



Revista de  
**Derecho**  
Privado

**¿EXISTE LA OBLIGACIÓN DE RESULTADOS  
EN LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS?**

JUAN GUILLERMO OCAMPO OLARTE

Artículo de reflexión

DOI: <http://dx.doi.org/10.15425/redepriv.57.2017.07>

Universidad de los Andes

Facultad de Derecho

Rev. derecho priv. No. 57

enero - junio de 2017. e-ISSN 1909-7794

## ¿Existe la obligación de resultados en las cirugías estéticas?

### Resumen

Los cánones de belleza se imponen en nuestra sociedad de vitrina y el comercio del bienestar aparece para dar respuesta a esta nueva necesidad.

En la medicina estética se ha pregonado que la obligación que asumen los cirujanos es de resultados, mientras que el acto médico terapéutico es de medios. La crítica principal a esta clasificación es la existencia de condiciones aleatorias y de riesgos inherentes y previstos que acarrea cada procedimiento médico, independiente de si es estético o terapéutico, exigiéndosele al galeno su adherencia a la *lex artis*. El presente artículo pretendió dar respuesta a la pregunta: ¿Existe la obligación de resultados en las cirugías estéticas?

**Palabras clave:** cirugía estética, acto médico, *lex artis*, obligación de resultado, obligación de medios, consentimiento informado, riesgo previsto, riesgo inherente.

## Is there an obligation of results in cosmetic surgery?

### Abstract

The standards of beauty are imposed on our society of showcase and the wellbeing trade appears to give answer to this new need.

In aesthetic medicine it has proclaimed that the obligation assumed by the surgeons is results while the medical procedure is therapeutic means. The main criticism of this classification is the existence of random conditions and inherent and expected risks that carries every medical procedure, regardless of whether it is aesthetic procedure or therapeutic demanding the physician adherence to *the lex artis*. This article attempts to answer the question: ¿there is an obligation of results in aesthetic surgery?

**Keywords:** cosmetic surgery, medical procedure, *lex artis*, result obligation, obligation of means, informed consent, planned risk, inherent risk.

# ¿Existe la obligación de resultados en las cirugías estéticas?\*

JUAN GUILLERMO OCAMPO OLARTE<sup>1</sup>

## SUMARIO

Introducción – I. CIRUGÍA PLÁSTICA VS. CIRUGÍA ESTÉTICA – II. EL ACTO MÉDICO, UN CONTRATO – III. LA *LEX ARTIS AD HOC* – IV. TIPO DE RESPONSABILIDAD DEL ACTO MÉDICO – A. *La culpa* – B. *El daño* – C. *El nexo causal o relación de causalidad* – V. ¿CÓMO DETERMINAR LAS OBLIGACIONES EN EL CONTRATO MÉDICO? – A. *Según el legislador* – B. *Según el contrato* – VI. RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO ESTÉTICO – VII. EL RIESGO, UNA CONSTANTE DEL ACTO MÉDICO – A. *Riesgo previsto* – B. *Riesgo inherente* – VIII. ¿EXISTE LA OBLIGACIÓN DE RESULTADOS EN LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS? – Referencias.

---

\* Cómo citar este artículo: Ocampo Olarte, J. G. (Junio, 2017). ¿Existe la obligación de resultados en las cirugías estéticas? *Revista de Derecho Privado*, (57). Universidad de los Andes (Colombia). <http://dx.doi.org/10.15425/redepriv.57.2017.07>

1. Médico y cirujano, Universidad Pontificia Bolivariana. Abogado, Universidad de Antioquia. Especialista en Gerencia de la Protección Social y especialista en Salud y Seguridad en el Trabajo, Universidad CES. Médico de la Unidad de Calificación, IPS Salud Suramericana S. A. Correo: [juanocampo7@gmail.com](mailto:juanocampo7@gmail.com)

## Introducción

El apogeo de las cirugías estéticas en nuestro medio ha desarrollado un mercado que movilizó en Colombia aproximadamente US\$400 millones (Muñoz López, 2006), donde el crecimiento de la oferta depende del aumento de la demanda del mercado de la belleza, pues sus cánones marcan la pauta del quirófano de donde salen los nuevos rostros y cuerpos para ser exhibidos y poder lograr el estatus social deseado. Esta tendencia del mercado ha llevado al acto médico a ser un servicio médico suntuoso regido por principios comerciales, por lo que ha necesitado una regulación especial en su ejercicio. Así mismo ha creado un tipo de contratación no propia del ejercicio médico terapéutico tradicional, donde las responsabilidades contractuales, las obligaciones del médico especialista en esta área y la carga de la prueba son propias de este mercado.

Considerando entonces que la responsabilidad es la “asunción de los efectos jurídicos por una conducta impropia” (Ruiz, 2011, p. 196) que puede generar detrimento patrimonial, medible económicamente por la víctima o sujeto pasivo del contrato, es necesario entonces determinar esta responsabilidad en los contratos de procedimientos estéticos.

Tradicionalmente la obligación médica en Colombia ha sido considerada de medio y no de resultados, donde no existe la obligación de garantizar la salud al enfermo, sino brindarle todo el apoyo y los recursos necesarios para lograrlo. En el caso de las cirugías estéticas,

la doctrina ha clasificado la obligación como de resultado por la existencia de un contrato de promesa por parte del galeno, de ofrecer el resultado deseado. Los tratadistas Manuel García Blázquez y Juan J. Molinos Cobo determinan que la especialidad de cirugía plástica o estética “se sitúa en una línea divisoria entre la obligación de medios —que el médico tiene— o de resultados” (citados por Romero Coloma, s. f., párr. 3. num. II. Particularidades).

El paciente debe entonces demostrar la responsabilidad y la culpa del médico contratado, el daño sufrido o el no cumplimiento de lo pactado, y el nexo causal entre la culpa y el daño, así como probar la existencia de la relación contractual, la prestación del servicio y el perjuicio, lo que lleva a la indemnización por parte del profesional, quien deberá demostrar los hechos exonerativos de la presunción que recae sobre él (Henao Arroyave, 2007, p. 27).

El acto médico ha sufrido un cambio en su concepción altruista y humanista en el campo de la estética, para ser un servicio profesional altamente especializado a la orden del mercado del bienestar en el área de los tratamientos estéticos que, si bien es un ejercicio profesional libre, y aunque en Colombia aún falta para reglamentarlo adecuadamente, las responsabilidades generadas en los contratos celebrados entre los médicos y sus pacientes han marcado unos límites jurídicos y unas obligaciones contractuales que ponen en riesgo su patrimonio cuando el resultado que prometen a sus clientes no lo cumplen como estos esperaban.

## I. CIRUGÍA PLÁSTICA VS. CIRUGÍA ESTÉTICA

Es importante aclarar la diferencia que existe entre los procedimientos plásticos y estéticos, pues ambos son realizados por el mismo especialista y pueden llevar a confusión al momento de determinar finalmente su responsabilidad en uno u otro acto. La cirugía plástica tiene una finalidad muy diferente a la estética, pues busca reconstruir una alteración anatómica, reparar las deformidades y la corrección por medios quirúrgicos de los defectos funcionales de procesos congénitos o adquiridos por traumatismos, infecciones, tumores, enfermedades, o simplemente involutivos que requieren reparación o reposición de estructuras superficiales que afectan a la forma y función corporal, por medio de técnicas basadas en el trasplante y movilización de tejidos, en la utilización de injertos, plastias e implantes. En esta especialidad se toma muy en cuenta la alteración del aspecto físico (la forma) y el aspecto fisiológico (la función) (Jiménez Londoño, 1999, p. 18). Generalmente estas cirugías se realizan dentro de un contexto terapéutico de un paciente enfermo.

La cirugía estética es la rama de la cirugía plástica que “mejora y resalta la belleza de lo que ya se considera “normal”, es decir, no hay deformidades mayores ni pérdida de función” (Jiménez Londoño, 1999, p. 19). En este tipo de cirugías, el paciente no presenta una patología física previa, solo busca un perfeccionamiento estético de su apariencia. Esta área comprende los tratamientos quirúrgicos que tienen por objeto mejorar o restaurar la apariencia, man-

teniendo o mejorando la correcta funcionalidad. Estas cirugías son siempre electivas, no hacen parte de una terapéutica sino del deseo personal del paciente de cambiar alguna parte sana de su cuerpo dentro de unos parámetros estéticos elegidos.

## II. EL ACTO MÉDICO, UN CONTRATO

En el acto médico es donde se concreta la relación médico-paciente, donde el médico se compromete a poner todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento médico o quirúrgico apoyado en sus conocimientos, adiestramiento técnico, y su diligencia y cuidado personal a favor del paciente, a quien debe informarle previamente los posibles riesgos y complicaciones inherentes, para que este lo autorice a realizar las acciones propias de su ejercicio a través del consentimiento informado (Guzmán Mora y Franco Delgadillo, 2004, p. 294). Esta relación médico-paciente es “el elemento primordial en la práctica médica” (Ley 23 de 1981). Y como lo expresa Bohórquez Góngora, “ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina” (2004, p. 1), fundamentándose en la confianza para ambas partes, donde se exige al profesional de la salud la competencia para realizar el acto, y al paciente el deber de cumplir racionalmente las indicaciones del médico.

Todo acto médico acarrea consecuencias jurídicas, pues se realiza voluntariamente entre dos sujetos y tiene como “objeto” la vida o la

salud de una de las partes, en este caso el paciente; de manera que el resultado del actuar del médico siempre tendrá que ver con la ley, por incidir sobre un “sujeto de derechos”, por afectar los derechos de otro hombre que se ha puesto en sus manos (Yepes Restrepo, 1996, pp. 21-24). Entonces, el médico tendrá que preservar estos derechos y se comprometerá a defenderlos y a tratar de recuperarlos, pues el fundamento de la “relación médico-enfermo radica en el compromiso del médico de estar al servicio del paciente y de jamás causarle daño” (Aguinaga Recuenco, 1998, p. 17 ). Los principales son la vida, la salud, las buenas condiciones físicas o mentales y la integridad corporal.

Esta relación entre el galeno y el paciente determina una relación jurídica, un tipo de contrato entre ambas personas. Para entender entonces este acto médico desde la visión contractual, se define que un contrato es un acuerdo de voluntades entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada y a cuyo cumplimiento pueden ser exigidas. En esta relación se presenta la concurrencia de “dos intenciones claras y precisas que se dan encuentro a través de la actividad del facultativo, tal como ocurre con una transacción o un contrato, donde similarmente se articulan dos intenciones sobre algo que se contrata” (Rubio, 1998, p. 76). Es un acuerdo de voluntades que genera derechos y obligaciones para las partes, como lo define el artículo 1495 del Código Civil: “una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa”. Considerando entonces que la relación médico-paciente es un acto o negocio jurídico, debe

tener dos elementos fundamentales: a) la manifestación de voluntad, que puede ser de uno o más agentes; y b) el objetivo específico de la producción de efectos jurídicos que lleva al cumplimiento de obligaciones de los contratantes. Esto se respalda en el artículo 1602 del Código Civil, que dice que “todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser inválido sino por su consentimiento mutuo o por causales legales”, pues dicha relación surge del libre deseo de comprometerse a cumplir lo pactado. Como lo define el artículo 1494 del mencionado Código, “las obligaciones nacen, ya del concurso real de las voluntades de dos o más personas, como en los contratos o convenciones”. Además que quienes participan de esta relación actúan bajo el ejercicio de su voluntad, que origina obligaciones para ambas partes, según los artículos 1495 y 1502 del citado Código.

La manifestación de la voluntad va directa y reflexivamente encaminada a producir efectos jurídicos entre los particulares (Ospina Fernández y Ospina Acosta, 2000, p. 17), pero esta voluntad debe expresarse legalmente para que adquiera el vigor normativo que el artículo 1494 le atribuye, a fin de que se convierta en una ley para las partes. Como lo expresa Tamayo Lombana: “El contrato es un vínculo de derecho que nos constriñe a cumplir una prestación a favor de otro” (2008a, p. 28). Cuando los actos jurídicos reúnen los requisitos que condicionan su existencia y validez, es decir, cuando están “legalmente celebrados”, sus estipulaciones libremente consentidas revisten, para los agentes y también para los jueces encargados de aplicar-

las, fuerza vinculatoria semejante a la de la propia ley dictada por el Estado (Ospina Fernández y Ospina Acosta, 2000, p. 14).

Esta relación generalmente es consensual, pues se perfecciona con el acuerdo de voluntades de los contratantes, sin que se exija formalismo alguno para su validez, como tampoco la observancia de solemnidades definidas en la ley para su existencia (Ospina Fernández y Ospina Acosta, 2000, p. 48). Solo basta la voluntad de los agentes para que dicho acto o negocio jurídico exista, aunque las partes pueden acordar formalizar el contrato. En este caso entre el paciente y el especialista, basado en la voluntad de ambos, sin que esto se considere una solemnidad exigida por la ley, para que dicho contrato adquiera el carácter de *ad probationem*. Formalizar el contrato resulta útil cuando se presentan conflictos entre las partes sobre lo pactado, sirviendo entonces dicho escrito o formalismo (el cual puede ser la misma historia clínica o el consentimiento informado como manifestación de las voluntades) como medio probatorio (Guzmán Mora y Franco Delgadillo, 2004, p. 523; Ospina Fernández y Ospina Acosta, 2000, pp. 229-235).

El acto médico tiene cuatro características que lo distinguen: 1) La profesionalidad, pues solamente el facultativo puede efectuarlo. 2) La ejecución típica, es decir, conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, sujeta a las normas de excelencia de ese momento. 3) El tener por objetivo la curación o rehabilitación del paciente. 4) La licitud, o sea su concordancia con las normas legales (Guzmán Mora, 1998).

En general, los actos médicos van precedidos de un acto jurídico (contrato consensual); si el médico lo cumple, genera derechos a su favor; si lo incumple, genera obligaciones. Es preciso, no obstante, advertir que tratándose (en la mayoría de los casos) de una obligación de medio y no de resultado, el acto jurídico se cumple a cabalidad siempre que el médico haga lo correcto (sin importar si alcanza el resultado querido); surge entonces en favor del profesional de la salud un crédito, un derecho a cobrar honorarios. Si el resultado afecta derechos del usuario por no actuar con la propiedad que la ciencia exige, nace en su contra una responsabilidad, la cual se juzga, precisamente, con base en la *lex artis* (Guzmán Mora, 1998). Esta es la línea que sigue la doctrina colombiana frente al ejercicio de la medicina en general.

El jurista Vidal Olivares (2003) expone que el contrato es donde se fundamenta jurídicamente la responsabilidad civil médica, y que la infracción culpable de la prestación objeto de este acarrea una responsabilidad que es contractual. Concluye al decir que

la fuente o causa eficiente de los deberes que integran la *Lex Artis ad hoc* aplicable al caso concreto es el contrato, interpretado e integrado por las normas dispositivas y especialmente por la del artículo 1546 del Código Civil, norma que sirve de móvil para integrar al contrato los deberes de información y protección que debe observar el profesional médico u hospital; y los deberes de información y diligencia que debe observar el pacien-

te. (Vidal Olivares, 2003, párr. 6, num. 4. Responsabilidad).

Una de las características del acto médico es que, generalmente, no se concreta en un solo momento, sino que es de ejecución sucesiva (Ospina Fernández y Ospina Acosta, 2000, pp. 72-79), pues en la mayoría de los tratamientos médico quirúrgicos se requieren valoraciones posteriores al acto inicial. En los casos quirúrgicos una valoración del cirujano y del anestesiólogo, y en la intervención quirúrgica programada la atención postquirúrgica, sea intrahospitalaria o ambulatoria, hasta que se resuelva la condición que llevó a la contratación de los servicios médicos por parte del paciente con el profesional de la salud. Este tipo de diligencia que se le exige al profesional es un modelo de conducta propia de su condición, denominado pericia, pues no puede confundirse con “la simple diligencia del obrar cuidadoso, sino que es aquella obligada por la especialidad de sus conocimientos y la garantía técnica y profesional que implica su intervención” (Vidal Olivares, 2003), por tratarse de una diligencia alejada de la general.

### III. LA LEX ARTIS AD HOC

Siendo la *lex artis* uno de los pilares fundamentales de la relación médico-paciente, debe ser considerado al estudiar la responsabilidad del primero. En palabras del jurista Martínez Calcerrada, la *lex artis* es

el criterio valorativo de la concreción del correcto acto ejecutado por el profesional

que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso de la influencia en otros factores endógenos... para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida. (Citado por González Cáceres, 2002, p. 1).

La Corte Suprema de Justicia (CSJ) dice que para definir la *lex artis* se deben considerar las características propias del “autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos”, y con base en esto se puede calificar si el acto es conforme o no con la técnica requerida. Define entonces que tal “*lex* implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta”, y que el objetivo de esta *lex* es “valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos”. El ‘*Artix*’ es la técnica que se debe desarrollar bajo “los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la ‘*lex*’ es un profesional de la Medicina”(CSJ Civil, Sentencia 5507/2001, J. F. Ramírez).

No solo es el desarrollo de una técnica bajo unos conocimientos decantados de la profe-

sión, sino que la *lex artis* debe tener en cuenta el objeto sobre el que recae, que para el caso de la medicina es el paciente y su condición previa y actual de salud o comorbilidades que determinarán la dificultad de la ejecución del acto médico, obligando al profesional de la salud a presupuestar su accionar para cada caso; esto es lo que la CSJ ha determinado como el presupuesto *ad hoc*:

Así como en toda profesión rige una '*lex artis*' que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa '*lex*', aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos. (Civil, Sentencia 5507/2001, J. F. Ramírez).

#### IV. TIPO DE RESPONSABILIDAD DEL ACTO MÉDICO

Una de las principales características del ejercicio en medicina es que todo procedimiento médico, ya sea terapéutico, quirúrgico o de diagnóstico, tiene asociado un riesgo para el paciente que es quien lo soporta, y para el médico que lo asume (Ruiz, 2011), junto con las implicaciones legales que puedan surgir de la conducta de ambos. Por eso es importante determinar cuál es la responsabilidad que asume el médico frente a su paciente, ya que su accionar generalmente causará un daño menor para lograr el fin último deseado por su paciente. La responsabilidad médica surge entonces cuando existe una conducta por parte

del galeno, sea activa o pasiva, que lleva a la producción de un daño en el paciente.

Para determinar entonces la responsabilidad en un hecho determinado se debe estipular cuál fue el incumplimiento o culpa por parte del deudor, pues como lo expone Pizarro Wilson (2008): "Tanto en las obligaciones de medio como aquellas de resultado el hecho generador de responsabilidad es el incumplimiento" (p. 259), y este incumplimiento en palabras del citado autor, asume tres formas típicas: "El incumplimiento total de alguna obligación contractual, el cumplimiento imperfecto, por satisfacción parcial en la ejecución de una o más de las obligaciones y, por último, el cumplimiento tardío, del cual se derivan los daños moratorios" (p. 257). El incumplimiento es entonces la insatisfacción del acreedor por el no cumplimiento de los deberes asumidos por el deudor (Hinestrosa, 2003, p. 240). Igualmente este incumplimiento puede generar un daño que llevará a una indemnización por parte del causante. Considerando entonces que el ejercicio médico es una obligación de medios y que la responsabilidad es subjetiva, deben existir tres elementos básicos para determinar esta responsabilidad: la culpa, el daño y el nexo causal.

##### A. La culpa

Como la define Carrera, citado por Valencia (1997), supone la "voluntaria omisión de diligencia en calcular las consecuencias posibles y previsibles del propio hecho" (p. 196). Resulta

ta ser entonces una “omisión de la conducta debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos o deberes” (Valencia Moreno, 1997, p. 196). La CSJ en sentencia del 2 de junio de 1958, expresa que hay culpa

cuando el agente no previó los efectos nocivos de su acto habiendo podido preverlos o cuando a pesar de haberlos previsto, confió imprudentemente en poderlos evitar. De lo expuesto se deduce que la capacidad de prever no se relaciona con los conocimientos individuales de cada persona, sino con los conocimientos que son exigidos en el estado actual de la civilización para desempeñar determinados oficios o profesiones. (Guzmán Mora, 2001, p. 13).

Sobre la responsabilidad médica, la CSJ ha dicho que:

Depende del esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal *‘entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el cliente. Por lo tanto, el médico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando éstas hayan sido las determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos donde se desprende aquella.* (Civil, Sentencia 67300/2008, E. Villamil). [Cursivas en el original].

## **B. El daño**

Es el perjuicio sufrido por un sujeto de derechos cuando, en virtud de un acuerdo contractual, por el incumplimiento de la prestación debida se genera un menoscabo patrimonial o un perjuicio en su persona física o moral, dando lugar al reclamo de indemnización. Se deben cumplir tres condiciones para determinar la existencia de un daño en la responsabilidad civil: que sea cierto, o sea, real y efectivo; que sea directo del incumplimiento o del hecho ilícito, y que se haya podido prever al tiempo del contrato en el momento en que el hecho ilícito fue cometido. No debe ser por causa extraordinaria o excepcional.

## **C. El nexo causal o relación de causalidad**

Es el hilo integrador entre la culpa y el daño o resultado negativo producido por el responsable. Sin esta relación no se puede configurar alguna responsabilidad jurídica sea civil o penal, ya que “nadie debe responder de ningún daño sino fue consecuencia de su acción u omisión, ya sea que exista un contrato válidamente celebrado entre las partes, o no exista ningún vínculo jurídico entre ellas” (Valencia Moreno, 1997, p. 196).

En la responsabilidad objetiva se prescinde en absoluto de la conducta del sujeto, de su culpabilidad o intencionalidad; en ella se atiende única y exclusivamente al daño producido por el autor, independiente de si hay o no culpa o dolo en su conducta. El fundamento de esta responsabilidad es la presencia del daño sin con-

siderar la culpa o el dolo de quien actuó o dejó de hacerlo. En palabras de Tamayo Jaramillo, es una responsabilidad sin culpa, pues “de todas maneras el deudor debe responder en caso de daños producidos por su incumplimiento, aunque no haya existido culpa” de su parte (2007, p. 409). Esto es propio de las obligaciones de resultado, donde el actor solo debe probar el perjuicio y la relación causal entre el daño y la actividad del demandado. En este tipo de responsabilidad la fuerza mayor puede exonerar al demandado o si la culpa es exclusiva de la víctima (Tamayo Lombana, 2008b, p. 45). Partiendo entonces de esta división de responsabilidad entre subjetiva y objetiva, es importante definir las obligaciones que emanan de ellas.

Las obligaciones, según el artículo 1494 del Código Civil, nacen del concurso real de las voluntades de dos o más personas, como en los contratos o convenciones, donde una se obliga para con la otra. Esto implica dos requisitos imperiosos en lo contractual: 1° la exigibilidad de una conducta, sea de hacer, dar o no hacer por parte del deudor según lo expresa el artículo 1495 del Código Civil y, 2° una responsabilidad ante el acreedor frente al incumplimiento de dicha obligación.

Como lo expresa la Corte Suprema de Justicia:

Para establecer si entre las partes se celebró o no un determinado y específico contrato, se hace necesario verificar, en primer término, atendidas las cláusulas del negocio, si se cumplieron los requisitos esenciales que lo tipifican y, en segundo

lugar, en caso de existir duda razonable o controversia al respecto, dilucidar cuál fue —a partir de la evidencia, que no de la intuición (gnoseología jurídica) o de la simple especulación— la intención real de los contratantes, más allá de lo que emerge del mismo texto del documento, con mayor razón si es una cláusula en particular la que mina el alcance de aquel (Civil, Sentencia 5577 de 2000, I. Jaramillo).

Para poder establecer entonces el cumplimiento de la obligación y su exigencia, se debe determinar qué es lo que el deudor debe, y con base en esto, qué es lo que el acreedor puede esperar y exigir de él. Si el acreedor no ha sido satisfecho se debe responder: en qué consiste el incumplimiento, cómo debe o puede probarse y a quién le incumbe probar. El incumplimiento es, pues, la insatisfacción del acreedor por el no cumplimiento de los deberes asumidos por el deudor, quien en principio debe obrar con diligencia, por lo que primero se piensa es que la frustración se dio por su culpa llevándolo a responder generalmente por dolo y negligencia. En razón de la conveniencia y facilidad de administrar y suministrar la prueba por parte del deudor, deberá probar que actuó con diligencia y cuidado, y que el incumplimiento se debe a obstáculos ajenos a él, insuperables (Hinestrosa, 2003, p. 237).

## V. ¿CÓMO DETERMINAR LAS OBLIGACIONES EN EL CONTRATO MÉDICO?

Las principales fuentes que definirán el tipo de obligación provienen de las expresadas por el

legislador y las asumidas por las partes dentro del contrato. Como lo expresa Tamayo Jaramillo, son obligaciones adquiridas por el deudor sea que se obligue por ley o por el contrato “a que, una vez alcanzado ese resultado mínimo de dar, hacer o no hacer, se logre el fin último buscado por el acreedor” (2007, p. 502).

### **A. Según el legislador**

En Colombia se parte del sistema tripartito de la culpa, teniéndose en cuenta “la utilidad o beneficios que se reportan a las partes contratantes en el contrato y se presume la culpa en materia contractual, frente al deudor” (Castro de Cifuentes, 2009, pp. 50-51). Pero en el análisis de ciertos contratos se puede dilucidar este tipo de obligaciones, como cuando expresa que el deudor solo podrá exonerarse probando una causa extraña, dando a entender una obligación de resultados; o en contratos como el mandato, donde el deudor solo podrá librarse de la obligación cuando prueba diligencia y cuidado, típico de una obligación de medios.

Como dice el tratadista Tamayo Jaramillo: “cuando el legislador en forma expresa establece determinado régimen probatorio de la culpa, la obligación será de medio o de resultado, independiente de cualquier otro criterio que el intérprete quiera darle al contenido de la obligación” (2007, p. 533). Como se puede entender, es el régimen probatorio de la culpa el que determinará el tipo de obligación, y no porque esté expresamente establecido en la

legislación, pues a diferencia de Francia donde surge esta división de obligaciones, en nuestra legislación se habla del principio de la graduación de la culpa, determinado en el artículo 1604 del Código Civil, que no permite rechazar o aceptar la distinción entre obligaciones de medios y de resultados, llevando a presumir siempre la culpa del deudor, concluyendo entonces que en Colombia solo existen obligaciones de medios (Tamayo Jaramillo, 2007, p. 437).

La presunción de culpa se puede desvirtuar demostrando una causa extraña como fuerza mayor o caso fortuito. Además, cuando la culpa deba ser probada o cuando al presumirse,

se admita la diligencia y cuidado como causal de exoneración, entonces estaremos frente a obligaciones de medio (...) en cambio, cuando la presunción de culpa solo pueda desvirtuarse mediante la prueba de una causa extraña, estaremos frente a una obligación de resultados. (Tamayo Jaramillo, 2007, p. 496).

Como se puede ver, el régimen probatorio define el tipo de obligación.

### **B. Según el contrato**

La otra forma para determinar el tipo de obligación nace con la manifestación de la voluntad y de la libertad de las partes, definidas en el contrato, pudiendo convenir que la obligación sea de resultados o de medios, y se sustenta

en el inciso final del artículo 1604 del Código Civil sobre responsabilidad del deudor, cuando dice: “Se entiende sin perjuicio (...) de las estipulaciones expresas de las partes”. Igualmente, el artículo 1732 expresa que “si el deudor se ha constituido responsable de todo caso fortuito, o de alguno en particular, se observa lo pactado”.

La autora Castro de Cifuentes (2009), basándose en el mismo artículo 1604, expresa que este mide “los términos de la culpa de manera proporcional a la utilidad que se reporte en el contrato y que además determina que la prueba de la diligencia y cuidado —ausencia de culpa— incumbe a quien ha debido emplearla” (p. 52), que esta clasificación de medios y de resultados se ha mantenido con el fin de determinar el contenido de las obligaciones, y que el mismo artículo en mención, en su inciso final “permeará contractualmente la postura de la culpa a la hora de determinar el incumplimiento de una obligación de medio o de resultado” (p. 52), pues las partes acordarán a qué se obligan, por lo que establecer *a priori* el tipo de obligación va en contravía del citado artículo cuando se habla de la manifestación de la voluntad de los contratantes. Por eso es relevante estipular en cada caso concreto, *a posteriori*, a qué se obligaron las partes y de esta forma poder determinar qué tipo de obligación deben asumir (p. 52).

Según expresa Tamayo Jaramillo, dentro de un mismo contrato se pueden ventilar varias obligaciones tanto de medios como de resultados. Igual postura asume Boris Starck: “El

mismo contrato puede, tal el contrato médico, comportar a la vez, obligaciones de medio y obligaciones de resultado, según las circunstancias” (citado por Tamayo Jaramillo, 2007, p. 432). Además plantea que las obligaciones de medios y de resultados se presentarán según los diferentes tipos de incumplimiento contractual, y expone que cuando existe un incumplimiento puro y simple, debe responder por una obligación de resultado, pues el deudor se comprometió a “obtener un resultado o contenido mínimo consistente en dar, hacer o no hacer algo” (Tamayo Jaramillo, 2007, p. 501). Esto lleva a plantear que todas las obligaciones son de resultado mínimo, pues se cumple este compromiso del deudor en la medida que ejecute la conducta a que se había obligado, como sería por ejemplo la obligación del médico de brindar cuidados al paciente, o del abogado de defender a su cliente. Entonces, la omisión pura y simple por parte del deudor constituye la violación de una obligación de resultados.

En el caso de las obligaciones de hacer, especialmente las de prestación de servicios que generalmente se han considerado obligaciones de medios, Tamayo Jaramillo (2007) expresa que es necesario revelar, en cada caso concreto, no tanto el tipo de contrato sino el tipo de obligación contraída, para determinar en esa forma si la obligación incumplida es de medio o de resultado. Es así como en la prestación de servicios médicos se puede hablar de obligación de resultados si el galeno no cumple con su deber de atención (con diligencia y cuidado), sin considerar el resultado final, por

lo que deberá probar una causa extraña para ser exonerado. Pero si cumple con este deber, entonces se considera una obligación de medios, sin que esto le obligue a garantizar el resultado esperado o deseado por el paciente.

Igualmente Tamayo Jaramillo plantea una interesante cuestión, al decir que esta obligación también encierra un mínimo resultado, cual es el de realizar la conducta con la que pretende lograr el beneficio prometido al acreedor, pues la filosofía de la obligación de medio es que el deudor actuó adecuadamente para lograr la gestión o prestación a la que se había obligado, y que aun así, no alcanzó el objetivo mediato buscado por el acreedor. Entonces, la obligación de medios tiene implícita una obligación de resultado, que es que el deudor actúe, independiente del resultado final (2007, p. 415).

Un análisis similar sobre la obligación médica es planteado por Duque Osorio, proponiendo la existencia de obligaciones de medios y de resultados en el mismo acto médico. Expresa que se debe “analizar las especificidades del caso particular y evaluar las circunstancias en que se produjo el acto”, porque “posibilita realizar una evaluación objetiva de ellos y determinar a posteriori si la obligación que se tenía en la actividad medica e institucional era de medio o de resultado” (2006, p. 104). [Subrayado en el original]. Determina la responsabilidad en la obligación de resultado en la realización de una adecuada anamnesis y exploración que llevará a una solicitud de ayudas diagnósticas. Esto es lo que se consideraría el mínimo resultado esperado del acto médico, el actuar por

parte del galeno; mientras que el diagnóstico, junto con la terapéutica correspondiente, será considerado como una obligación de medios, pues el resultado final no es garantizado por el galeno a pesar de realizar un diagnóstico y la terapéutica correspondiente.

## VI. RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO ESTÉTICO

El tratadista Yepes Restrepo comenta que la razón de la obligación de medios, en el ejercicio médico, se debe a que no puede garantizar la curación del paciente

debido a que este resultado no depende exclusivamente de su accionar individual, sino que intervienen otros factores que no pueden evitarlo, tales como reacciones imprevisibles del organismo, irreversibilidad de la misma enfermedad y daños ya existentes en los órganos y sistemas del cuerpo humano. (1996, p. 83).

Respalda esta posición la doctrina de la CSJ que establece que “por más que controle la ejecución del contrato de todas maneras hay una serie de fuerza físicas y biológicas que influyen en el resultado” (citada por Yepes Restrepo, 1996, p. 83), como es el aleas propio del paciente. Continúa la CSJ diciendo que

en caso de la responsabilidad civil del médico, las obligaciones de este son de medio en principio, porque a pesar de la pasividad del paciente y de la actividad

del médico, este debe jugar con una serie de factores aleatorios que le impiden garantizarle a aquel que obtendrá el resultado buscado a contratar. (Citada por Yepes Restrepo, 1996, p. 83)

Pero esta postura es aplicada en el ejercicio médico curativo, no en la medicina voluntaria o estética, porque en este caso, expone el autor citado, para que una obligación médica sea considerada de resultados es necesario tener en cuenta que “una determinada actuación médica no depende del aleas, por cuanto este elemento no se presenta y el trabajo médico puede realizarse con certeza” (Yepes Restrepo, 1996, p. 83). Esta posición la sustenta citando a la CSJ que plantea: “separar en el interior del contrato médico lo que depende del alea propia de la enfermedad, donde no existirá más que una obligación de medio, ya que cuando el alea se ausenta, la obligación se vuelve de resultado” (Yepes Restrepo, 1996, p. 91).

Desde la visión médica, este planteamiento que respalda la existencia del aleas según la intención del acto médico (si es curativo o estético) para determinar una obligación de medios o de resultados, genera gran prurito en el colectivo médico, por no decir un gran rechazo, pues el sujeto pasivo tanto de un procedimiento curativo como de uno estético tiene las mismas posibilidades de presentar reacciones adversas o negativas que lleven al traste el resultado esperado por la misma razón: la existencia de una condición aleatoria propia del paciente, que podrá hacerse visible durante o posterior al acto médico. Es así como se

pronuncia la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva:

Para cualquier médico NO existe la posibilidad de garantías puesto que, lamentablemente, la medicina no es una ciencia exacta. Sin embargo es muy importante analizar las expectativas que se tienen en cada caso y comprender que todo procedimiento quirúrgico está condicionado a riesgos o a eventos inesperados. No todos los tejidos permiten moldearlos tanto como lo desearía el cirujano y/o el paciente.

Esta es la razón por la cual el cirujano plástico no puede tener obligación de resultados sino de medios. (Comunicación personal, 21 de octubre de 2009).

Frente a la obligación que se asume en las cirugías estéticas, Yepes Restrepo comenta que “en general la obligación asumida por el facultativo especializado en cirugía estética es de resultado, ya que de no prometer un resultado feliz el paciente no se sometería al acto quirúrgico o tratamiento” (1996, p. 95). A esta aseveración se plantean dos críticas. La primera con respecto a la promesa del resultado por parte del cirujano plástico, pues si este no promete sino que se obliga a usar los máximos medios para lograr lo que desea el paciente-cliente, y así queda establecido en el contrato entre las partes, entonces dejaría de ser una obligación de resultados y pasaría a ser de medios. La segunda: asumir que el paciente no se sometería a una cirugía estética solo por no prometerse

un “resultado feliz”, desconoce otras múltiples razones por las cuales el paciente podría declinar realizarse un procedimiento estético, que no dependen solamente de la garantía del resultado para aceptar o no someterse a una cirugía estética. ¿Acaso no se corren otros riesgos mayores en el mismo acto, que afectarían la decisión del actor, que el posible no logro del resultado deseado?

Algunas voces cuestionan esta obligación de resultados, como García Blázquez y Molinas Cobo (citados por Romero Coloma, s. f.), al plantear la posibilidad de garantizar unos resultados estéticos si se está trabajando sobre el terreno biológico, que puede presentar (y las presenta) las más variadas sorpresas que no se pueden prevenir ni predecir. En la misma línea está Guzmán Mora, quien expresa que los contratos de servicios o asistencia médica generan obligaciones de medios, pues el médico “no puede prometer, asegurar ni garantizar la cura del enfermo. Por lo tanto, el único resultado que se puede ofrecer es que se pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución” (2001, p. 8), aplicándose igualmente a las cirugías estéticas con el mismo fundamento que dice el mencionado autor, pues cada organismo tiene su propia dinámica, y aunque el médico pueda aproximarse al conocimiento de su funcionamiento y hasta a posibles respuestas mediante exámenes que le realice previamente, “nunca sabrá en forma rotunda el comportamiento final sino cuando este ya se haya producido” (2001, p. 10), ya que esa incertidumbre, que es el alea propio del pacien-

te, envuelve toda la ciencia médica impidiendo al galeno garantizar un resultado concreto.

En su obra, Hinestrosa plantea que la prestación, sea de resultados o de medios, no es absoluta o tan objetiva, pues al referenciar a Mousseron afirma: “La calificación depende de la voluntad de las partes y las obligaciones son de ‘medios’ o de ‘resultados’, por construcción y no por naturaleza” (2003, p. 247). Esta misma voluntad puede cambiar un tipo de obligación que la jurisprudencia o la ley han determinado en una figura contractual, llevando a que “una obligación tradicionalmente tenida como de medios o de prudencia y diligencia pase a ser tenida como de resultado” (Hinestrosa, 2003, p. 247); en el campo de la medicina curativa, el médico puede libremente obligarse con su paciente a lograr un resultado, como sería la cura de su enfermedad. Si no logra el resultado esperado, deberá responder indemnizándolo, independiente de si actuó con diligencia y cuidado, excepto si demuestra una causa extraña para desprenderse de su responsabilidad. También puede ser, como lo comenta el mismo autor,

que se le dé a una obligación ciertamente de medios el tratamiento probatorio (presunciones y cargas) propio de las de resultado, especialmente en razón de las condiciones de inferioridad probatoria de la víctima y en el ánimo de cubrir más intensamente su indemnidad. (Hinestrosa, 2003, p. 247).

En las cirugías estéticas la exigencia del especialista es mayor, y aunque las condiciones

de salud del paciente puedan ser más favorables no desvirtúan su obligación de medios o diligencia, pero frente al proceso probatorio puede serle más exigente desvirtuar su culpa y demostrar su correcta actuación. Esta línea de pensamiento fue planteada por la CSJ desde 1986, cuando al pronunciarse sobre la responsabilidad del cirujano estético expresó:

Por lo que a la cirugía estética se refiere, o sea cuando el fin buscado con la intervención es la corrección de un defecto físico, pueden darse situaciones diversas que así mismo tendrán consecuencias distintas respecto de la responsabilidad del cirujano.

Así las cosas, deberá establecerse cuál fue la obligación que contrajo el cirujano con su paciente, para deducir si el fracaso de su operación le hace o no responsable. Cuando el contrato hubiere asegurado un determinado resultado, si no lo obtiene será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima, salvo que se den los casos de exoneración previamente mencionados de fuerza mayor, caso fortuito o culpa de la perjudicada.

Pero, si tal resultado no se ha asegurado expresamente, cuando no se alcanza, el médico quedará sujeto a las reglas generales sobre la culpa o ausencia de esta.

Lo fundamental está en identificar el contenido y alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado en

el caso concreto, porque es este contrato específico el que va a indicar los deberes jurídicos que hubo de asumir el médico, y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuran su responsabilidad y particularmente de la culpa, porque bien puede suceder, como en efecto ocurre, que el régimen jurídico específico excepcione el general de los primeros incisos del artículo 1604 del Código Civil, conforme lo autoriza el inciso final de la norma. (Civil, Sentencia 279 de 1986, H. Gómez).

En sentencias más recientes de la misma Corte esta posición no ha variado frente a las obligaciones de los cirujanos plásticos, pues en ellas sostiene que el tipo de obligación es el que se haya determinado en el contrato mismo celebrado entre las partes, como sucede en las sentencias 5507 del 30 de enero de 2001 y 6199 del 13 de septiembre de 2002 de la Sala de Casación Civil, donde plantea además como principio la presunción de culpa prevista en el artículo 1604 del Código Civil, en su inciso final donde priman sobre el resto del artículo “las estipulaciones de las partes” que sobre el particular existan. Esta posición se ve nuevamente en la Sentencia 5497 del 19 de diciembre del 2005 de la misma Sala, donde afirma que para poder determinar la responsabilidad del médico es necesario establecer, en cada caso, la naturaleza y el contenido de la relación sustancial que vincula a las partes, para poder dilucidar cuáles son las prestaciones a cargo del galeno, y si estas obligaciones adquiridas

por el profesional de la salud son de medio o de resultado. Sobre los contratos de intervenciones quirúrgicas aclara:

Las partes son las llamadas a expresar en qué términos comprometen su voluntad, cuya expresión prevalece según regla general que caracteriza el derecho privado en el ordenamiento patrio (art. 1602, Código Civil), emerge como verdad de a puño que es ineludible explicitar con claridad el contenido del negocio jurídico bilateral celebrado entre las partes, en especial, lo atinente a las prestaciones contractuales a las que se obligó el médico. (CSJ Civil, Sentencia 5497 de 2005, P. O. Munar).

El deber del profesional de la salud de informar sobre los riesgos que se pueden presentar en cualquier actuación médica es una exigencia dentro de la *lex artis*. En el caso del cirujano estético, esta exigencia es mayor frente a su paciente-cliente, quien deberá comprender y ser consciente de los riesgos que son inherentes al acto médico y que comprometen un resultado que es aleatorio, dada la incidencia en este de múltiples factores endógenos y exógenos, ajenos al actuar del facultativo interviniente y que pueden truncar el fin perseguido. Es así como el Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981) y el Decreto 3380 de 1981 dedican varios artículos a la obligación del médico de informar sobre los riesgos previstos que encierra la práctica médica, que están determinados por factores propios del paciente, del mismo acto médico, de factores externos o de

terceros. Pero igualmente se le exige al médico la capacidad para prever la materialización del riesgo, y si se presenta, se le exige una conducta para resolver dicha complicación.

Este deber de información ha tenido una gran relevancia, como lo declara Mantilla Espinosa al expresar que en los últimos años tanto el legislador como los jueces han aumentado

el número de obligaciones de resultado de hacer, basándose en el artículo 1603 del Código Civil, consagrando ciertas obligaciones de información y consejo o de seguridad en cabeza de algunos profesionales como médicos, contadores públicos y entidades financieras, obligaciones que, generalmente, son consideradas de resultados. (2007, p. 136).

En el caso particular de la relación médico-paciente, es una obligación objetiva por parte del galeno dar información sobre las acciones médicas que vaya a realizar y contar con el consentimiento expreso del paciente, pues el obviar esto, independiente de si está en el campo curativo o estético, asumirá la responsabilidad de resarcir los daños que genere, así haya sido diligente en la aplicación de la *lex artis*.

## VII. EL RIESGO, UNA CONSTANTE DEL ACTO MÉDICO

Como se ha mencionado previamente, una de las principales características del ejercicio en medicina es que todo procedimiento médico

ya sea terapéutico, quirúrgico o de diagnóstico, tiene asociado un riesgo para el paciente, que es quien lo soporta, y para el médico que lo asume (Ruiz, 2011). El riesgo terapéutico puede disminuirse en la medida que se tenga un conocimiento lo más completo de las condiciones de salud del paciente, pero no desaparecerá. Como bien lo expresa Guzmán Mora, el médico “nunca sabrá en forma rotunda el comportamiento final sino cuando este ya se haya producido” (2001, p. 10), dado que esa incertidumbre, que es el alea propio del paciente, envuelve toda la ciencia médica, impidiendo al galeno garantizar un resultado concreto.

La actividad médica es esencialmente peligrosa para el paciente, pues debe someterse a múltiples riesgos en el tratamiento médico, aún más cuando es quirúrgico, donde el galeno puede provocar lesiones a bienes jurídicos protegidos por la ley. Complementando con lo que dice Tapia Rodríguez, “los actos médicos tienen un margen de error que, en el estado actual de la ciencia médica, parecen inevitables” (2003, párr. 2, num. 3, Transformaciones), por lo que hablar entonces de riesgo terapéutico es difícil pues se encuentra entre el límite de la actuación libre del profesional de la salud y la intervención del azar.

A pesar del riesgo relacionado con el ejercicio médico, la doctrina en forma mayoritaria no ha considerado a la profesión médica como una actividad peligrosa, por cuanto los intereses que persigue el galeno son del mayor interés social, como es el cuidado de la vida y de la salud de una comunidad, y están por encima de

los propios intereses (Camacho Durán, Franco Delgadillo y Guzmán Mora, 2000). Como lo expresa Tamayo Jaramillo:

La actividad médica es, desde el punto de vista físico, esencialmente peligrosa, no solo porque generalmente se utilizan instrumentos y aparatos de suyo peligrosos, sino porque el organismo del paciente está sometido a enormes riesgos por el simple hecho de la actividad del médico al efectuar el tratamiento. (2007, p. 1069).

Por esto, la responsabilidad del profesional estará basada en la culpa, la cual debe ser probada por la víctima en caso de daños imputables a un acto médico defectuoso. Igualmente, el Consejo de Estado se ha manifestado sobre el riesgo en el ejercicio médico:

Porque si bien el ejercicio de la medicina en sí no puede calificarse como una actividad peligrosa, sí puede representar un gran riesgo para los pacientes por los imponderables que la rodean, por lo que significa para la integridad física y mental de las personas usuarias del servicio y porque, además, dichos pacientes no estarán en la mayoría de los casos en condición de evidenciar las fallas que puedan presentarse durante el proceso operatorio (Contencioso, Sentencia 6754/ 1992, C. Betancur).

El Código de Ética Médica dedica varios artículos al riesgo que encierra la práctica médica y

la actitud que debe tomar el médico. El artículo 15 determina:

El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

Se acepta entonces que existen unos riesgos propios del tratamiento médico que pueden afectar al beneficiario de este, pero también la obligación del médico de no exponer al paciente a riesgos injustificados, o sea mayores a los inherentes a la terapéutica, pues será responsable del resultado negativo que llegare a ocurrir. Además, tiene la obligación de informar sobre estos posibles efectos adversos al paciente, pues es quien basado en esta información dará su consentimiento para aceptar o no exponerse a estos posibles riesgos.

Es obligación del profesional informar al paciente o a los familiares de este sobre la existencia de estos riesgos en forma clara, completa y concisa, como lo determina el Decreto 3380 de 1981 en su artículo 10:

El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, (...) con el aviso que en forma prudente haga a sus familiares y allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo

de la práctica médica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

El artículo 16 de la Ley de Ética Médica reafirma la existencia de riesgos propios de la práctica médica: “La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto”. Igual soporte da el artículo 13 del Decreto 3380 sobre el riesgo previsto:

Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico pueda 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.

Esta información que da el galeno al paciente deberá quedar plasmada en la historia clínica, como lo expone el artículo 12 del citado decreto: “El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla”, pues así podrá demostrar, llegado el caso, que informó al paciente sobre los riesgos previstos y los inherentes a la terapéutica o procedimiento médico, en este caso, estético.

Las intervenciones quirúrgicas son consideradas entonces una actividad de gran riesgo en medicina, donde se pueden presentar posibles

complicaciones que son propias del procedimiento y que estarán influenciadas, además del mismo acto, por el riesgo que trae arraigado el paciente, su alea; además de factores externos que incluyen al médico, al medio y a terceros. Pero igualmente se le exige al médico la capacidad para prever la materialización del riesgo, y si se presenta, se le exige una conducta para resolver dicha complicación. Este riesgo asumido por el cirujano es jurídicamente desaprobado cuando produce resultados lesivos, cuando entra en contradicción con una norma jurídica concreta. Pero si el resultado negativo se ha producido dentro del riesgo permitido o previsto, o si la acción disminuye el riesgo para el bien jurídico o no se encuentra dentro del fin de protección de la norma, o ha observado el deber de cuidado que le era exigible, no se le puede imputar al sujeto accionante el resultado obtenido (Montealegre Lynett, 1987). El Consejo de Estado en el mismo sentido expresa:

Es evidente que en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos médicos existe una cierta incertidumbre en cuanto a sus resultados y un riesgo que puede ocasionar un daño que deberá soportar el paciente pues de ellos no puede hacerse responsable a quienes los realicen o lleven a cabo, puesto que mal podría pensarse que ellos estén garantizando el riesgo o el éxito de la intervención o del tratamiento. Pero lo que sí debe ser cierto y quedar claro es que cuando tales intervenciones o tratamientos no se acomodan a los requisitos de diligencia

y cuidado que para cada caso (sic) y en cada época recomiendan la ciencia de la medicina y el arte de la cirugía, es apenas natural que si el juez encuentra de las pruebas aportadas que esos requisitos faltaron y se produjo el daño, debe inferirse que tuvo como causa esa falta de acomodamiento (Contencioso, Sentencia 6754 de 1992, C. Betancur).

Ahora bien, para determinar la culpa del galeno se debe partir del hecho que la sola intervención en el organismo del usuario está generando un riesgo mayor en la integridad del sujeto pasivo, que solo es entendible por el deseo voluntario del paciente de dejarse intervenir, buscando lograr un ideal de belleza. Por más que se quiera decir que los procedimientos estéticos no conllevan un riesgo, el solo acto quirúrgico es de por sí una acción riesgosa, y como dice el Consejo de Estado, “en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos médicos existe una cierta incertidumbre en cuanto a sus resultados y un riesgo que puede ocasionar un daño que deberá soportar el paciente” (Contencioso, Sentencia 6754 de 1992, C. Betancur). Entonces, no se pueden obviar estos riesgos en los procedimientos estéticos por el solo hecho de ser voluntarios, y mucho menos pensar que los cirujanos estéticos estén garantizando el éxito de la intervención o del tratamiento.

En los actos médicos, en especial los quirúrgicos, existen dos tipos de riesgos propios: el riesgo previsto y el riesgo inherente, que como se ha expresado anteriormente, son comparti-

dos por los procedimientos estéticos y justifican el porqué del consentimiento informado, y sustentan la crítica planteada sobre la responsabilidad de medios que se debe considerar en estos procedimientos médicos voluntarios y estéticos.

### **A. Riesgo previsto**

Es la existencia de la posibilidad real y estadística de que puede materializarse un riesgo conocido que escapa al dominio o control de la ciencia médica, afectando a un número de pacientes cada año (Tapia Rodríguez, 2003), pero que es permitido dentro de la sociedad. Como lo expresa el jurista Gunter Jakobs, “un comportamiento que genera un riesgo permitido (previsto) se considera socialmente normal; por lo tanto, los comportamientos que crean un riesgo permitido no son comportamientos que hayan de ser justificados” (citado por Guzmán Mora, Franco Delgadillo y Morales Barrios, 1996, p. 82). Entre otros apuntes, comenta igualmente Jakobs:

Además, tampoco es conveniente fijar legalmente un estándar en aquellos casos, como —de nuevo— en el campo de la medicina, en los que se produce una evolución permanente. Por ello, la regla profesional reconocida, *lex artis*, sustituye en estos ámbitos al precepto jurídico. (Citado por Guzmán Mora et al., 1996, p. 82).

Este tipo de riesgos son propios del acto médico, siendo unos de común ocurrencia o previs-

tos, otros de escasa ocurrencia o imprevistos. Los primeros son posibles complicaciones del procedimiento en sí mismo. Los últimos constituyen complicaciones inesperadas. Por esto, al paciente le asiste el derecho a ser informado de los primeros y de las consecuencias adversas que previsiblemente podrían derivarse, y el derecho a asentir o disentir. En estos casos no se puede imputar al médico responsabilidad alguna por un riesgo que es irresistible al mismo acto médico a pesar de ser previsible, solo su adherencia a la *lex artis*. Pero este riesgo previsto, como es el caso de las intervenciones quirúrgicas estéticas, debe ser permitido por el paciente-cliente por medio de su consentimiento, el cual será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada. Por ello la obligación del galeno es mantener al paciente permanentemente informado, con una información plena y precisa. Si no llegara a advertir el riesgo al paciente, o en su defecto a los familiares si el paciente no se encontrara en condiciones de decidir, deberá responder por el riesgo causado. Así el daño esté dentro del riesgo previsto, el profesional de la salud será responsable civilmente (Uribe García, 2003).

### **B. Riesgo inherente**

El riesgo inherente se materializa con la posible complicación que se puede presentar por la sola intervención, y tiene como causas la complejidad o dificultad de esta, las condiciones del paciente, la naturaleza propia del procedimiento o de los instrumentos que se utilizan

para llevarlo a cabo, y una vez materializado o realizado, produce un daño físico o síquico en el paciente, sin que lo anterior implique negligencia, impericia, imprudencia o violación de reglamento (Villegas García, 2008, p. 11), pues el daño fue causado por factores ajenos al obrar médico, por lo que no es indemnizable, ya que falta la imputación subjetiva y objetiva. Como lo explica Villegas García (2008), “la intervención del azar es una nota característica de la materialización del riesgo inherente, y por ende no podría hablarse de negligencia o falta de previsibilidad culposa” (p. 11 ), y concluye expresando: la “ciencia médica no puede evitar que dichas complicaciones puedan presentarse en ciertos procedimientos, como tampoco puede asegurar que vayan a presentarse” (pp. 25). En estos casos no se puede imputar al médico responsabilidad alguna por un riesgo que es irresistible a pesar de ser previsible, solo su adherencia a la *lex artis*. Del riesgo inherente se desprenden unas características propias:

- Hay un daño evidente y probado a la integridad física o síquica del paciente.
- Ese daño tiene lugar con ocasión del tratamiento médico.
- El daño es un suceso eventual o excepcional.
- El daño es producido aun sin intervención culposa del médico.
- La causa del daño permanece generalmente desconocida, aunque su ocurrencia como hecho pueda ser prevista.
- El suceso se mira como irresistible o inevitable para la ciencia médica.

Concluyendo: todo procedimiento estético acarrea un riesgo previsto e inherente al igual que los demás procedimientos médicos, por lo que se exige al especialista su adherencia a la *lex artis*, además de una completa y correcta información hacia el paciente-cliente, para que este dé su consentimiento. Como es un procedimiento voluntario, se le exigirá más al profesional en cada una de sus obligaciones, sin querer decir con esto que estaría asumiendo la responsabilidad de un resultado, excepto si se comprometió a ello.

### VIII. ¿EXISTE LA OBLIGACIÓN DE RESULTADOS EN LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS?

Partiendo de que el deber del especialista estético es actuar bajo el consentimiento informado de su cliente, se comprende entonces que este es consciente de los riesgos previstos e inherentes dentro del acto médico y que comprometen un resultado que es aleatorio, dada la incidencia en este de múltiples factores endógenos y exógenos ajenos al actuar del facultativo interviniente, y que pueden truncar el fin perseguido.

Las cirugías estéticas, como procedimientos médico quirúrgicos que se realizan sobre un ser humano que no está enfermo y que lo que busca es una mejora estética desde su concepto de belleza, a diferencia del paciente que busca la atención médica para el manejo de una enfermedad, no se pueden ver como de otra clase. Tampoco es posible pensar que la aten-

ción en la medicina voluntaria, estética en este caso, no hace parte de un acto médico, pues se estaría llevando a una clasificación del acto médico basado en la enfermedad manifiesta, dejando de lado las propias condiciones del ser humano, pues si está enfermo se considera que la obligación del médico es de medios, pero si no está enfermo y el procedimiento es por voluntad del usuario, sería de resultados. Una de las razones de esta afirmación es que, como cualquier otra cirugía, utiliza los mismos instrumentos (bisturí, tijeras, pinzas, materiales de sutura, etc.). El paciente-cliente también está expuesto a hematomas, infecciones, cicatrización defectuosa, etc., como los demás pacientes. La licenciada Romero Coloma (s. f.) se hace esta pregunta: “¿Puede hablarse, en consecuencia, de una obligación de resultado para el Cirujano Estético?” (párr. 16, num. III, La responsabilidad). Comparto su respuesta, pues exigirle al cirujano estético siempre y en todos los supuestos una obligación de resultado sería sumamente riguroso, si se tiene en cuenta “que no siempre se puede asegurar o garantizar al paciente un resultado favorable. Ello depende de múltiples factores, entre ellos la capacidad reactiva del propio enfermo, que constituye, sin duda, un factor que no se puede prever de antemano” (Romero Coloma, s.f, p. párr 16, num. III, La responsabilidad).

Considerando la existencia del riesgo inherente en el acto médico quirúrgico, se cuestiona entonces esta obligación de resultados. Como lo expresa el profesor Cornet (2005), el cirujano plástico solo puede asegurar el uso de las técnicas adecuadas en el abordaje quirúrgico, pero

no puede asegurar el éxito de su intervención; “el médico no se obliga a que el paciente obtenga la belleza o reparación física sino a utilizar los medios apropiados para lograr dicho resultado poniendo toda su ciencia, diligencia, experiencia, prestigio y prudencia en el tratamiento” (p. 17). Todo cirujano se enfrenta a fuerzas físicas y biológicas del cuerpo humano, que igualmente influyen en el resultado, así el paciente no esté buscando estrictamente una cura, pues estos factores aleatorios no son propios de quien está enfermo, sino de todos los seres humanos. Aplicando esta razón a las cirugías estéticas, se puede entender entonces que el mismo acto operatorio y la respuesta del organismo a este son aleatorios, pues por el hecho de que un paciente-cliente goce de perfecta salud aparente no dejará de tener su propio aleas, sea que se someta a una cirugía terapéutica o estética.

Entendiendo entonces que el aleas del individuo es algo no predecible, y que puede afectar el resultado esperado, cabe la pregunta: ¿qué diferencia hay entre el hacer de un cirujano que extirpa un tumor de colon, con la consiguiente deformidad de la pared abdominal por una colostomía, o de una intervención cardiovascular que genera una cicatriz notoria, y la cirugías de aumento de senos, o una abdominoplastia, entre otras cirugías estéticas, sino es el del deber de cuidado y la aplicación de la *lex artis*? Dentro de los argumentos que plantea Garay (2006) para sustentar que las cirugías estéticas acarrear una obligación de medios, está que como todas las demás cirugías se encuentran “imbuidas del alea que las torna riesgosas”. No debe olvidarse que se emplea

anestesia —general o local—, se cortan tejidos, se emplea instrumental variado y sumamente riesgoso, se aplican medicamentos, se implantan prótesis, etc. Es decir, en la cirugía estética, al igual que en toda prestación médica, siempre está presente el alea que caracteriza a las obligaciones de medios. Es que,

cualquier intervención sobre el cuerpo humano presenta riesgos imprevisibles o inevitables. La más inocente operación siempre puede aparejar consecuencias inesperadas. Las reacciones del organismo, si bien suelen responder a un patrón de conducta, siempre pueden presentar un imponderable que torna inseguro todo resultado. (Garay, 2006).

Finalmente, concluye Garay:

La medicina no es una ciencia cierta. Una característica de la ciencia médica es que se mueve en la incertidumbre. Se presentan como una constante en el accionar médico, riesgos y aleas. El galeno no puede, ni ética ni jurídicamente, prometer un resultado. (2006).

Pero sí se puede exigir al médico una mediana y máxima diligencia en su actuar, por cuanto está de por medio en el acto médico la vida e integridad personal del paciente, sin que esto sea diferente en los procedimientos estéticos. En esta línea Mazeaud plantea:

En una palabra, la responsabilidad de los médicos, cirujanos, etc., obedece a las

reglas generales. Desde el momento en que el juez puede dar por probada con certeza una culpa cometida por el médico, sea cual sea la naturaleza de esta culpa: profesional o no, sea cual sea su gravedad: leve o lata, debe obligar al autor de esa culpa a reparar las consecuencias de la misma. Un médico prudente, colocado en iguales condiciones externas ¿habría obrado como el autor del daño? Tal es la única cuestión que debe plantearse en Tribunal. (Citado en Ángel Yaguez, 2005, p. 86).

La diferencia entre ambos tipos de medicinas: curativa y voluntaria, la da fundamentalmente las condiciones de salud del paciente, pues quien acude a la medicina voluntaria, en apariencia, no tiene un estado patológico descompensado que requiera un tratamiento médico-quirúrgico, por lo que al cirujano estético se le debe exigir una mayor responsabilidad en el cuidado de la salud global del paciente. Por ello el actuar de acuerdo a la *lex artis* debe estar dentro de los más altos estándares de calidad y la mayor diligencia y cuidado personal.

Considerando entonces que el acto médico entre el especialista y el paciente se basa en la manifestación de la voluntad de las partes, está haciendo referencia al elemento fundamental de la *lex artis*, que es el consentimiento informado. La misma Ley 23 de 1981, en el artículo 5 establece que la “decisión voluntaria y espontánea de las partes” determina la celebración del contrato. Este presupuesto es un requisito indispensable para llevar a efecto el

acto médico, pues el objeto del consentimiento informado lo constituye entonces el tratamiento médico-quirúrgico ajustado a la *lex artis ad hoc*.

En el campo de los procedimientos estéticos este consentimiento informado alcanza su mayor importancia, y le exige mucho más al especialista estético que a los demás profesionales de la salud en lo que respecta a dar una completa y clara información sobre los procedimientos a realizar (Galán Cortés, 1999), en especial cuándo son invasivos. El paciente-cliente debe ser consciente de lo que desea y, además, debe tener la capacidad de comprender “cuáles son los riesgos de unas intervenciones que son invasivas, irreversibles y, en muchos casos, muy agobiantes” (CConst., SU-337/1999, A. Martínez) a las cuales se va a enfrentar. “Por consiguiente, entre más invasivo sea un tratamiento, más cualificado debe ser el consentimiento prestado por el enfermo y mayor la información que le debe ser suministrada” (CConst., SU-337/1999, A. Martínez).

La Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado sobre la importancia del consentimiento informado en las cirugías estéticas desde etapas previas a la ejecución del acto médico, responsabilidad que no se extingue durante los periodos subsiguientes: “no podría accederse, entonces, a la voluntad de la paciente, con la escueta promesa de un posible o repentino embellecimiento, no garantizado por lo que en materia de estética corporal humana ofreciera la ciencia médica del momento” (Civil, Sentencia 5497 de 2005, P. O. Munar). La promesa de

un resultado estético es la forma más común de coaccionar la voluntad del paciente-cliente, quien bajo el deseo de lograr un cambio físico puede verse influido por el especialista para que asuma riesgos, muchas veces minimizados por el mismo paciente por su expectativa de cambio. Esto podría considerarse un vicio de nulidad del mismo consentimiento, que llevaría al profesional a responder por el resultado negativo y los daños causados, así estos sean inherentes al mismo procedimiento quirúrgico. Igualmente, la CSJ enfatiza en la importancia de la información en los tratamientos estéticos como un pilar fundamental del consentimiento del paciente:

Sobre el cirujano estético pesa satisfacer ese deber de ilustración acerca de la naturaleza, riesgos, inconvenientes, ventajas y expectativas de las intervenciones quirúrgicas a practicar a la señora XXXXX, como presupuesto indispensable para obtener el consentimiento de la paciente, abriendo el paso, así, a la configuración del acuerdo de voluntades (CSJ CIVIL, Sentencia 5497 de 2005, P. O. Munar).

Si el paciente desconoce *ex antes* los riesgos y posibles complicaciones de la intervención a que va a ser sometido, será el médico, al transgredir esta obligación de información, quien asumirá por sí solo los riesgos del acto quirúrgico (Galán Cortés, 1999, pp. 5-12). No sobra decir que cuanto menos necesario sea un tratamiento, más rigurosa ha de ser la información, debiendo ser extrema en las intervenciones estéticas y, en general, en la denominada

cirugía voluntaria o satisfactoria (vasectomías, ligaduras de trompas, rinoplastias, mamoplastias, abdominoplastia, etc.), a diferencia de la cirugía curativa o asistencial en la que la información puede ser menos rigurosa (Galán Cortés, 1999, p. 9).

Concluyendo con las palabras del profesor Tamayo Jaramillo (2007):

El médico debe jugar con una serie de factores aleatorios que le impiden garantizarle a aquel que obtendrá el resultado buscado al contratar. El día que una intervención médica no esté sometida a lo aleatorio, la obligación del médico será de resultado (p. 542),

ya que “esa aleatoriedad es el criterio predominante para quienes consideran válida la existencia de las obligaciones de medio” (p.1092).

### Referencias

1. Aguinaga Recuenco, A. (1998). Acto Médico, aspectos conceptuales y alternativas para su desarrollo. Presentado en el Seminario Nacional “Acto Médico”. Ministerio de Salud. Perú. Obtenido de minsa: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/ac-tomedico.pdf>
2. Ángel Yágüez, R. de (2005). El resultado en la obligación del médico. ¿ideas sensatas que pueden volverse locas? *Estudios de Deusto*, 53(2), 49-101.
3. Bohórquez Góngora, F. F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. *Revista ieRed*, 1(1), 1-18. Obtenido de dialnet: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2004875>
4. Camacho Durán, F., Franco Delgadillo, E. y Guzmán Mora, F. (Marzo de 2000). Los Comités de Ética Médica Hospitalarios. Bases conceptuales. *Heraldo Médico*, 22(227). Obtenido de encolombia: <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-2222700/heraldomed22-22700comites/>
5. Castro de Cifuentes, M. (Coord.). (2009). *Derecho de las obligaciones* (t. I). Bogotá: Temis.
6. Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Febrero 18 de 1981. DO No. 35.711 de 27 de febrero de 1981. Obtenido de archivogeneral: [http://www.archivogeneral.gov.co/sites/all/themes/nevia/PDF/Transparencia/LEY\\_23\\_DE\\_1981.pdf](http://www.archivogeneral.gov.co/sites/all/themes/nevia/PDF/Transparencia/LEY_23_DE_1981.pdf)
7. Corte Constitucional. Sentencia SU-337 de 1999 (M. P.: Alejandro Martínez Caballero; mayo 12 de 1999).
8. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia 6754 (C. P.: Carlos Betancur Jaramillo; agosto 24 de 1992).

9. Cornet, M. (2005). *Responsabilidad civil del cirujano plástico* (Conferencia pronunciada en su acto de incorporación como académico de número). Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba. República Argentina. Obtenido de acaderc: <http://www.acaderc.org.ar/doctrina/articulos/artresponsabilidadcivilciru-plastico>
10. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 279 (C. P.: Héctor Gómez Uribe; noviembre 26 de 1986).
11. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 5577 (C. P.: Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo; agosto 14 de 2000).
12. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 6199 (C. P.: Nicolás Bechara Simancas; septiembre 13 de 2002).
13. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 5497 (C. P.: Pedro Octavio Munar Cadena; diciembre 19 de 2005).
14. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 67300 (C. P.: Edgardo Villamil Portilla; enero 15 de 2008).
15. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 5507 (C. P.: José Fernando Ramírez Gómez; enero 30 de 2001). Obtenido de Corte Suprema de Justicia: <http://190.24.134.97/WebRelatoria/csaj/index.xhtml>
16. Duque Osorio, A. L. (2006). La valoración jurídica de la obligación médica. *Responsabilidad Civil y del Estado*, (20).
17. Galán Cortés, J. C. (1999). La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Revista Médica del Uruguay*, 15(1), 5-12.
18. Garay, O. E. (2006). Especialidades médicas. ¿Obligaciones de medios o de resultados?: revisión de las posiciones doctrinarias y jurisprudenciales. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 119(3), 15-31.
19. González Cáceres, A. (Julio de 2002). El acto médico en el Perú: Aciertos y confusiones en su concepto. *Gestión Médica*, (274), 1-5. Obtenido de sodeme: [http://www.sodeme.org/publicaciones/articulos/a\\_01\\_01.pdf](http://www.sodeme.org/publicaciones/articulos/a_01_01.pdf)
20. Guzmán Mora, F. (1998). El acto médico: Consideraciones esenciales. *Médico-Legal*, IV(2), 13-24.
21. Guzmán Mora, F. (2001). Criterios para definir la responsabilidad civil del acto médico en Colombia. *Revista CONAMED*, 10(21), 6-16.
22. Guzmán Mora, F. y Franco Delgadillo, E. (2004). *Derecho médico colombiano, Elementos básicos. Responsabilidad Civil Médica* (t. II). Bogotá: Biblioteca Jurídica Diké.

23. Guzmán Mora, F., Franco Delgadillo, E. y Morales de Barrios, M. C. (1996). El riesgo en medicina. *Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*, 89(571-572), 79-87.
24. Henao Arroyave, L. Y. (2007). *La carga de la prueba en la responsabilidad médica generada por cirugías estéticas* (Trabajo de grado, Universidad de Antioquia, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas).
25. Hinestrosa, F. (2003). *Tratado de las obligaciones* (Segunda ed., Vol. I). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
26. Jiménez Londoño, G. (1999). *Cirugía plástica básica*. Medellín: Editorial Corciruplast.
27. Mantilla Espinosa, F. (2007). El principio general de responsabilidad por culpa del derecho privado colombiano. *Opinión Jurídica*, 6(11), 131-150.
28. Montealegre Lynett, E. (1987). La culpa en la actividad médica: imputación objetiva y deber de cuidado. *Revista Chilena de Derecho*, 14(2), 259-311.
29. Muñoz López, O. L. (Diciembre de 2006). "Cambio extremo" en cirugía plástica estética. *El Pulso*. Medellín. Obtenido de periodicoelpulso: <http://www.periodicoelpulso.com/html/dic06/debate/debate-01.htm>
30. Ospina Fernández, G. y Ospina Acosta, E. (2000). *Teoría general del contrato y del negocio jurídico* (Sexta ed.). Bogotá: Temis.
31. Pizarro Wilson, C. (2008). La culpa como elemento constitutivo del incumplimiento en las obligaciones de medio o de diligencia. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 31(2), 255-265.
32. Presidencia de la República de Colombia. Decreto Número 3380 de 1981. Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 2981. DO N° 35914 del 30 de noviembre de 1981.
33. Romero Coloma, A. M. (s. f.). *En torno a la responsabilidad civil del cirujano estético*. Recuperado el 14 de diciembre de 2009, de peritajemedicoforense: <http://www.peritajemedicoforense.com/AURROMERO3.htm>
34. Rubio, M. (1998). *Los derechos de la persona y el acto médico* (Conferencia. presentada en el Seminario Nacional Acto Médico). Ministerio de Salud. Perú. Obtenido de minsa: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/actomedico.pdf>
35. Ruiz, W. (2011). La responsabilidad médica en Colombia. *Criterio Jurídico*, 1(4). Obtenido de revistas.javerianacali: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/view/232>
36. Tamayo Jaramillo, J. (2007). *Tratado de Responsabilidad Civil* (Segunda ed., Vol. 1). Bogotá: Legis.
37. Tamayo Lombana, A. (2008a). *El acto o negocio jurídico y otras fuentes de obligaciones* (Séptima ed.). Bogotá: Doctrina y Ley Ltda.

38. Tamayo Lombana, A. (2008b). *Manual de obligaciones. El acto o negocio jurídico y otras fuentes de obligaciones* (Séptima ed.). Bogotá: Doctrina y Ley Ltda.
39. Tapia Rodríguez, M. (2003). Responsabilidad Civil Médica: Riesgo Terapéutico, Perjuicio de Nacery Otros Problemas Actuales. *Revista de Derecho (Valdivia)*, 15(2), 75-111. Obtenido de doi: <http://doi.org/10.4067/S0718-09502003000200004>
40. Uribe García, S. (2003). La responsabilidad por riesgo. *Ratio Iuris*, (1). Obtenido de webcache: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UfBQN6tdR-YJ:www.juecesyfiscales.org/descargas/riesgo.zip%3Fm%3D5%26+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>
41. Valencia Moreno, A. (1997). *Responsabilidad civil médica por daños al paciente*. Bogotá: Jurídica Bolivariana.
42. Vidal Olivares, Á. R. (2003, agosto). La responsabilidad civil del profesional médico. *Revista de Derecho*, (8). Separata: Responsabilidad médica. Obtenido de cde: <https://www.cde.cl/wps/wcm/connect/d156ee2d-d311-480d-8eb2-e921f8990498/9.pdf?MOD=AJPERES>
43. Villegas García, A. F. (2008). La materialización del riesgo inherente y su diferenciación con la culpa médica. *Responsabilidad Civil y del Estado*, (24).
44. Yepes Restrepo, S. (1996). *La responsabilidad civil médica* (Cuarta ed.). Medellín: Biblioteca Jurídica Diké.