [esta] capacidad... en toda persona humana que como atributo indestructible forma parte de su misma sustantividad existencial. La plena capacidad cordial (incluyendo la mental, puesto que concebidos al hombre como un ser único e indiviso) y por lo tanto, su habilidad, siempre entraña la posibilidad de que luchará y buscará la forma de obtener, así sea, exclusiva y egoístamente su propio sustento para sobrevivir sin solidaridad con su familia» (SC16690, 17 nov. 2016, rad. n.º 2000-00196-01).

Por tanto, no es menester exigir al afectado que demuestre el desarrollo de un laborío reductible para acceder a su pretensión, pues basta con encontrar acreditada la pérdida de su capacidad laboral -temporal o permanente-, salvo que su aspiración sea una tasación mayor».²⁷

Con apoyo en lo anterior y en aplicación de lo previsto por el art. 16 de la Ley 446 de 1998,²⁸ se asumirá el salario mínimo legal como parámetro para efectos de determinar el lucro cesante, con el cual se liquidará dicho rubro desde que la señora Maria Doralby ingresó a la clínica demandada para la cirugía en cuestión, esto es, el 13 de marzo de 2021, pero atendiendo el monto de dicha prestación en la actualidad, -que como lo ha estimado la jurisprudencia,²⁹ lleva implícita la pérdida de poder

²⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC4803-2019. Radicación nro. 73001-31-03-002-2009-00114-01. MP Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

²⁸ “Dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas, atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales”.

²⁹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia de 19 de diciembre de 2006. M.P. Dr. Manuel Isidro Ardila Velásquez.

adquisitivo de la moneda- o sea la suma de \$1.750.905, por el resultado de sumar (1) más el interés aplicable (i), elevado al número de meses transcurridos entre la fecha de la intervención quirúrgica y atención posterior en la que se generó el daño -13 de marzo de 2021-, y la fecha en que la señora María Doralby falleció, esto es, el 3 de diciembre de 2021 (n), a esto le restamos la constante 1, y luego dividimos el resultado que dicha operación arroja sobre el porcentaje de interés aplicable (i).

Así se liquidará como lucro cesante consolidado el que corresponda entre el 13 de marzo y el 3 de diciembre de 2021, con aplicación de las fórmulas reiteradamente utilizadas por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia:

$$LCC = RA \times \frac{(1+i)^n - 1}{i}$$

$$LCC = \$1.750.905 \times \frac{(1+0,005)^{8.87} - 1}{0,005}$$

$$LCC = \$1.750.905 \times \frac{(1,045) - 1}{0,005}$$

$$LCC = \$1.750.905 \times \frac{0,045}{0,005}$$

$$LCC = \$1.750.905 \times 9$$

$$\mathbf{LCC = \$15.758.145}$$

Total, por lucro cesante consolidado: \$15.758.145, suma que será reconocida a favor de la sucesión de la señora Maria Doralby Montoya Velásquez.

La sala no reconocerá suma alguna por concepto de **lucro cesante futuro**, comoquiera que para la fecha del fallecimiento de la señora Maria Doralby, sus hijos Sebastián Camilo y Vanessa contaban con 29 y 24 años, respectivamente, de quienes no se afirmó y mucho menos se acreditó dependencia económica de su señora madre, tanto más si se repara que, según se expuso en el hecho 4.37., con ocasión del hecho dañoso, aquellos “*comenzaron a tener problemas en sus trabajos*”, es decir, eran personas laboralmente productivas, por lo que ningún menoscabo directo en sus ingresos puede predicarse.

En lo referido a la hija Evelyn Andrea, si bien para la misma época tenía 20 años de edad, y se dijo (hecho 4.38.) que debió “*retirarse del SENA, en donde cursaba sus estudio[s]*”, es lo cierto que, por la misma situación no se encontraba estudiando y, en todo caso, esta condición tampoco se acreditó, pues no se aportó certificación alguna al respecto. Y, no sobra agregar, de esta tampoco se predicó una dependencia económica total o parcial de su señora madre, así como que en el interrogatorio que aquella rindió, al ser indagada por el señor juez en punto a qué se dedicaba para el 13 de marzo de 2021, manifestó: “*no, estaba en la casa*”; no se precisó nada acerca de las afirmadas actividades académicas que desarrollaba, destacando el tribunal que, aunque se pidió la declaración de parte, el apoderado decidió en la misma audiencia no interrogar.³⁰

De otro lado, en el libelo pidieron los demandantes que, como consecuencia de la declaratoria de responsabilidad civil de la

³⁰ Archivo022Min.42:16C01PrimeraInstanciaC01Principal.

NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN S.A.S., se le condenara, así como a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., como compañía aseguradora de aquella, al pago de la suma de \$72.000.000 por concepto de **perjuicios morales**, tanto para María Doralby Montoya Velásquez como para sus hijos Sebastián Camilo, Vanessa y Evelyn Andrea Urán Montoya. Y la suma de \$36.000.000 para cada una de sus hermanas, Doris Cecilia y Liliana María.

Cabe recordar en este punto que los perjuicios extrapatrimoniales, precisamente por serlo, no son factibles de una precisa cuantificación, por lo que su determinación se delega al prudente arbitrio del fallador, prudencia que justamente determina que su señalamiento tome en consideración las circunstancias del caso concreto. Sobre este tópico, resulta oportuno traer a colación el siguiente pasaje jurisprudencial:

“Por ello, la Corte, partiendo del legítimo derecho a la reparación del daño moral causado, ante las vicisitudes que su apreciación económica apareja, al no referirse al daño pecuniario en la hacienda y patrimonio del damnificado y tratarse de valores ‘... económicamente inasibles ...’ en cuanto ‘esta especie de daño se ubica en lo más íntimo del ser humano, por ende, como medida de relativa satisfacción, que no de compensación económica, desde luego que los sentimientos personalísimos son inconmensurables y jamás pueden ser íntegramente resarcidos, es dable establecer su quantum a través del llamado arbitrium judicis’, ‘tarea que, por lo demás, deberá desplegarse teniendo en cuenta que las vivencias internas causadas por el daño, varían de la misma forma como cambia la individualidad espiritual del hombre, de modo que ciertos incidentes que a una determinada persona pueden conllevar hondo sufrimiento, hasta el extremo de ocasionarle severos trastornos emocionales, a otras personas, en cambio, puede afectarlos en menor grado... Por consiguiente, la Corte itera que la reparación del daño, cualquiera sea su naturaleza, patrimonial o no patrimonial, es un derecho legítimo de la víctima y en asuntos civiles, la determinación del monto del daño

moral como un valor correspondiente a su entidad o magnitud, es cuestión deferida al prudente arbitrio del juzgador según las circunstancias propias del caso concreto y los elementos de convicción.

Para concluir, en preservación de la integridad del sujeto de derecho, el resarcimiento del daño moral no es un regalo u obsequio gracioso, tiene por causa el quebranto de intereses protegidos por el ordenamiento, debe repararse in casu con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa según el ponderado arbitrio iudicis, sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia, derrotero y compromiso ineludible de todo juzgador”.³¹

En ese mismo orden, debe tenerse en cuenta que la cuantificación debe atender a las particularidades del caso concreto, vinculadas especialmente con la magnitud del impacto que el daño tiene en la esfera íntima de la persona.³² Entonces, como es prácticamente imposible dar un precio al dolor, considérese que el órgano de cierre de la jurisdicción ha sostenido que el daño moral por el deceso de una persona y por las afectaciones corporales o mentales graves, se considera el más penoso, siendo indemnizado con las mayores cuantías.³³

³¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia de 18 de septiembre de 2009. MP William Namén Vargas.

³² *Ibidem*. A propósito, sobre el particular, ha señalado la Corte Suprema de Justicia: “(...) a partir de la sentencia de 27 de septiembre de 1974, es su criterio inalterado, la inaplicabilidad de las normas penales para su tasación, remitiéndose **al arbitrium iudicis, naturalmente, ponderado, razonado y coherente según la singularidad, especificación, individuación y magnitud del impacto, por supuesto que las características del daño, su gravedad, incidencia en la persona, el grado de intensidad del golpe y dolor, la sensibilidad y capacidad de sufrir de cada sujeto, son variables y el quantum debeatur se remite a la valoración del juez**”, estimando “**apropiada la determinación de su cuantía en el marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador**” (cas. civ. sentencia de 18 de septiembre de 2009, exp. 20001-3103-005-2005-00406-01). (Negritas fuera de texto).

³³ SC de 20 en. 2009, SC de 9 sep. 2010, SC de 9 jul. 2012, SC de 8 ag. 2013, SC13925-2016, SC15996-2016, SC16690-2016, SC9193-2017, SC665-2019, SC562-2020, SC3728-2021, SC3919-2021 y SC4703-2021.

En la sentencia SC072-2025³⁴ la Corte hizo un recuento de los derroteros utilizados para la compensación económica del daño moral, así como de los montos reconocidos por daño moral para resarcir la pérdida de un familiar, memorando que a finales de 2016 se profirieron las sentencias SC13925-2016 y SC15996-2016, que fijaron una condena por \$60.000.000; pero dejando claro, eso sí, que no se trata de *“fórmulas de aplicación inmediata ni barreras infranqueables, pues en cada caso debe establecerse la forma en que se compensará el daño irrogado, evaluando las particularidades que rodean los elementos constitutivos de la responsabilidad y la situación de la víctima”*, y agregando que en nuestro país no existe un baremo o un catálogo de daños en el que se hayan fijado límites de indemnización.

Pues bien, precisamente para que ese buen juicio del juzgador no se torne arbitrario, debe tomar en consideración las circunstancias del caso concreto, y el asunto *sub examine* no concita mayor dificultad para hallar la afectación que sufrió la señora Maria Doralby, habida cuenta de la situación descrita, que irremediablemente concluyó en su deceso el 3 de diciembre de 2021, periodo en el que permaneció hospitalizada y con atención médica domiciliaria. Es decir, durante ese tiempo de casi 9 meses soportó, bajo las condiciones ampliamente documentadas en la historia clínica, las secuelas irreversibles de la *“Encefalopatía Hipóxico-Isquémica (EHI)”* que sufrió; fue sometida a múltiples intervenciones y procedimientos médicos en un estado diametralmente diferente al que ingresó en aquella

³⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC072-2025 de 27 de marzo de 2025. Radicación nro. 66001-31-03-004-2013-00141-01. MP Octavio Augusto Tejeiro Duque.

calenda para practicarse la cirugía referenciada. En esa medida, atendiendo la acción hereditaria ejercida por sus hijos, se reconocerá la suma de 60 SMLMV, equivalente a la fecha a \$105.054.300, para la masa sucesoral.

Ahora, obvio resulta que ese padecimiento de aquella como madre se extendió a su familia, especialmente a sus hijos, circunstancia no desvirtuada sino, por el contrario, avalada por los declarantes, en quienes, no hay duda, fue marcado el sufrimiento y la aflicción por las condiciones de salud que debió enfrentar su progenitora, acentuados por la zozobra de los pronósticos desalentadores emitidos por los galenos tratantes. Por lo tanto, estima la sala del caso reconocer idéntica suma de 60 SMLMV por perjuicio moral directamente sufrido por Sebastián Camilo, Vanessa y Evelyn Andrea Urán Montoya, para cada uno. Y bajo esas mismas consideraciones, se reconocerá a favor de las señoras Doris Cecilia y Liliana María Montoya Velásquez, hermanas de María Doralby, la suma de 25 SMLMV, equivalente a la fecha a \$42.647.625, para cada una.

En lo tocante al **daño a la vida de relación**, valga recordar que, sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia ha dicho:

*“[E]s una noción que debe ser entendida dentro de los precisos límites y perfiles enunciados, como un daño autónomo que **se refleja en la afectación de la actividad social no patrimonial de la persona**, vista en sentido amplio, sin que pueda pensarse que se trata de una categoría que absorbe, excluye o descarta el reconocimiento de otras clases de daño -patrimonial o extrapatrimonial- que posean alcance y contenido disímil, ni confundirlo con éstos, como si se tratara de una inaceptable amalgama de conceptos, puesto que una indebida*

interpretación conduciría a que no pudiera cumplirse con la reparación integral ordenada por la ley y la equidad...”.³⁵ (Negritas fuera de texto).

Este perjuicio se concibe de manera **autónoma** y completamente **diferenciada** de los daños patrimoniales e inclusive del **perjuicio moral**, y en criterio jurisprudencial del órgano de cierre ordinario,

*“Dicho con otras palabras, esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad. Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que los demás, como quiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales hasta lo más simple se puede tornar difícil. Por lo mismo, recalca la Corte, la calidad de vida se ve reducida, al paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente. Es así como de un momento a otro **la víctima encontrará injustificadamente en su camino obstáculos, preocupaciones y vicisitudes que antes no tenía, lo que cierra o entorpece su acceso a la cultura, al placer, a la comunicación, al entretenimiento, a la ciencia, al desarrollo y, en fin, a todo lo que supone una existencia normal, con las correlativas insatisfacciones, frustraciones y profundo malestar**”*.³⁶ (Negritas de la sala).

Revisado el libelo demandatorio, la parte actora nuevamente aludió en el hecho 4.39. a circunstancias vinculadas con el perjuicio moral, destacando lo incuestionable de que los seres humanos, experimentan por sus padres, hijos, hermanos, cónyuges o parientes más cercanos, dolor, angustia y tristeza

³⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 13 de mayo de 2008. Ref: Exp. 11001-3103-006-1997-09327-01. MP César Julio Valencia Copete.

³⁶ Corte Suprema de Justicia. Sentencia de casación del 13 de mayo de 2008.

cuando alguno de ellos fallece, máxime si se es testigo del sufrimiento y deterioro paulatino de ese ser querido, lo que significa el sufrimiento, además del perjuicio moral, un severo daño a sus condiciones de existencia o **vida de relación**.

Asimismo, vinculado con ese tópico, en el acápite de las pretensiones cita jurisprudencia de la H. Corte Suprema de Justicia, para concluir que con la encefalopatía hipóxica isquémica padecida por la señora Maria Doralby, esta y sus hijos debieron modificar drásticamente su forma de vivir, sus costumbres, sueños y metas, cambio que se acentuó con su fallecimiento, por lo que debería reconocerse este rubro, en especial por el daño a la salud que debió padecer aquella durante los nueve (9) meses *“que vivió postrada en una cama con graves secuelas físicas y neurológicas”*.

De estas últimas circunstancias, como se argumentó en precedencia, no existe la más mínima duda, como tampoco de su influencia negativa en el ordinario vivir de los aquí demandantes y, de suyo, de la señora Maria Doralby. Incuestionable resulta, que las más simples actividades de esparcimiento en orden a gozar de una vida amena y placentera desaparecieron, al menos temporalmente.

Sobre este punto, y por las particularidades que ofrece la foliatura, conviene traer a colación la sentencia SC7110-2017³⁷

³⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC4803-2019 de 12 de noviembre de 2019. Radicación nro. 73001-31-03-002-2009-00114-01. MP Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, particularmente en lo vinculado al aspecto probatorio:

“En relación con su prueba, la Corte tiene dicho que con el fin de evitar antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas, la determinación del daño en comentario debe atender a «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.° 2004-00032-01).

Es que ante la ausencia de certeza sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto, ya que habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar. Recuérdese que «[la condición de reparabilidad está dada por la certidumbre y gravedad suficiente del daño y no por pertenecer a alguna subcategoría específica]»³⁸.

Sin embargo, eventos hay en los cuales dicho menoscabo extrapatrimonial constituye hecho notorio, siendo excesivo requerir prueba para tenerlo por demostrado, porque esta se satisface aplicando las reglas de la experiencia y el sentido común.

Aunque no son habituales tales eventualidades y por ello el juzgador debe mirirlas con celo para evitar desproporciones y abusos, no cabe duda acerca de su existencia, verbi gratia, la pérdida del sentido de la visión de forma permanente, en tanto que exigirle a esta acreditar cómo se vería afectada su vida con posterioridad a dicho menoscabo es un despropósito.

Sería tanto como intimar a que el perjudicado demuestre cómo va cambiar su desenvolvimiento en sociedad o, dicho en otros términos, qué veía antes de su padecimiento y qué pudo haber visto después, de donde el sentido común repele dicha exigencia probatoria y conduce a tener por colmada la acreditación del daño a la vida de relación derivado de ese padecimiento.

Igual sucede con la persona que pierde la movilidad de forma permanente, pues no cabe duda de que sus condiciones de vida no serán iguales a su estado previo y que enfrentará nuevas barreras,

³⁸ Enrique Barros Bourie, Tratado de Responsabilidad Extracontractual, Ed. Jurídica de Chile, 2009, p. 291.

como quiera que disminuirá su facultad de locomoción autónoma, esto es, sin ayudas mecánicas o de otras personas.

Conminar a quien está en esta situación a que demuestre que antes caminaba y cómo en el futuro no lo podrá hacer, igualmente se muestra inconcebible en razón a que la pérdida de dicha prerrogativa basta por sí sola”.

En consecuencia, a la luz de tal pasaje, la sala reconocerá a los demandantes Sebastián, Vanessa y Evelyn Andrea Urán Montoya, así como a la sucesión de Maria Doralby Montoya Velásquez (QEPD), por concepto de daño a la vida de relación, el equivalente a 30 SMLMV para cada uno de ellos, memorándose, igualmente que, según la jurisprudencia, por su naturaleza extrapatrimonial, corresponde al arbitrio del juzgador.³⁹

Por último, se tiene que la parte actora solicitó se condene a Seguros Generales Suramericana S.A. al pago de la condena impuesta, por cuanto funge como aseguradora de la Nueva Clínica Sagrado Corazón S.A.S. Como se dejó reseñado en el acápite correspondiente, cuando aquella compañía se pronunció frente al libelo, solamente presentó, a modo de excepción, lo que denominó “AUSENCIA DE CULPA. DILIGENCIA Y CUIDADO”, donde puso de presente que “*se evidencia el cumplimiento diligente de las obligaciones que le incumbía a la codemandada en las atenciones médicas brindadas a la paciente, en condiciones de calidad, idoneidad y oportunidad*”. Sin embargo, como quedó explicado en párrafos precedentes, lejos estuvo de quedar probado el cumplimiento de las obligaciones a cargo de la clínica demandada, específicamente la obligación de seguridad que tenía con respecto a la paciente en la etapa del posoperatorio.

³⁹ Sentencia SC5885 de 2016, entre otras.

Como se recordará, concomitante con la contestación de la demanda, la institución prestadora de salud llamó en garantía a la referida entidad aseguradora, señalando que entre ambas se celebró un contrato de seguro de responsabilidad empresarial de clínicas, según consta en la póliza nro. 0282197-1, que cubre las atenciones prestadas en el 2021, año en cual ocurrieron los hechos que originaron este proceso.

Al dar respuesta al llamamiento en garantía, Seguros Generales Suramericana S.A. aceptó la existencia del contrato, como el amparo allí establecido, planteando a modo de “excepción” *“DEDUCIBLE PACTADO, LÍMITE ASEGURADO Y AFECTACIÓN DEL VALOR ASEGURADO”*, destacando que en la póliza se pactó *“ii) un límite del valor asegurado por \$2.000.000.000,00 y un deducible del 20%, con un mínimo de \$ 10.000.000”*.

En efecto, respecto de la cobertura denominada *“BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS”*, con un valor asegurado de \$2.000.000.000, revisado el acápite de deducibles se constata lo siguiente:

DEDUCIBLES
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS: 20% del siniestro del artículo afectado, mínimo COL\$ 10000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS PATRONAL: 20% del siniestro del artículo afectado, mínimo COL\$ 10000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS: 20% del siniestro del artículo afectado, mínimo COL\$ 10000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS ASISTENCIA PROCESO PENAL: 20% del siniestro del artículo afectado, mínimo COL\$ 5000000.

Por lo tanto, y habida cuenta de que el amparo otorgado tiene una suma asegurada de \$2.000.000.000 con deducible del 20%, mínimo \$10.000.000, las sumas reconocidas por perjuicios que

son muy inferiores al tope de la suma asegurada, serán pagadas de forma directa por la aseguradora a los demandantes, así como las costas del proceso (art. 1128 C de Co.). Por consiguiente, ningún pronunciamiento cabe hacer en relación con el llamamiento en garantía formulado.

CONCLUSIÓN

No habiendo probado la clínica demandada, siendo de su cargo, que cumplió con la obligación de lo que, para el caso de la señora Maria Doralby Montoya Velásquez, específicamente consistía en el *“monitoreo básico en recuperación”*, lo que se traduce en una obligación de seguridad o deber de protección, habrá de declararse la responsabilidad civil de dicha entidad, a quien se condenará al pago de los perjuicios cuyos rubros y montos con anticipación se anunciaron.

Asimismo, en razón de la acción directa ejercida, encontrándose vigente la póliza para el año 2021 cuando ocurrieron los hechos dañosos, sin que se hubiese alegado, mucho menos establecido una circunstancia que impidiese su afectación, se ordenará a Seguros Generales Suramericana S.A., el pago directo a los demandantes de las sumas reconocidas, en los términos señalados en precedencia.

De otro lado, en atención de lo dispuesto por el numeral 4° del artículo 365 del C.G.P., se condenará en costas de ambas instancias a la parte demandada, a favor de los demandantes, que serán cubiertas por la aseguradora (art. 1128 C de Co.).

DECISIÓN

Sin necesidad de más consideraciones, la Sala Cuarta de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: REVOCAR la sentencia de procedencia y fecha indicadas, para en su lugar **DECLARAR** civilmente responsable a la Nueva Clínica Sagrado Corazón S.A.S.

SEGUNDO: CONDENAR a la Nueva Clínica Sagrado Corazón S.A.S. a pagar a los demandantes las siguientes sumas de dinero y por los conceptos que así se discriminan:

- Por **lucro cesante consolidado**: \$15.758.145 a favor de la sucesión de la señora Maria Doralby Montoya Velásquez.
- Por **perjuicio moral**:
 - 60 SMLMV a favor de la sucesión de la señora Maria Doralby Montoya Velásquez.
 - 60 SMLMV a favor de Sebastián Camilo, Vanessa y Evelyn Andrea Urán Montoya, para cada uno.
 - 25 SMLMV a favor de Doris Cecilia y Liliana María Montoya Velásquez, para cada una.
- Por **daño a la vida de relación**:

- 30 SMLMV a favor de la sucesión de la señora Maria Doralby Montoya Velásquez.
- 30 SMLMV a favor de Sebastián Camilo, Vanessa y Evelyn Andrea Urán Montoya, para cada uno.

TERCERO: CONDENAR a Seguros Generales Suramericana S.A. a pagar, de forma directa, a los beneficiarios de la condena, las sumas reconocidas en el numeral precedente en los términos allí dispuestos, sin que en ningún caso exceda la cantidad de \$2.000.000.000 que corresponde al límite del valor asegurado, menos el deducible pactado.

CUARTO: NEGAR el reconocimiento de las sumas reclamadas por concepto de lucro cesante futuro, de acuerdo con lo motivado.

QUINTO: CONDENAR en costas de ambas instancias a la parte demandada, a favor de la demandante, las cuales serán cubiertas por la aseguradora codemandada. Ejecutoriada esta providencia, procederá la suscrita magistrada ponente a fijar las agencias en derecho correspondientes al recurso vertical; el *a quo* fijará las de primera instancia.

SEXTO: Por la Secretaría de la Sala devuélvase el expediente al juzgado de origen, previas las constancias de rigor.

(Discutido y aprobado en sala de la fecha)

NOTIFÍQUESE

PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA
MAGISTRADA

(con aclaración de voto)

BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA
MAGISTRADO

JULIÁN VALENCIA CASTAÑO
MAGISTRADO

Firmado Por:

Piedad Cecilia Velez Gaviria
Magistrada
Sala 002 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Benjamin De Jesus Yepes Puerta
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Firma Con Aclaración De Voto

Julian Valencia Castaño
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 010 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

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

Código de verificación:

7a68b7c915dda121b0ed84e0b6656137f1aade4c70a2dc3e4a
9592525b3c1c53

Documento generado en 03/07/2026 11:34:36 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico
en la siguiente URL:

Proceso	Verbal – Responsabilidad
	Civil Médica
Radicado	05001310301520220026401

<https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

REPÚBLICA DE COLOMBIA

TRIBUNAL SUPERIOR

DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN

SALA CIVIL

ACLARACIÓN DE VOTO

Benjamín de J. Yepes Puerta

Lugar y fecha	Medellín, siete (07) de julio de dos mil veintiséis (2026)
Proceso	Declarativo - Verbal
Radicado	05001310301520220026401
Demandantes	Sebastián Camilo Urán Montoya y otros
Demandadas	Nueva Clínica Sagrado Corazón y otra
M. Ponente	Piedad Cecilia Vélez Gaviria

Aunque comparto la decisión de revocar la sentencia de primera instancia y, en su lugar, declarar civilmente responsable a la clínica demandada y ordenar el pago directo a la compañía aseguradora, con la consideración de siempre con los demás integrantes de la sala, disiento con las razones que se dieron para tener por satisfecho el consentimiento informado de María Doralby sobre el acto médico.

En la sentencia se caviló al respecto, fundamentalmente, del siguiente modo:

“(…) Ahora bien, en cuanto al documento de consentimiento informado, propiamente dicho, el reparo no tiene la solidez que pretende el impugnante, toda vez que el mismo aparece suscrito por la paciente, como también por su yerno Santiago Ríos Zapata -por demás de profesión enfermero- y su autenticidad, que presume el artículo 244 ibídem, nunca fue cuestionada, por lo que ostenta valor probatorio en punto a su otorgamiento, fecha y declaraciones allí contenidas, conforme a los artículos 260 y 257 ib., como lo expuso la Sala Civil de la C.S.J. en la sentencia SC12449-2014, citada al comienzo de estas consideraciones

Al efecto, obra en el expediente “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA”, 18 fechado el “13-03-2021”, donde figura como persona responsable/acompañante de la señora María Doralby, el señor Ríos Zapata, documento signado por ambos, en el que se exponen, entre otros, los riesgos de anestesia general y sedación (...)

(...) No sobra decir, sin embargo, que el referido documento da cuenta de haberse informado los riesgos de “paro cardíaco o respiratorio con daño en órganos vitales y secuelas como quedar en estado de coma o producirse la muerte”, sin que pueda exigirse que deba puntualizarse el tipo de drogas que se pueden llegar a aplicar en el período inmediatamente postoperatorio, y los riesgos de su aplicación, en este caso la hidromorfona, como lo reclama el apelante.

Finalmente, en cuanto a que, según afirma el recurrente, Santiago Ríos Zapata haya dicho que no les fueron informados los riesgos, tampoco tiene la trascendencia que pretende el impugnante, pues no puede pasarse por alto que si bien el día 13 de marzo, fecha de la cirugía, se suscribió el “consentimiento informado”, la información había sido previamente brindada a la paciente en la tele consulta que el día 8 del mismo mes tuvo con el anesthesiólogo Antonio José Otero. Que, por demás, gozando de sus plenas facultades mentales, como se dejó dicho en párrafos precedentes, acudió a las instalaciones de la NUEVA CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN en la fecha programada para llevar a cabo la intervención quirúrgica, lo que denota que habiendo recibido previamente la información suficiente, consintió en su realización (...).

Comprendido que por el modo en que se planteó el cargo se habilitaba la competencia del Tribunal para evaluar la adecuación del deber de información —pues se reprochó que el *a quo* lo tuviera totalmente satisfecho— estimo que ese deber que tenía el cuerpo médico tampoco se cumplió. Lo hago con base en las siguientes razones esenciales:

La insuficiencia se predica de su contenido mismo y de la verdad que refleja, no de su autenticidad. (i) Preliminarmente, no se explicó por qué fueron múltiples los consentimientos que no se suscribieron directamente por la paciente sino por su hija, su hijo o su yerno (verbigracia, el de procedimientos médico quirúrgicos¹), aparente imposibilidad que debía probarse por

1 [023PruebasClinicaSagradoCorazon.pdf](#) / Páginas 18 a 69

aquellos con la obligación de informar a la paciente y que desde ya dirigía a dudar sobre la adecuación de la conducta a ese respecto.

(ii) La misma duda emerge por la falta de llenado de apartes del preformato de consentimiento informado, como la declaración de la paciente o su representante sobre haber sido claramente informados de todos los riesgos del procedimiento, espacios que quedaron en blanco:

Declaración del paciente y/o representante: Yo, _____, identificado con _____ número _____ de _____, en calidad de paciente ___ / representante ___, declaro que me han explicado de manera clara, sencilla y suficiente, que he podido hacer las preguntas pertinentes, y que he comprendido satisfactoriamente los siguientes aspectos:

1. La naturaleza de la emergencia sanitaria generada por el COVID-19 que actualmente se encuentra decretada en el país.
2. El tipo, nombre y descripción detallada del procedimiento, en qué consiste, qué se pretende con él, las posibles complicaciones de mayor ocurrencia que pueden presentarse en este tipo de procedimiento, y cuáles son sus posibles consecuencias.
3. Que he recibido la información necesaria acerca de por qué debo ser sometido al procedimiento quirúrgico, y los riesgos de no someterme a él.
4. Que tanto en el desplazamiento de mi hogar hasta la clínica y durante mi estancia en ella existe riesgo de contagio del SARS-CoV-2, lo cual puede aumentar los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico que se me va a realizar y generar complicaciones en el posoperatorio.

Fecha Act: Mayo 2020

COD: M-CH-F-028

Versión: 001

Entonces, tal como la Corporación lo ha desarrollado en providencias anteriores, las reglas de la experiencia apuntan a que los preformatos solo procuran la obtención de la firma, pues un sujeto con tiempo y espacio para la lectura no deja espacios en blanco y menos con declaraciones de tal magnitud:

“(…) En simultáneo, llama la atención la existencia unas equis (X) al costado de cada uno de los espacios donde debería ir la firma de Bibiana Patricia. Se edifica una regla de la experiencia constituida por el hecho indicador de que, si un documento tipo preformato está suscrito y contiene unas equis que señalan el espacio en que debió ir la firma, entonces, el hecho indicado es que el contenido del documento fue observado ligeramente y con celeridad, pues lo que interesaba es la obtención de la firma.

Es que a una paciente que goce del tiempo para leer reflexivamente un preformato de consentimiento informado no hay que señalarle y marcarle expresamente dónde debe ir su firma, pues de la lectura consciente lo deducirá. Esa es la naturalidad de las atenciones masivas

que se brindan a los usuarios de bancos, aseguradoras, entidades de salud, y un largo etcétera: una lección somera de que determinado documento se refiere a determinado tema y luego una instrucción de "firme aquí y firme allá", demarcado por las equis para su cumplimiento (...)"².

(iii) Acerca del contenido de los riesgos, no satisface el deber de información simplemente incluir más de 53 riesgos relacionados con la anestesia (contados del preformato), que tienen que ver con afectaciones en todas las partes del cuerpo y en diferentes magnitudes, sin profundización de aquellos con mayor o menor probabilidad de ocurrencia en su caso particular: pues difícilmente correría idéntico riesgo de padecer, por ejemplo, *trastornos del comportamiento, que dolor de espalda, retención urinaria, convulsiones, fracturas de dientes, paro cardíaco o náuseas y vómito*. Al respecto también se caviló en la sentencia recién citada:

"(...) Es natural que dado el volumen propio de la prestación del servicio médico se hayan predispuesto formatos que intenten informar genéricamente los riesgos del procedimiento tantas veces realizado en aquel centro de salud. Sin embargo, ello en modo alguno exime la atención del caso particular con miras a complementar la información si ello es necesario, cuando del paciente emerjan riesgos propios, máxime si tales significan la duplicación del riesgo inherente. Así mismo se decidió en un caso anterior estudiado por la Sala en el que se incumplió el deber de información cualificado que debía surtirse para la cirugía estética de abdominoplastia en una paciente fumadora, cuya motivación es precedente vinculante³:

"(...) Es que sostener que su mero diligenciamiento es sinónimo de acogimiento estricto al deber de información, supondría, erradamente, la uniformidad total de la ciencia médica y de la condición humana sometida a su estudio, se desconocerían las disímiles condiciones de vida, de salubridad y autocuidado de todos los pacientes, sus antecedentes clínicos o familiares y, en últimas, la separación de la relación subjetiva médico-paciente.

2 Sentencia Nro. 021 del 02 de junio de 2026. Radicado 05001310301520220002901.

3 Cita del texto: Sentencia Nro. 053 del 06 de noviembre de 2025. Radicado 05001310302020210047601

Como se verá, si el deber de información se prueba mayor, la defensa cimentada en la llana firma será insuficiente.

“(…) En todo caso, la valoración individual, especialmente de las condiciones específicas del paciente, resultará fundamental y, por tanto indispensable, habida cuenta que la experiencia y la estadística, por confiables que sean, son sólo un recurso prospectivo que, responsablemente, no exime al galeno de confrontarlo con su situación particular —la del paciente—, la que de suyo bien puede variar, en un sentido o en otro. De allí que el solo diligenciamiento —escueto y frío— del formulario que, de ordinario, se exigen en los centros hospitalarios con carácter previo a la realización de un determinado procedimiento, por ejemplo, quirúrgico, no siempre sea suficiente, dado que no es posible partir del supuesto —de suyo errado— de que los pacientes son iguales.

Uniformarlos a todos, con sujeción a un mismo formato, puede ser contraproducente, por atentatorio del factor: individualidad (arquitectura propia, físico psíquica), de tanta significación en el campo de la medicina (...)”⁴.

En este caso, el deber de información se surtió insuficientemente, mediante preformatos y referencias ligeras que no daban cuenta de aquello que la lex artis tiene decantado en la condición particular (...)

(…) Son múltiples las deficiencias de los preformatos: no consta explicación sobre el concepto de dilatación mecánica (cervical). Los objetivos y beneficios esperados con el procedimiento fueron sumamente genéricos, relativos a la obtención de la sanidad de la paciente. No se diligenció cuál era la (o las) alternativa disponible para su caso particular, y de un modo gaseoso se consignó que este procedimiento puede constituir la mejor opción para resolver su patología y en algunas ocasiones la única.

La comunicación del riesgo particular brilla por su ausencia, como quiera que la ruptura uterina simplemente se enumeró como una de las 14 principales complicaciones materno-fetales, ¿todas se informaron pormenorizadamente con el mismo nivel de relevancia? ¿se priorizó la explicación de aquellas con mayor probabilidad de ocurrencia? Son, entre otros, los cuestionamientos de imposible resolución si se consultase únicamente el texto del consentimiento informado (...).”

4 Cita del texto: : Jaramillo Jaramillo, Carlos Ignacio (2011) “Responsabilidad civil médica: la relación médico-paciente” segunda edición, Colección ensayos; número 8, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas. Páginas 272 y 273

Valoro que no puede tenerse, sin más, que ese riesgo se le comunicó o que si quiera lo leyó del preformato, (iv) como tampoco puede llegarse a esa conclusión con la teleconsulta del 8 de marzo, pues padece de la misma característica englobante del documento preestablecido; es que en tal oportunidad se consignó que se informaron los riesgos *descritos en el consentimiento informado*, que ya se los calificó de indebidamente universalizados.

De este modo dejo sentadas las razones por las que no acompaño la motivación mayoritaria en punto al cumplimiento del deber de información.

(Firmado electrónicamente)

BENJAMIN DE J. YEPES PUERTA

Magistrado

Firmado Por:

Benjamin De Jesus Yepes Puerta

Magistrado

Sala Civil

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

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

Código de verificación: **8b2db6887d79938157679a6823e641fed735097d210293061b461409b000dddd**

Documento generado en 07/07/2026 06:18:59 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>