

Cartagena de Indias D.T. y C., nueve (09) de octubre de dos mil veinte (2020).

Medio de control:	REPARACIÓN DIRECTA
Radicado:	13-001-33-33-006-2014-00271-01
Demandante:	ALEXANDER CUADRO VASQUEZ Y OTROS
Demandado:	E.S.E. CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO Y OTROS
Actuación:	SENTENCIA DE SEGUNDA INTANCIA
Magistrado Ponente:	ROBERTO MARIO CHAVARRO COLPAS.
Tema:	FALLA MÉDICA

Procede el Tribunal Administrativo de Bolívar a pronunciarse respecto del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el seis (06) de junio del dos mil diecisiete (2017), por el Juzgado Sexto Administrativo del Circuito de Cartagena, que negó las pretensiones de la demanda.

I. ANTECEDENTES

1. La demanda.

1.1. Pretensiones.

Pretenden los actores en síntesis lo siguiente:

Que se declare a la ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE BOLÍVAR EN LIQUIDACIÓN y GESTIÓN SALUD S.A.S. administrativa y patrimonialmente responsables de los perjuicios ocasionados a cada uno de los demandantes¹, por la muerte de la joven YINA PAOLA RODRÍGUEZ ANAYA, sucedida el pasado 16 de mayo del 2012, a causa de la defectuosa e incorrecta atención medica que recibió esta de los entes demandados.

¹ ALEXANDER CUADRO VASQUEZ (compañero de la víctima), VANESA ALEXANDRA CUADRO RODRÍGUEZ (hija de la víctima), JHON ALEXANDER CUADRO RODRÍGUEZ (hijo de la víctima), ANGELA REGINA ANAYA TABORDA (Madre de la víctima), FIDEL JOSÉ RODRÍGUEZ CARABALLO (padre de la víctima), ADRIANA PATRICIA RODRÍGUEZ ANAYA (hermana de la víctima).

Como pretensión consecuencial se implora por condena al pago de perjuicios materiales e inmateriales.

1.2. Hechos.

Fueron narrados los siguientes (se transcribe):

“PRIMERO: Del abundante material probatorio, se evidencia que la muerte de la señora YINA PAOLA RODRÍGUEZ ANAYA fue originada por la defectuosa, deficiente e incorrecta atención médica y hospitalaria que recibió durante el embarazo, el parto y el posparto.

SEGUNDO: De conformidad con la verdad revelada en las historias clínicas se concluye que la ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE BOLÍVAR EN LIQUIDACIÓN y GESTION SALUD S.A.S., fallaron en la atención porque se trataba de una paciente de mediano riesgo obstétrico desde el primer control prenatal; hubo identificación inadecuada del riesgo biosicosocial (sic) de la gestante; no se realizó valoración del riesgo en el octavo mes, riesgos que debieron llevar a la programación de cesárea, sin embargo se le sometió a trabajo de parto prolongado sin tener en cuenta los riesgos que presentaba, es decir, sometieron a la gestante a fatiga muscular lo cual llevó a una atonía uterina, hemorragia posterior y a la falla hemodinámica; hubo un largo periodo de la paciente en la cama y camilla obstétrica.

TERCERO: Como se ha dicho y se evidencia de las historias clínicas, a la señora YINA PAOLA la sometieron a trabajo de parto por mas de tres días, llevándola a parti vaginal, no obstante que era evidente que debía tener “fatiga muscular” lo cual, como debían saberlo, conlleva generalmente a una atonía uterina 1, lo cual fue lo que sucedió al final.

CUARTO: Tal como se observa en las historias clínicas, la joven Yina Paola Rodríguez Anaya fue muy diligente en asistir a todos y cada uno de los controles durante el embarazo.

QUINTO: La joven Yina Paola Rodríguez Anaya, era oriunda del Municipio de Villa Nueva Bolívar, allí conoció a su compañero con quien contrajo matrimonio, dentro de esa unión nacieron los menores Jhon Alexander Cuadro Rodríguez, Vanesa Alexandra Cuadro Rodríguez.

SEXTO: La joven Yina Paola, además de cumplir con las labores del hogar, se dedicaba a vender artículos de belleza por catálogo, igualmente desarrollaba actividades de peluquería, obteniendo de estas labores ingresos superiores a un salario mínimo legal mensual vigente. Cuenta su compañero que el dinero que su esposa ganaba se lo entregaba a él para poder cubrir los gastos del hogar (alimentación, medicamentos, vestido, recreación).

SEPTIMO: La muerte de la joven YINA PAOLA RODRÍGUEZ, ha causado a su compañero, hijos, padres y hermana, inmensa tristeza, angustia, dolor, aflicción, en razón a que sostuvieron entre si especiales relaciones de convivencia, fraternidad, afecto y auxilio mutuo, por lo que es fácil inferir que se le causó al núcleo familiar un daño moral y material irreparable”

2. Contestación.

Código: FCA - 008

Versión: 03

Fecha: 03-03-2020



E.S.E. Hospital Regional de Bolívar.

Se opuso a las suplicas de la demanda.

Se formuló la “falta de legitimación en la causa por pasiva” basada en que la ESE Hospital Regional de Bolívar no tuvo ningún tipo de intervención directa o indirecta en la atención medica de la accionante.

Propuso la “caducidad de la acción”, en tanto la demanda fue presentada el 14 de agosto del 2014 y la muerte de la señora YINA PAOLA RODRÍGUEZ ANAYA acaeció el 16 de mayo del 2012.

E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C.

Se opuso a las pretensiones de la demanda.

Adujo que la clínica actuó de manera acertada en la atención de la paciente, brindándole siempre un cuidado eficiente, con calidad y aplicando siempre los protocolos médicos acordes a su sintomatología.

Asegura que es un caso de fuerza mayor, puesto que en las consultas realizadas los días 11 y 12 de mayo del 2012, el examen clínico mostró signos vitales estables, y el examen obstétrico no indujo ninguna alteración.

Precisa al respecto que la paciente el momento del ingreso por urgencias tenía un examen físico que arrojaba impresión diagnostica de parto, por lo cual se dio de alta debido a que las pacientes con este tipo de diagnóstico clínico se manejan ambulatoriamente si la condición fetal y materna está dentro de los parámetros de normalidad.

Agregó que estos riesgos a los que están expuestas las pacientes durante el trabajo de parto son previamente informados a las pacientes y como muestra de ello obra dentro de la historia clínica consentimiento informado suscrito por la paciente donde se detallan las principales complicaciones que pueden presentarse durante el trabajo de parto y el parto.

Sostiene que del análisis de los documentos se evidencia que se produjeron circunstancias imprevisibles o irresistibles que liberan de responsabilidad, pues la atonía uterina presentada por la paciente fue un caso de fuerza mayor que la entidad no pudo prever y la complicación se atendió de manera oportuna y adecuada, desplegando la entidad todos sus recursos en la atención de la paciente.

GESTIÓN SALUD I.P.S.

Guardó silencio.

3. Sentencia de primera instancia.

Mediante sentencia del seis (06) de junio del dos mil diecisiete (2017), el Juzgado Sexto Administrativo del Circuito de Cartagena, denegó las suplicas de la demanda.

Al respecto concluyó que la parte activa no cumplió con la carga de probar los supuestos de la responsabilidad, específicamente la conducta fallida de las demandadas, propósito que aun en un escenario de flexibilización probatoria, no fue posible alcanzar con los medios recaudados y en el contexto de la ejecución de obligaciones de medio como sol las del acto médico.

Enfatizó en que teniendo en cuenta que la práctica médica, en materia de responsabilidad constituye por regla general, una obligación de medio y no de resultado, las demandadas trajeron evidencias de haber prestado una atención diligente, adecuada y oportuna, constando en las historias clínicas cada uno de los procedimientos médicos adelantados con el fin de preservar la vida de la finada, el tiempo de ejecución de los mismos y las maniobras adelantadas por el personal médico, lo que no permite imputarles responsabilidad como omisión del deber de prestación del servicio adecuado.

Precisó que si bien en materia médico sanitaria, un gran número de eventos se relaciona con situaciones de atonía uterina (cuadro en el que el útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae alterándose así la hemostasia), se trata de casos en los que esa patología es generada a partir de la falta de atención oportuna del parto, ausencia de seguimiento de bienestar fetal, así como fallas en la existencia de recursos de supervivencia necesarios, como por ejemplo bolsas de sangre; supuestos facticos que no aparecen acreditados en la causa y que impiden que se entienda que la atonía causante de la hemorragia postparto de la fallecida, obedeció a falla médica, adicionando que tal como lo precisa la doctrina, la hemorragia posparto es la primera causa de muerte materna en el mundo.

Destacó que aun cuando se alegó la diligencia en los controles durante el embarazo, no se probó tal conducta, habiendo evidencia que la primera cita ginecológica la tuvo ante la Clínica General del Caribe el 4 de abril del

2012, es decir, cuando tenía entre 31 a 35 semanas de embarazo, reportándose en dicha consulta un embarazo normal.

Que quedó demostrado que la Clínica Maternidad informó a la paciente de los riesgos a que se sometía en la atención del trabajo de parto y post parto, sin que la desafortunada concreción de uno de estos (atonía uterina de hemorragia) , sea suficiente evidencia de la imputación que se reclama a título de descuido o negligencia.

Reitero que las probanzas arrojadas no dan cuenta que el daño sufrido por la víctima fue producto de la inatención o de la atención inadecuada, siendo que el riesgo propio de la de la intervención médica, que no permite que sobre ella se configure una obligación de resultado, se presentó y fue el causante del daño, no habiendo indicios de que pudo haber sido advertido, prevenido o contrarrestado con acciones distintas a las aplicadas.

4. La apelación.

Atribuye a la sentencia defecto factico por no valoración del acervo probatorio.

Precisa sobre el particular que se dejaron de valorar un sin número de pruebas allegadas al proceso en legal forma, las cuales demuestran que los hechos se produjeron por la omisión en que incurrieron los galenos que atendieron el parto.

Asegura que está demostrado que la gestante inmediatamente después del alumbramiento (13 de marzo a las 3:30 pm) presentó una severa hemorragia (atonía uterina), por tal razón los galenos activaron el plan de manejo que se contempla en la guía o protocolo para hemorragias posparto, adoptado por la misma ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo.

Precisa que a folio 185 (notas de enfermería) se observa que a las 3:50 el médico al ver que el sangrado no cesaba ordenó aplicar 1000 cc de maxiton "a cloruro", 20 UI de oxitocina , 500 de solución salina al 5%, ampolla de mtroporol y procedió a ordenar el traslado a cirugía; también ordenó al banco de sangre la reserva de 2 unidades de sangre A positivo, 10 plaquetas, 10 plasmas para aplicarle transfusión ; sin embargo, desafortunadamente, esta última orden nunca la cumplieron, ingresando a la paciente a la Sala de cirugía a las 4:20 de la tarde para la práctica de la histerectomía, sin aplicarle la transfusión.

Que según los folios 177 y 178 de la historia clínica se evidencia que la paciente antes de la cirugía había perdido más de 2000 cc de sangre y 1000 más durante la cirugía.

Advierte que en la anotación que realizó el anestesiólogo antes de la cirugía dejó constancia que la paciente se encontraba en mal estado general, con palidez (folio 183).

Que pese al mal estado de la paciente, que había perdido más de 3000 cc de sangre, a los médicos se les olvido cumplir a cabalidad con los protocolos, que indican la importancia del suministro de sangre, pero pese a ello, solo hasta las 5:00 pm se suministró la sangre después de la intervención.

Pide que se analice el hecho de que la historia clínica señala que hubo suministro de sangre en dos oportunidades a razón de 3 unidades, pero la misma historia registra que el banco de sangre solo suministró 2 unidades de sangre. Tampoco hay evidencia del suministro de plaquetas.

Las historias clínicas muestran contradicción en cuanto a las horas de ingreso a UCI de la Clínica Gestión Salud, cuando se sabe que estas dos clínicas están separada solo por una pared o un pasillo; no obstante, al traslado demoró una hora y treinta y nueve minutos.

En razón a lo anterior sugiere la falsedad de una de las historias clínicas, para tratar de acomodar los hechos ante las fallas cometidas.

Cuestiona que se la haya dado plena validez a lo dicho por los médicos pero se dejó de valorar adecuadamente las historias clínicas.

Finalmente aduce que no es necesario que se encuentre acreditado en el proceso que una adecuada prestación del servicio médico hubiera evitado el daño, pues es suficiente con demostrar que la omisión o retardo en la prestación del servicio le restó al paciente la oportunidad de sobrevivir.

5. Concepto del Ministerio Público.

El Agente del Ministerio Público no emitió concepto.

II. CONSIDERACIONES.

2.1. Control de legalidad.

Revisado el expediente se observa que de conformidad con lo previsto en el artículo 207 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en el desarrollo de las etapas procesales de primera instancia se ejerció control de legalidad de las mismas. Por ello, y como en esta instancia no se observan vicios procesales que acarreen la nulidad del proceso o impidan proferir decisión, se procede a resolver la alzada propuestas.

2.2. Competencia

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 153 del CPACA, este Tribunal Administrativo es competente para conocer en segunda instancia de las apelaciones de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos.

2.3. Problema jurídico.

Se contraerá a determinar si, a la luz de las pruebas practicadas es imputable al daño a los entes demandados.

2.4. Tesis

Se sostendrá que, a la luz de la pruebas, deviene imputable el daño a la CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C, razón por la cual debe REVOCARSE la sentencia apelada.

2.5. ANALISIS NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

2.5.1. ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL DEL ESTADO

El Régimen constitucional vigente establece una cláusula general de Responsabilidad Patrimonial del Estado, consagrada en el inciso 1º del artículo 90 Superior, que a la letra dice:

“Artículo 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción u omisión de las autoridades públicas.”

De la norma en cita, se concluye que son dos los elementos que estructuran la responsabilidad administrativa: (i) La existencia de un daño antijurídico; (ii) La imputabilidad de ese daño a una acción u omisión de una autoridad pública.

Sobre los elementos de la Responsabilidad Estatal, el Honorable Consejo de Estado ha dicho:

*"Para que se declare la responsabilidad de la administración pública es preciso que se verifique la configuración de los dos elementos o presupuestos, según la disposición constitucional que consagra la institución jurídica, esto es, el artículo 90 superior, en consecuencia, es necesario que esté demostrado el daño antijurídico, así como la imputación fáctica y jurídica del mismo a la administración pública."*²

En este orden de ideas, la responsabilidad del Estado procederá única y exclusivamente cuando concurren los dos elementos antes citados.

Ahora bien, en la decisión antes citada, la jurisprudencia define el elemento Daño de la siguiente forma:

"El daño antijurídico a efectos de que sea resarcible, requiere que esté cabalmente estructurado, por tal motivo, se torna imprescindible que se acrediten los siguientes aspectos relacionados con la lesión o detrimento cuya reparación se reclama: i) debe ser antijurídico, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo; ii) que sea cierto, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente - que no se limite a una mera conjetura - , y que suponga una lesión a un derecho, bien o interés legítimo que se encuentre protegido por el ordenamiento jurídico, y iii) que sea personal, es decir, que sea padecido por quien lo solicita, en tanto se cuente con la legitimación en la causa para reclamar el interés que se debate en el proceso, bien a través de un derecho que le es propio o uno que le deviene por la vía hereditaria."

Por su parte, la jurisprudencia ha definido la imputabilidad de la siguiente manera:

*"La Imputabilidad es la atribución jurídica que se le hace a la entidad pública del daño antijurídico padecido y por el que, por lo tanto, en principio estaría en la obligación de responder, bajo cualquiera de los títulos de imputación de los regímenes de responsabilidad, esto es, del subjetivo (falla en el servicio) u objetivo (riesgo excepcional y daño especial)."*³

De igual forma, la Alta Corporación ha dicho:

*"Todo régimen de responsabilidad patrimonial del Estado exige la afirmación del principio de imputabilidad, según el cual, la indemnización del daño antijurídico cabe achacarla al Estado cuando haya el sustento fáctico y la atribución jurídica"*⁴

² CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 28 de marzo de 2012. Magistrado Ponente Enrique Gil Botero. Expediente No. 22163.

³ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 26 de mayo de 2011. Magistrado Ponente Hernán Andrade Rincón. Expediente No. 20097.

⁴ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 13 de abril de 2011. Magistrado Ponente Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Expediente No. 2020.

En consonancia con lo expuesto por la Jurisprudencia Nacional, la imputabilidad se debe analizar desde dos orbitas, la primera desde un ámbito de imputación material (imputación fáctica), entendida como la atribución del resultado dañoso a una acción u omisión del Estado, y la segunda desde un ámbito jurídico (imputación jurídica), en el sentido de que la imputación abarca el título jurídico en el que encuentra fundamento la responsabilidad Administrativa endilgada, esto es la falla en el servicio, el riesgo excepcional o el daño especial.

Así las cosas, y de acuerdo al mandato establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, corresponde a la víctima demostrar, para obtener la declaratoria de responsabilidad estatal, lo siguiente: (i) La existencia de un daño antijurídico, esto es aquel que no se está en el deber de soportar; (ii) Que la ocurrencia de ese daño sea atribuible o imputable a la acción u omisión de una autoridad pública; en este aspecto, el demandante deberá demostrar que materialmente el daño ocurrió por la acción u omisión del Estado, siendo deber del juez analizar, en virtud del principio *iura novit curia*, cuál es el título de imputación aplicable al caso concreto.

2.5.2 De las reglas probatorias aplicables en responsabilidad médica y su estado actual a la luz de la jurisprudencia.

La construcción primigenia de la jurisprudencia estuvo orientada por el estudio de la responsabilidad estatal bajo un régimen subjetivo de falla probada del servicio. En este primer estadio, correspondía al demandante aportar la prueba de la falla del servicio para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, no bastaba la sola existencia del daño para presumir la falla del servicio de la administración⁵

A partir del segundo semestre de 1992, la Sala acogió el criterio, ya esbozado en 1990⁶, según el cual los casos de responsabilidad por la prestación del servicio médico se juzgarían de manera general bajo un régimen subjetivo

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 13 de septiembre de 1991, rad. 6253, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 14 de febrero de 1992, rad. 6477, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 26 de marzo de 1992, rad. 6255, M.P. Julio César Uribe Acosta; sentencia de 26 de marzo de 1992, rad. 6654, M.P. Daniel Suárez Hernández, entre otras.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 24 de octubre de 1990, rad. 5902, C.P. Gustavo de Greiff Restrepo

pero con presunción de falla en el servicio. En ese segundo momento jurisprudencial se consideró que el artículo 1604 del Código Civil⁷ debía ser aplicado también en relación con la responsabilidad extracontractual y, en consecuencia, la prueba de la diligencia y cuidado correspondía al demandado en los casos de responsabilidad médica⁸. Esta postura se fundamentó en la capacidad en que se encuentran los profesionales de la medicina, dado su *“conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta”*, de satisfacer las inquietudes y cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos⁹.

Seguidamente, en una sentencia del año 2000, se cuestionó la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio y se postuló la teoría de la carga dinámica de las pruebas, según la cual *el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia*, pues no todos los debates sobre la prestación del servicio médico tienen implicaciones de carácter técnico o científico. En estos términos se pronunció la Sección Tercera del Consejo de Estado:

“No todos los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente tienen implicaciones técnicas y científicas. Habrá que valorar en cada caso, si estas se encuentran presentes o no. Así, habrá situaciones en las que, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva. Allí está, precisamente, la explicación del dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla del servicio presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio”¹⁰.

El abandono de la presunción de falla como régimen general de responsabilidad y la aceptación de la carga dinámica de la prueba, al demandar de la parte actora un esfuerzo probatorio significativo, exige la aplicación de criterios jurisprudenciales tendientes a morigerar dicha carga. Por ejemplo, frente a la relación de causalidad entre la falla y el daño antijurídico, se ha señalado que cuando resulte imposible esperar certeza o

⁷ Código Civil. “Artículo 1604. (...) La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito al que lo alega”

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 24 de agosto de 1992, rad. 6754, M.P. Carlos Betancur Jaramillo.

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 30 de julio de 1992, rad. 6897, M.P. Daniel Suárez Hernández.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 10 de febrero del 2000, rad. 11878. M.P. Alier Hernández Enríquez. Esta línea se reiteró, entre otras, en sentencia de 7 de diciembre de 2004, rad. 14421, M.P. Alier Hernández Enríquez; sentencia del 11 de mayo del 2006, rad. 14400, M.P. Ramiro Saavedra Becerra.

exactitud en esta materia, no solo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, el nexo de causalidad queda acreditado *“cuando los elementos de juicio suministrados conducen a un grado suficiente de probabilidad”*¹¹ que permita tenerlo por establecido.

En ese entendimiento, también se han precisado ciertos criterios sobre la carga de la prueba en los casos de responsabilidad médica: (i) por regla general, al demandante le corresponde probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los que resulte *“excesivamente difícil o prácticamente imposible”* hacerlo; (ii) de igual manera, corresponde al actor aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los casos en los cuales *“resulte muy difícil –si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”*; (iii) en la apreciación de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa efectiva del daño; (iv) la valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas con alteraciones en su salud; (v) el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio¹².

En el año 2006 se abandonó definitivamente la presunción de falla en el servicio para volver al régimen general de falla probada¹³. Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 3 de mayo de 1999, rad. 11169, M.P. Ricardo Hoyos Duque. Se dijo en esa oportunidad que si bien no existía certeza *“en el sentido de que la parapleja sufrida (...) haya tenido por causa la práctica de la biopsia”*, debía tenerse en cuenta que *“aunque la menor presentaba problemas sensitivos en sus extremidades inferiores antes de ingresar al Instituto de Cancerología, se movilizaba por sí misma y que después de dicha intervención no volvió a caminar”*, de manera que existía una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la institución.

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de abril de 2005, rad. 14786, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia de 30 de noviembre de 2006, rad. 15201-25063, M.P. Alier Hernández Enríquez; sentencia de 30 de julio de 2008, rad. 15726, M.P. Myriam Guerrero de Escobar. El consejero Enrique Gil Botero aclaró el voto en el sentido de señalar que no debe plantearse de forma definitiva el abandono de la aplicación del régimen de falla presunta del servicio.

es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel¹⁴, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria:

“De manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño.

Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente. La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el álea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa.

En efecto, no debe perderse de vista que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre los médicos y sus pacientes, hace a veces más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio. (...)

La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimiento técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes¹⁵.

En efecto, la actividad médica capaz de comprometer la responsabilidad de la administración es la falla probada; sin embargo, no solamente se estructura la responsabilidad cuando se contrarían los postulados de la *lex*

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia del 30 de julio del 2008, rad. 15726, M.P. Myriam Guerrero de Escobar; sentencia del 21 de febrero del 2011, rad. 19125, M.P. (E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras.

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia del 28 de septiembre de 2012, rad. 22424, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo.

artis o, esto es, por funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico, sino también cuando la actividad que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar objetivamente a que ello ocurra¹⁶.

Así las cosas, como lo recordó la Máxima Corporación de lo Contencioso Administrativo en sentencia del 29 de julio del 2013¹⁷, en relación con la carga de la prueba tanto de la falla del servicio como del nexo causal, se ha dicho que corresponde exclusivamente al demandante, pero dicha exigencia se atenúa mediante la aceptación de la prueba indirecta de estos elementos de la responsabilidad a través de indicios. En palabras del alto tribunal¹⁸:

“La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo.

La prueba de la relación causal entre la intervención médica y el daño sufrido por el paciente reviste un grado de complejidad a veces considerable, no sólo por tratarse de un dato empírico producido durante una práctica científica o técnica, comúnmente ajena a los conocimientos del propio paciente, sino porque, además, por lo regular, no queda huella de esa prestación, diferente al registro que el médico o el personal paramédico consigne en la historia clínica, la que, además, permanece bajo el control de la misma entidad que prestó el servicio¹⁹

¹⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, M.P. Danilo Rojas Betancourth. En esta oportunidad, la Subsección señaló que *“la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar”*. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, rad. 22424, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: *“la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente “pertusis” de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba”*.

¹⁷ Consejo de Estado, sentencia del 29 de julio del 2013, rad. 20157. MP. Ramiro Pazos Guerrero

¹⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de marzo 22 de 2012, rad. 23132, M.P. Ruth Stella Correa Palacio, citada por la sentencia del 29 de julio del 2013, rad. 20157.

¹⁹ “Sobre el tema, ver por ejemplo, RICARDO DE ANGEL YAGÜEZ. Responsabilidad Civil por actos médicos. Problemas de pruebas. Ed. Civitas S.A., Madrid, 1999, pág. 111”.



Radicado: 13-001-33-33-006-2014-00271-01
Demandante: ALEXANDER CUADRO VASQUEZ Y OTROS

Las dificultades a las que se enfrenta el afectado cuando pretende acreditar el nexo causal, no han sido soslayadas por la jurisprudencia; por el contrario, para resolver los casos concretos, en los cuales no se cuente con el dictamen serio y bien fundamentado de un experto, que establezca o niegue esa relación, se ha buscado apoyo en las reglas de prueba desarrolladas por la doctrina nacional y foránea.

Así, se ha acudido a reglas como res ipsa loquitur, desarrollada en el derecho anglosajón; o de la culpa virtual elaborada por la doctrina francesa, o la versión alemana e italiana de la prueba prima facie o probabilidad estadística²⁰, que tienen como referente común el deducir la relación causal y/o la culpa en la prestación del servicio médico a partir de la verificación del daño y de la aplicación de una regla de experiencia, conforme a la cual existe nexo causal entre un evento dañoso y una prestación médica cuando, según las reglas de la experiencia (científica, objetiva, estadística), dicho daño, por su anormalidad o excepcionalidad, sólo puede explicarse por la conducta negligente del médico y no cuando dicha negligencia pueda ser una entre varias posibilidades, como la reacción orgánica frente al procedimiento suministrado o, inclusive, el comportamiento culposo de la propia víctima.

Cabe destacar que la aplicación de esas reglas probatorias, basadas en reglas de experiencia guardan armonía con el criterio adoptado por la Sala en relación con la teoría de la causalidad adecuada o causa normalmente generadora del resultado, conforme a la cual, de todos los hechos que anteceden la producción de un daño sólo tiene relevancia aquel que, según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata²¹. La elección de esa teoría se ha hecho por considerar insatisfactoria la aplicación de otras, en particular, la de la equivalencia de las condiciones, según la cual basta con que la culpa de una persona haya sido uno de los antecedentes del daño para que dicha persona sea responsable de él, sin importar que entre la conducta culposa y el daño hubieran mediado otros acontecimientos numerosos y de gran entidad.

En varias providencias proferidas por la Sala se consideró que cuando fuera imposible demostrar con certeza o exactitud la existencia del nexo causal, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que probaran dicha relación, el juez podía "contentarse con la probabilidad de su existencia"²², es decir, que la relación de causalidad quedaba probada cuando los elementos de juicio que obraran en el expediente conducían a "un grado suficiente de probabilidad"²³, que permitían tenerla por establecida.

²⁰ Sobre el tema: ANDRÉS DOMÍNGUEZ LUELMO. Derecho sanitario y responsabilidad médica. Valladolid, Ed. Lex Nova, 2ª.ed. 2007".

²¹ "Sobre el tema ver, por ejemplo, Ricardo de Ángel Yagüez. Responsabilidad Civil por actos médicos. Problemas de pruebas. Civitas, 1ª. ed., 1999, pág. 112".

²² Cfr. Ricardo de Ángel Yagüez. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño), Ed. Civitas S.A., Madrid, 1995, p. 42".

²³ "Ibidem, págs. 77. La Sala acogió este criterio al resolver la demanda formulada contra el Instituto Nacional de Cancerología con el objeto de obtener la reparación de los perjuicios causados con la práctica de una biopsia. Se dijo en esa oportunidad que si bien no existía certeza "en el sentido de que la paraplejía sufrida...haya tenido por causa la práctica de la biopsia", debía tenerse en cuenta que "aunque la menor presentaba problemas sensitivos en sus extremidades inferiores antes de ingresar al Instituto de Cancerología, se movilizaba por sí misma y que después de dicha intervención no volvió a caminar". Por lo cual existía una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la misma. Ver sentencia de 3 de mayo de 1999, exp. 11169, C.P. Ricardo Hoyos Duque".

De manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar responsabilidad a la entidad que presta el servicio, sino que esta es una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal puede ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios²⁴.

Así la Sala ha acogido el criterio según el cual para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, los indicios se erigen en la prueba por excelencia, dada la dificultad que en la mayoría de los casos se presenta de obtener la prueba directa. Indicios para cuya construcción resulta de utilidad la aplicación de reglas de la experiencia de carácter científico, objetivo o estadístico, debidamente documentadas y controvertidas dentro del proceso.”

Finalmente debe ponerse de relieve que la línea decantada desde el 2006, (responsabilidad subjetiva) se ha consolidado, según se puede ver del fallo del 5 de marzo del 2015, de la Sección Tercera, Sub sección B del Consejo de Estado²⁵, en el que se ha advertido que es la **falla probada** del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, precisando que para que pueda predicarse la existencia de una falla, “es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.”

Situación particular en el acto obstétrico.

Finalmente, aún con más precisión, ha resaltado la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado que **el acto obstétrico tiene una dinámica propia dentro del tratamiento que se le ha dispensado al régimen;** así ha sido expuesto:

“En relación con la responsabilidad médica en el servicio de obstetricia, la Sala se había inclinado por considerar que en los eventos en los cuales el desarrollo del embarazo

²⁴ Ver, por ejemplo, sentencias de 14 de julio de 2005, rad. 15276 y 15332, [M.P. Ruth Stella Correa Palacio].

²⁵ Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01 (30102) MP. Danilo Rojas Betancourth



Radicado: 13-001-33-33-006-2014-00271-01
Demandante: ALEXANDER CUADRO VASQUEZ Y OTROS

haya sido normal y, sin embargo, éste no termina satisfactoriamente, la obligación de la entidad demandada es de resultado²⁶.

“En decisiones posteriores se insistió en que la imputación de la responsabilidad patrimonial debía hacerse a título objetivo, pero siempre que desde el inicio, el proceso de gestación fuera normal, es decir, sin dificultades evidentes o previsibles, eventos en los cuales era de esperarse que el embarazo culminara con un parto normal.

“(…).

“No obstante, en providencias más recientes se recogió dicho criterio para considerar que los eventos de responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación del servicio médico de obstetricia no pueden ser decididos en el caso colombiano bajo un régimen objetivo de responsabilidad; que en tales eventos, la parte demandante no queda relevada de probar la falla del servicio, sólo que el hecho de que la evolución del embarazo hubiera sido normal, pero que el proceso del alumbramiento no hubiera sido satisfactorio constituye un indicio de dicha falla²⁷. ‘

“En síntesis bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, **a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización**, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, y se reitera, **la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño**.

“No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad. **En otras palabras no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño, para que automáticamente se ubique en el ente hospitalario demandado, la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad le corresponderá contraprobar en contra de lo demostrado por el actor a través de la prueba indiciaria, esto es, la existencia de una falla en el acto obstétrico y la relación causal con el daño que se produjo en el mismo**, demostración que se insiste puede lograrse a través de cualquier medio probatorio incluidos los indicios, edificados sobre la demostración, a cargo del actor, de que el embarazo tuvo un desarrollo normal y no auguraba complicación alguna para el alumbramiento, **prueba que lleva**

²⁶ Original de la cita en la sentencia del 10 de febrero de 2000, exp: 11.878 dijo la Sala: “...en el campo de la obstetricia, definida como ‘la rama de la medicina que se ocupa principalmente del embarazo, parto y los fenómenos posteriores al alumbramiento, hasta la involución completa del útero, la responsabilidad médica tiende a ser objetiva, cuando ab initio el proceso de embarazo se presenta normal, es decir, sin dificultades o complicaciones científicamente evidentes o previsibles. En casos como estos, parte de la doctrina se inclina por encontrar una obligación de resultado, puesto que lo que se espera de la actividad médica materno-infantil, es que se produzca un parto normal, que es precisamente la culminación esperada y satisfactoria de un proceso dispuesto por la naturaleza, en donde la ciencia médica acude a apoyarlo o a prevenir y tratar de corregir cualquier disfuncionalidad que obstaculice su desarrollo normal o ponga en riesgo a la madre o al que está por nacer. Lo especial y particular de la obstetricia es que tiene que ver con un proceso normal y no con una patología’.”.

²⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia 7 de diciembre de 2004, exp: 14.767, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo.



lógicamente a concluir que si en el momento del parto se presentó un daño, ello se debió a una falla en la atención médica²⁸. (Negrillas y subrayas puestas por la Sala).

De suerte que, frente al acto obstétrico, en algún momento se acudió al régimen objetivo; sin embargo, posteriormente se varió esa postura y se decantó que no es a la luz del primero que se debe analizar la imputación, sino de uno subjetivo, con flexibilización frente al rigor de la prueba de la falla, y en el entendimiento que “la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño” (regla reiterada incluso en la actualidad)²⁹.

2.6. CASO CONCRETO.

De manera pues que, por la dinámica propia del acto obstétrico acuñada desde la jurisprudencia (véase lo correspondiente en el acápite anterior), el prisma de valoración se flexibiliza en casos como el *sub lite*, no para relevar del deber probatorio al extremo activo, pero sí para aceptar que, de acreditarse el desarrollo normal del embarazo, carga que le corresponde, emerge el indicio no solo de la falla médica, sino también del nexa causal, lo que obliga a la demandada, no a la prueba de la esmerada diligencia y cuidado en la atención, sino a la contraprueba en contra de lo demostrado por el actor vía indicio.

Por eso desde ya se advierte que la Sala mirara el caso desde un ángulo diferente a la dialéctica de valoración probatoria tradicional asumida por el *a quo* en función del *onus probandi*, pues es este un caso que, como bien lo ha resaltado el Consejo de Estado tiene una dinámica propia por tratarse del acto obstétrico.

Así pues, como primer tópico debe destacarse que, la historia clínica aportada permite evidenciar que el embarazo de la víctima era un embarazo normal y no de de mediano o alto riesgo. Así se extrae de una de

²⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 17 de marzo de 2010, exp. 17.512. C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

²⁹ Sentencia del 13 de noviembre del 2018, Sección Tercera. Radicación número: 70001-23-31-000-2003-00195-01 (47100).

las hojas de la historia clínica de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, visible al folio 51 del primer cuaderno, pues allí se consigna que el día 23 de abril del año 2012, la víctima consultó por "CONTROL PRENATAL" advirtiéndose una evolución normal del embarazo para esa fecha y anotándose por el médico tratante como impresión clínica solamente "embarazo de 37 semanas". Todos los ítems referentes a evolución y antecedentes obstétricos no evidencian alteración o riesgo alguno, pues no se dejó constancia de ninguna observación por parte del médico tratante. También se dejó constancia de 6 consultas de control prenatal.

Lo anterior se acompasa con la información registrada en el formato de "ESCALA DE RIESGO BIOPSIICOSOCIAL" extendida por el HOSPITAL REGIONAL DE BOLÍVAR, el 28 de octubre del 2011, vista al folio 54 ídem, de donde se destaca un riesgo biopsicosocial bajo y ninguna observación de alerta. En uno de los ítems, se observan las fechas de los controles prenatales efectuados a partir de ese momento, lo que indica que evidentemente sí acudió la víctima a su controles de gravidez desde sus albores, pues certifica la entidad tres controles realizados, cuales son los del 28 de octubre del 2011, 6 de enero del 2012 y 7 de marzo del 2012, sin registro de complicaciones.

A folio 50 ídem, milita folio de la historia clínica (Clínica de Maternidad Rafael Calvo) que registra consulta el 7 de mayo del año 2012; dicho documento registra un embarazo controlado con una cantidad de consultas prenatales de 6, luego, sin novedad de riesgo alguna o registro de alertas; la impresión clínica no advirtió ningún riesgo, ordenando, simplemente valoración por ginecología.

Por su parte, la Historia de al Clínica General del Caribe, demuestra que la víctima fue atendida por la especialidad ginecología y obstetricia (fls. 305 del cuaderno No. 2) el 4 de abril del 2012.

En aquella oportunidad se registró lo siguiente:

"Enfermedad actual:

PACIENTE CURSANDO UN EMBARAZO DE 33 SS Y 1 DIA POR FUR, 33 SEMANANAS POR ECO DE SEGUNDO TRIMESTRE Y 31 A 32 POR ECO REALIZADA HO, EXAMNES NORMALES EXCEPTO FROTIS CON LEVADURAS.

En el ítem de diagnóstico se reportó:

Código: FCA - 008 Versión: 03 Fecha: 03-03-2020



“Diagnostico principal: Z321-EMBARAZO CONFIRMADO
Diagnostico Relacionado 1: VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

En el ítem, “**Plan de tratamiento**” se consignó:

“ SE ORDENA CLOTRIMAZOL OVULOS VAGINALES, CITA EN 4 SEMANAS, INDICACIONES PARA CONSULTAR A URGENCIAS EN CASO DE ELEVACIÓN DE LA MISMA, ACUFENOS, FOSFENOS, CEFALEA INTENSA O EPIGASTRALGIA DISMINUCIÓN DE LOS MOVIMEINTOS FETALES, DOLOR TIPO CONTRACCIÓN, SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO O SANGRADO. SE ORDENA MONITOREO FETAL.”

Por su parte, también existe historia de atención por ginecología y obstetricia el 11 de mayo del 2012, a las 13:42 (fl. 306 ídem), es decir, bien puede admitirse que esta valoración equivale a la ordenada el 7 de mayo del 2012 por el médico tratante adscrito a la Clínica de la Maternidad Rafael Calvo (la del folio 50 cuaderno No. 1)

En este último reporte ginecológico se registró:

“Problema y análisis

Problema (P):

PACIENTE CURSANDO UN EMBARAZO DE 40 SEMANAS Y 1 DIA POR FUR CON FETOPCRECIENDO EN PRECENTILES BAJOS, **NO SE REALIZO EL MONITOREO ORDENADO**, REFIERE CONTRACCIONES OCASIONALES.

Subjetivo (S):

REFIERE CONTRACCIONES OCASIONALES

Objetivo (O):

GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, ALTURA UTERNIA 33 CMS, FETO UNICO VIVO LONGITUDINAL CEFALICO DORSO IZQUIERDO, FCF 140 POR MINUTO, NO CONTRACCIONES UTERINAS, NO EDEMAS

Análisis (A):

SE REMITE A URGENCIAS PARA POSIBILIDAD DE INDUCCIÓN DE PARTO, EN CASO DE QUE DEN DE ALTA CITA PRIORITARIA EN 7 DIAS (41.1 SS) Y MONITOREO FETAL. INDICACIONES PARA CONSULTAR A URGENCIAS EN CASO DE ELEVACIÓN DE LA PRESION ARTERIAL, ACUFENOS, FOSFENOS, CEFALEA INTENSA O EPIGASTRALGIA, DISMINUCION DE LOS MOVIMIENTOS FETALES, DOLOR TIPO CONTRACCIÓN, SALIDA DE LIQUIDO AMNITICO SANGRADO

(....)”

Con los reportes ginecológicos la Sala corrobora varias cosas, una de ellas que efectivamente se trató de un embarazo previamente controlado y sin sospechas de riesgo, pues lo único novedoso fue que el frotis vaginal arrojó vaginitis o vulvovaginitis, pero se sabe que ello no comprende realmente un riesgo, al punto que se considera una circunstancia normal del embarazo. La literatura médica³⁰denomina a la vaginitis o vulvovaginitis de la siguiente manera:

“La vaginitis, también llamada vulvovaginitis, es una inflamación o infección de la vagina. También puede afectar la vulva, la parte externa de los genitales de la mujer. La vaginitis puede causar picazón, dolor, secreción y olor.

La vaginitis es común, especialmente en las mujeres en edad reproductiva. Por lo general, ocurre cuando hay un cambio en el equilibrio de bacterias o levaduras que normalmente se encuentran en su vagina. Hay diferentes tipos de vaginitis, las que tienen distintas causas, síntomas y tratamientos.”

Lo otro es que, no obstante la normalidad evidenciada, el ginecólogo registro varias cosas que llaman la atención de la Sala; una de ellas que, habiéndose ordenado un monitoreo en la valoración por la especialidad del 4 de abril del 2012, ello no se realizó (según se subraya en la transcripción) y lo otro, que es quizás lo que mayor trascendencia tiene, es que, ese 11 de mayo del 2012, el especialista remitió a la paciente a urgencias de la IPS para la **inducción del parto**.

Sin embargo, a la víctima no se le indujo el parto como fue ordenado por el galeno especializado de la Clínica General del Caribe, pues hay evidencia clínica (véase folio 47 del cuaderno No.1) que da cuenta que ese mismo día 11 de mayo del 2012, a las 20:51 (8:51 pm) la víctima ingresó por urgencias manifestando que **“esta pasada de cuentas”**, a lo que respondió la entidad con el alta médica sin seguir la orden de gineco obstetricia y apenas con una impresión diagnóstica de embarazo de 40,2 semanas y parto.

Apenas hasta el 13 de mayo de ese 2012, a las 15:35 (3:35 pm) se dio el alumbramiento sin inducción alguna, pues ello se infiere de las anotaciones vistas en los ítems OBSERVACIONES, IMPRESIÓN CLÍNICA y VALORACIÓN PELVICA Y PLAN A SEGUIR, registradas en el reverso del folio 161 del cuaderno

³⁰ <https://medlineplus.gov/spanish/vaginitis.html>

principal No. 1, que alude a la atención brindada el 13 de mayo del 2012 en la Clínica de la Maternidad Rafael Calvo, aptándose por dejarla en observación, así como de lo dicho en la audiencia por el propio ginecólogo que atendió el parto, Dr. Antonio Fernández López (como se verá infra).

Se observa pues hasta aquí, de lo valorado en la historia clínica de la Clínica La Maternidad Rafael Calvo que si hubo control parental, tanto por medicina general como por ginecología, a razón de 8 valoraciones en total, 6 por medicina general y 2 por ginecobstetricia, luego, esto confronta y desmiente terminantemente lo esbozado por la Dra. CORBACHO CONTRERAS, es decir, la Ginecóloga que valoró por urgencias el 11 de mayo del 2012 a las 8:51 de la noche a la paciente, después de haber sido esta remitida a urgencias para inducción de parto, quien en repetidas ocasiones refirió en su declaración que no había existido un control prenatal, rectificando después que el mismo había sido deficiente.

Lo anterior pone a los actores en la posición de haber acreditado que el embarazo se desarrolló en circunstancias normales, sin ningún tipo de riesgo o amenaza, situación que fue confirmada (como se ampliará infra) por dos (entre otros) de los Médicos Especializados que tuvieron la responsabilidad de atender el proceso de parto de la víctima como facultativos de la Clínica La Maternidad Rafael Calvo, el Dr. ANTONIO FERNÁNDEZ LÓPEZ y, en menor medida, la Dra. CORBACHO CONTRERAS, pues esta solamente valoró a la paciente ese 11 de mayo del 2012 por urgencias de la aludida clínica, dándole de alta con una impresión diagnóstica de preparto y embarazo de 40,2 semanas, muy a pesar de la orden de inducción de parto de uno de sus colegas, pero no por ello ajena al contexto que envuelve la atención, de lo que deberá derivar entonces, conforme a las *sub reglas* jurisprudenciales arriba citadas, el indicio de falla y de nexo causal entre el acto médico obstétrico y el daño.

Se ha podido advertir una suerte de sospecha de ocultamiento de información, pues se ha hecho evidente la tergiversación de la información, la falta de precisión y mal manejo de la historia clínica, lo que no puede pasar inadvertido por la importancia que en materia probatoria tiene esa documentación en este tipo de juicios.

Y es que llama la atención las tachaduras y enmendaduras que contiene la historia clínica, sobre la atención de urgencias brindada ese 11 de mayo del 2012, especialmente en los números de los resultados del examen físico, y

algunos títulos de sus correspondientes ítems (véase folio 47 del cuaderno No. 1), más aun cuando a folio 165 ídem aparece un documento que, debiendo ser el mismo, difiere en la tachaduras.

Lo mismo ocurre con el folio 161 ídem, que da cuenta del ingreso de la víctima el 13 de mayo del 2012 a las 10:30 de la mañana, pues en los datos de la evolución del embarazo, se consigna que el embarazo no fue controlado y un número de consultas de apenas 2, aunado a una tachadura, en abierto contraste con lo registrado en el folio 50 y 51 ídem, que confirman que el embarazo si fue controlado y hasta esa fecha se registraban 6 consultas, es decir, si ya para el 23 de abril del 2012, fecha de consulta registrada en el folio 51, y para el 7 de mayo del 2012, fecha de consulta registrada en el folio 50, se tenía registro histórico de un embarazo controlado y con un numero de 6 consultas, no se entiende como en fecha posterior, 13 de mayo de año 2012, se registre que el embarazo no ha sido controlado y un numero de consulta de solo 2.

Ahora bien, tal y como se confirmará en la transcripción respectiva, la Dra. Corbacho Contreras subrayó en su testimonio la importancia del registro de la curva con la que se esquematiza el trabajo de parte en su fase final en el partograma, indicando que al graficar la curva es posible ver la progresividad del parto, no obstante lo cual, el Dr. Antonio Fernández López no registró la información completa y no graficó la curva en el partograma, siendo que se trata de los pormenores del alumbramiento, los que debieron constar en el registro que obra a folio 162 ídem. Es decir, la historia clínica no contiene los datos que dan fe de la progresividad del parto.

Dicho lo anterior no queda sino concluir la grave, anormal e irregular forma en que se manejó la histórica clínica por la Clínica Maternidad Rafael Calvo por ello se piensa, dado que no es descabellado y si muy razonable que se haya modificado datos.

De ahí la posibilidad de derivar indicios en contra de la referida clínica, pues las reglas que gobiernan el manejo y custodia de la historia clínica prohíben ese accionar. Por ello puede decirse en voz alta que la falla en la atención médica evidenciada de la valoración probatoria se agudiza con el mal manejo de la historia clínica.

Y es que, lo de la historia clínica no debe ser aspecto al que se le reste importancia, pues ella constituye pieza clave en la valoración del acto

médico. En ese entendimiento, es menester recordar el alcance que la ley, la jurisprudencia y la doctrina han dado a la historia clínica, especialmente en términos probatorios.

Por tal circunstancia, la Sala reitera – *mutatis mutandis* - los razonamientos contenidos en las sentencias del 7 de julio de 2009, exp. 18092, del 28 de marzo de 2012, exp. 22075 y del 25 de abril del 2012, exp. 21861 de la Sección Tercera del Consejo de Estado³¹, en las cuales se efectuó un estudio sobre la naturaleza de la historia clínica, sus elementos integradores, así como los principios que gobiernan su elaboración y custodia.

La doctrina, en materia de derecho médico – sanitario, valora la historia clínica como algo más que una simple recopilación de datos del paciente, de hecho, otorga una importancia tal a ese instrumento, que lo considera no sólo una “biografía patológica de una persona”³², sino también como un “documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad”³³. Es así como este documento, en materia de responsabilidad médica, adquiere gran importancia en cuanto puede constituir un medio de prueba idóneo para determinar si las prestaciones médico asistenciales de que fue objeto el paciente se adecuaron a los procedimientos establecidos por la ciencia en ese campo.

En la legislación colombiana, la historia clínica es definida en el artículo 34 de la ley 23 de 1981³⁴ como:

*“...el **registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente**. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley”*

³¹ Magistrado Ponente, Enrique Gil Botero.

³² Galán Cortes, citado por Rosalía García de León. El papel de la historia clínica en la solución de un conflicto de Derecho Médico – Sanitario, en Derecho Médico Sanitario- Actualidad, tendencias y retos. Colección de Textos de Jurisprudencia. Ed. Universidad del Rosario. Bogotá D.C. julio de 2008. Pág. 267 y ss.

³³ Laín Entriago. ibidem

³⁴ “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.”

El literal a) del artículo 1° de la resolución No. 1995 de 1999³⁵ (no derogada ni modificada por las resoluciones 1715 de 2005 y 839 de 2017), proferida por el Ministerio de Salud, al reglamentar lo referente al manejo de las historias clínicas introdujo una definición más precisa, al establecer que era **un registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, donde además de su estado de salud se deben consignar todos los actos médicos y procedimiento que se le realicen no solo por los galenos, sino también por el equipo de salud que intervine en la prestación del servicio**, al respecto la norma señala:

*“a) La Historia Clínica es 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.”*

En este orden, se tiene que la historia clínica no es sólo una descripción del estado de salud de quien consulta o es atendido, sino que también es una secuencia de los procedimientos que se le realicen tanto por el médico tratante como por el equipo de salud (**enfermeras y auxiliares**) que lo asiste. De allí que, en la historia clínica se reflejen los actos médicos (diagnóstico y tratamiento), la evolución del paciente, **la atención paramédica e inclusive los actos extra médicos.**

En efecto, en sentencia del 19 de agosto de 2009, proferida por la Sección Tercera del Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo, se puntualizó³⁶:

“Así las cosas, la obligación médico – hospitalaria tiene origen en diversos actos relacionados con el servicio de atención en salud, según los lineamientos del profesor José Manuel Fernández Hierro, citado por el tratadista Alberto Bueres, en los siguientes términos:

“(…) Savatier hablaba de actos médicos y de actos hospitalarios (que se correspondían, respectivamente, con los que en el párrafo anterior identificamos como médicos y paramédicos). Sin embargo, en los últimos

³⁵ En la que se establecen normas para el manejo de la Historia clínica.

³⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, exp. 17333, M.P. Enrique Gil Botero.



años, Fernández Hierro ha ensayado una clasificación que parece más completa. De tal suerte, se distinguen estos supuestos:

"1. Actos puramente médicos.- que son los de profesión realizados por el facultativo;

"2.- Actos paramédicos.- que vienen a ser las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; por lo común, son llevadas a cabo por personal auxiliar para ejecutar órdenes del propio médico y para controlar al paciente (por ejemplo suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos –o proporcionarlos por vía oral–, controlar la tensión arterial, etcétera). También en esta categoría queda emplazada la obligación de seguridad que va referida al suministro de medicamentos en óptimas condiciones y el buen estado de salud en que deben encontrarse los instrumentos y aparatos médicos;

"3. Actos extramédicos.- están constituidos por los servicios de hostelería (alojamiento, manutención, etcétera), y por los que obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes."³⁷

"De todas formas, es bueno aclarar que la zona límite entre un acto médico y un acto paramédico constituye una *quaestio facti*, de donde la clasificación mencionada es de cierto modo elástica e indefinida. La palabra para es un prefijo que significa "junto a", "al lado de" o "a un lado de", vale decir que lo paramédico concerniría a los servicios que se prestan junto a los médicos o al lado (o a un lado) de ellos. La latitud de la expresión paramédico podría depender en ciertos casos no sólo de los hechos sino también de las interpretaciones.

"Comoquiera que sea, nos parece que la clasificación tripartita de Fernández Hierro, más allá de cualquier dificultad –que, por lo demás, siempre va a presentar toda división de especies– es completa y entonces merece ser aceptada."³⁸

La importancia deviene en que la normativa (no derogada ni modificada por las resoluciones 1715 de 2005 y 839 de 2017) establece que todo **prestador de servicios de salud** que atiende por primera vez a un paciente

³⁷ FERNÁNDEZ Hierro, Responsabilidad civil médico – sanitaria, Ed. Aranzandi, Pamplona, ps. 174 y 175.

³⁸ BUERES, Alberto J. "Responsabilidad de los Médicos", Ed. Hammurabi, Tomo I, pág. 424 y 425.

debe realizar el proceso de apertura de historia clínica³⁹, y además, por disposición expresa, en ella deben constar todos los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a las diferentes fases de atención suministrada al usuario.⁴⁰

Determina la misma resolución (no derogada ni modificada por las resoluciones 1715 de 2005 y 839 de 2017) que la historia clínica debe ser diligenciada de forma **clara, legible, no puede contener tachones, enmendaduras o intercalaciones, tampoco puede presentar espacios en blanco ni utilizar siglas.** Además, cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma⁴¹.

Así mismo, el artículo 3 de la resolución en cita (no derogada ni modificada por las resoluciones 1715 de 2005 y 839 de 2017), dispone que la historia clínica tenga las siguientes características básicas:

“Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

“Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

“Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

“Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

“Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.” (Negritas adicionales).

³⁹ Artículo 6º resolución 1995 de 1999.

⁴⁰ Se refiere específicamente a la característica de integralidad de la historia clínica, establecida en el artículo 3º de la resolución 1995 de 1999.

⁴¹ Artículo 5º resolución 1995 de 1999.

Es decir, no basta con la sola existencia de un documento donde se consignen los datos personales y médicos del paciente, los mismos deben tener una secuencia temporal y ordenada, soportados en la ciencia médica, encontrarse disponibles y debidamente actualizados para permitir brindarle al paciente una atención integral, eficaz y oportuna. **Todo lo anterior, en aras de garantizar la protección del derecho fundamental involucrado en la atención médico – sanitaria, esto es, la salud.**

Como viene de precisarse, la historia clínica es un documento con características especiales que amerita un manejo determinado, no sólo por los que las elaboran y las archivan, sino también por quienes las interpretan. Se convierte pues, en un registro especial y particular que al margen de concentrar toda la información relacionada con la atención del paciente, sus diferentes síntomas, signos, las patologías diagnosticadas y los tratamientos ordenados, entra en conexidad de forma global con el derecho a la salud, y permite la verificación en relación con la atención brindada, así como el contenido y alcance en el cumplimiento de las obligaciones que se refieren tanto al médico como a los pacientes en torno a la relación científica y legal que representa la atención hospitalaria o sanitaria.

Por lo tanto, la historia clínica es un proceso gradual y escalonado, en el que detalla: i) la anamnesis, es decir, la información básica sobre las razones por las cuales se consulta o se acude al servicio médico, ii) los síntomas y signos que reporte el paciente y que aprecie el galeno, iii) la interpretación de ese conjunto de signos y síntomas, en donde se especifique la metodología empleada para la valoración de esas expresiones, iv) la diagnosis o diagnóstico en donde el profesional emite el juicio con fundamento en la *lex artis ad hoc*, para lo cual se vale de la interpretación y de las ayudas diagnósticas que tenga a su alcance (v.gr. exámenes de laboratorio, rayos equis, toma de placas, resonancias, TAC's, entre muchos otros), v) el tratamiento o procedimiento ordenado, en donde se haga constar el pronóstico, el consentimiento informado si es necesario, así como las indicaciones médicas o paramédicas que deben ser adoptadas para complementar y apoyar el acto médico, vi) la verificación de la evolución del paciente, la cual debe ser constante, y vii) las recomendaciones profilácticas, esto es, las indicaciones que se le suministran al paciente en el momento en que se le va a dar de alta.

Como medio de prueba la historia clínica cobra un gran valor en materia de responsabilidad médica sanitaria, pues allí se consigna el desarrollo

clínico de los pacientes, por ello se constituye en un medio idóneo para determinar los hechos materia de juzgamiento.

Al respecto, la doctrina ha manifestado:

“La historia clínica es el mejor y único elemento para demostrar todo lo buena que ha sido la atención médica. En la acreditación de medios señalada deben quedar demostrada la pericia, la prudencia, los cuidados, la vigilancia, la seguridad, el cumplimiento de los reglamentos y deberes a su cargo. Dejarán de ser escuetas reseñas de evolución de persona enferma. Relacionarán medios con resultados para acreditar que aquéllos, los medios, estaban destinados a obtener un resultado.”⁴²

En igual sentido, el tratadista Carlos A. Gherzi sobre la importancia y la eficacia probatoria de la historia clínica expresó:

“La historia clínica irregularmente confeccionada resulta un medio de prueba de escasa eficacia frente a un cuadro general de graves, precisas y concordantes presunciones en el servicio de salud brindado por la entidad sanatoria demandada.”⁴³

Y no sólo la doctrina, sino también la jurisprudencia del Consejo de Estado ha venido reconociendo desde hace tiempo el valor probatorio de las historias clínicas; sobre el particular ha puntualizado:

“esta historia clínica, medio probatorio por excelencia para estos casos dado que contiene un recuento pormenorizado de todos los tratamientos a que ha sido sometido un paciente, así como de la evolución que va presentado en su cuadro clínico, además de ser elaborada por los mismos médicos tratantes...”⁴⁴ (negrilla de la Sala)

⁴² ACHAVÁL, Alfredo. Responsabilidad Civil del Médico. Ed. Abeledo Perrot. Segunda edición. Buenos Aires. 1992 pag. 231 y 232.

⁴³ GHERZI, Carlos A. Responsabilidad por Prestación Médico Asistencial. [Cam. Civ. Y com. San Isidro Sala II, 4/5/90 “Acuña Yolanda C. Sanatorio San Lucas SA” JA Seminario del 25/9/81”

⁴⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 13 de junio de 1996, expediente No.11272. M.P. Jesús María Carrillo Ballesteros.

En consecuencia, el incumplimiento a los deberes de apertura, conservación, organización y custodia de la historia clínica generan un significativo y flagrante desconocimiento a la ley⁴⁵ y a los reglamentos que regulan la materia, lo que se traduce en el derecho de daños, en un **indicio de falla en contra de la entidad hospitalaria**, sistema de aligeramiento probatorio que ha sido acogido por el Consejo de Estado (Sección Tercera) para el campo obstétrico⁴⁶, pero que puede ser extendido a otros escenarios como se ha sostenido de manera reiterada por esa Corporación.

Así las cosas, la historia clínica constituye el eje central sobre el cual se estructura no sólo la atención integral médica y hospitalaria, sino que, en el derecho de la responsabilidad médico sanitaria se erige como el principal instrumento de convicción e ilustración para el juez,⁴⁷ circunstancia por la cual su ausencia genera una presunción judicial, estructurada en las reglas de la experiencia, la sana crítica y la evidencia⁴⁸.

⁴⁵ Véase ley 100 de 1993 "ARTÍCULO 159. GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

"1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas."

⁴⁶ "“No obstante, en providencias más recientes se recogió dicho criterio para considerar que los eventos de responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación del servicio médico de obstetricia no pueden ser decididos en el caso colombiano bajo un régimen objetivo de responsabilidad; que en tales eventos, la parte demandante no queda relevada de probar la falla del servicio, sólo que el hecho de que la evolución del embarazo hubiera sido normal, pero que el proceso del alumbramiento no hubiera sido satisfactorio constituye un indicio de dicha falla...” Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, exp. 16085, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

⁴⁷ "La historia clínica es un documento de vital importancia, en muchos sentidos. Si tuviéramos que escoger en cual sentido su importancia es mayor, siempre nos quedaríamos cortos, volaríamos de la asistencial, a la investigativa y docente; pero como veremos a lo largo de esta exposición, la importancia como instrumento probatorio llamado a formar parte vital del expediente en los procedimientos de medios alternativos para la solución de conflictos médico-paciente, conciliación, mediación, arbitraje, y como medio probatorio dentro de un proceso legal, ya que en ella se encuentran plasmados todos los actos realizados por el médico tratante y los especialistas del caso concreto; del mismo modo interviene el personal auxiliar para hacer constar el tratamiento que se le suministra al paciente durante su hospitalización en la institución médica, y/o consulta particular." GARCÍA León, Rosalía "El papel de la historia clínica en la solución de un conflicto de Derecho Médico-Sanitario" en: A.A.V.V. "Derecho Médico Sanitario" Vol. I, Ed. Universidad del Rosario – Colección textos de jurisprudencia, Bogotá, 2008, pág. 268.

⁴⁸ "Es verdad que siendo la prueba la demostración de la verdad de un hecho, y siendo la demostración siempre un análisis, el proceso probatorio es, por su naturaleza analítico; pero una vez que el proceso probatorio se ha cumplido, a la mente del juez le es dado obtener su resultado, sin seguir en sus grados el proceso demostrativo; bajo tal aspecto la prueba, y de modo especial la prueba evidente, integra una síntesis, porque reúne en una medida mental los elementos probatorios singulares.

"(...) Así pues, donde la razón humana aprecia la evidencia, tiene un criterio suficiente para afirmar que allí está la verdad. Así como el rostro suficiente para afirmar que allí está la verdad. Así como el rostro al alma, así la evidencia es el semblante de la verdad... Es deplorable tanto el comportamiento de aquel que, sin pruebas, cree en la existencia de un hecho, como el comportamiento de aquel que no encuentra nunca suficientes los elementos para afirmar la existencia del hecho mismo... La prueba es un instrumento para la búsqueda de la verdad que, como tal, no sólo debe ser apropiado al fin de alcanzar, sino que debe ser también manejado perfectamente por quien lo emplea, para que pueda cumplir, sin engaño, su obra. No es suficiente que el juez sepa enumerar los elementos singulares de prueba, que sepa pasarles revista, en forma más o menos ingeniosa; es necesario que lo sepa apreciar como convenientemente y, sobre todo, que sepa captar el nexo no exterior

Volviendo al asunto del epígrafe, y hechas las aclaraciones conceptuales alusivas a la historia clínica, de las cuales emana el rigor y celo que debe estar presente en el diligenciamiento del historial clínico, en todo caso resulta nítido que la Clínica de Maternidad Rafael Calvo también fallo en eso, pues hay evidencia de las irregularidades en que incurrió en el manejo de la historia clínica, derivando indicios.

Frente a este tópico debe ponerse de relieve también la actitud negligente y la conducta procesal desobediente asumida por las demandadas, a quienes se les exigió en el auto admisorio de la demanda⁴⁹ (según la obligación que impone el parágrafo 1º del artículo 175 de la ley 1437 de 2011) la copia íntegra y auténtica de la historia clínica, **junto con su transcripción completa y clara**, so pena de incurrir en falta gravísima (tal cual lo impone el precepto normativo). A dicha orden se hizo caso omiso, y de ahí que, como lo impone el artículo 280 de la ley 1564 de 2012, en armonía con el 241 ídem, emerja el deber de calificar dicha actitud para deducir de ella indicios.

Se corrobora pues, a partir de todo lo dicho, un aspecto que viene a ser fundamental para el sentido de la decisión, y es que está plenamente demostrado que el embarazo fue un embarazo normal, pues con esto están de acuerdo también los médicos ginecólogos traídos por la Clínica Maternidad Rafael Calvo que tuvieron la tarea de atender el proceso de parto de la víctima, quienes, al unísono arguyeron categóricamente que se trató de un embarazo que no presentó ninguna complicación en su etapa formativa y que se desarrolló normalmente. Es más, haciendo referencia al proceso de parto en todas sus etapas, convergen en que no hubo ninguna situación de la que se pudiera sospechar riesgo.

De ello se excluye al Doctor BARRIOS NASSI, quien definitivamente no se puede tener como testigo de los hechos (aun cuando fue citado con ese

sino íntimo que los une. Los datos singulares deben, pues, ser valorados bajo un doble aspecto: por sí mismos y en relación a los otros elementos; lo que significa buscar la conexión con sus causas y con sus efectos; trabajo que es producto de la lógica de indagador. No sin razón afirmaba Gioberti que "el criterio de la verdad es su conexión lógica con el resto"; y que "la certeza plena nace del perfecto y recíproco enfrentamiento y comparación de los antecedentes y de los consecuentes." La evidencia, más que de la abundancia de los datos probatorios, se produce por la intimidad del nexa que los reúne y por la facilidad de aprehensión de la vinculación, en forma que permita valorar el hecho de modo rápido y seguro, y casi dominarlo.

"(...) Es por esta razón por la que Galileo afirmaba que "una experiencia manifiesta basta para enervar mil razones, y mil razones no bastan para hacer una experiencia verdadera."" BRICHETTI, Giovanni "La evidencia en el derecho procesal penal", Ed. Ediciones Jurídicas Europa – América, Buenos Aires, 1973, pág. 10, 39, 40 y 129.

⁴⁹ Véase folio 68 a 69 cuaderno principal No. 1

objeto), a excepción de una circunstancia fáctica que si interesa a la Sala y que tuvo que ver con el grave estado en que encontró a la paciente cuando fue remitida a Gestión Salud después de su proceso de histerectomía, de lo que si fue testigo.

La descalificación del testimonio del Doctor JAIME JOSÉ BARRIOS NASSI, se explica porque habiendo sido decretado su testimonio con el objeto de manifestar lo que le constara respecto a la atención médica dada a la víctima al haber hecho parte del equipo que la atendió durante su estadía en clínica La Maternidad Rafael Calvo, refirió que solamente tuvo contacto con la victima cuando ya le habían hecho la cirugía para salvarle la vida.

Su declaración en gran parte se limitó a rendir opinión pericial, es decir, se degenero el objeto de la prueba.

"No estuve en el tratamiento de la paciente en sí, ni el procedimiento pero la atendí en su seguimiento mientras que se trasladaba a la UCI"

Sobre la atención y estado después de la histerectomía realizada refirió que la valoró después del procedimiento quirúrgico que se le realizó y estando en sala de recuperación del quirófano, anotando el regular estado general de la paciente, y subrayando el mal pronostico con pocas posibilidades de recuperación cuando ingreso a GESTION SALUD.

La Doctora JANETH MARIA CORBACHO CONTRERAS, se recuerda, quien atendió por urgencias a la víctima el 11 de mayo del 2012 y le dio de alta con impresión diagnóstica de parto y embarazo de 40,2 semanas, aun cuando esta había llegado remitida para inducción de parto, se esmeró por explicar a la audiencia el proceso de parto en todas sus fases, haciendo énfasis en que no existió retardo en la atención y cuando la parte consultó por urgencia no estaba en fase activa del trabajo de parto, por eso dio el alta. Refirió:

*" de lo que pude enterarme de la historia, la paciente consulto a la institución donde laboro o presto mis servicios de obstetricia, en un turno, con una embarazo de una paciente de 27 años, **con un embarazo aproximadamente a término de 38 semanas**, consultaba por dolores de parto, encontrándome en el turno se le hace la evaluación respectiva con su anamnesis, su historia clínica, la paciente en el momento cursaba con un embarazo a termino con un feto vivo y en parto, ósea un inicio al trabajo de parto, se le hizo todo a su historia clínica de ingreso, bueno aclaro, no ingreso como tal, se le hizo el triaje, se le evaluó el triaje, se le hizo una prueba de bienestar fetal la cual estaba acorde a la edad gestacional y al bienestar en que se encontraba el producto y la materna, se le dio salida o **le di salida a la paciente porque estaba en un parto**,*

Radicado: 13-001-33-33-006-2014-00271-01
Demandante: ALEXANDER CUADRO VASQUEZ Y OTROS

a los tres días reingresa a la institución en trabajo de parto, desencadena su trabajo de parto **y tuvo como una complicación materna por lo que me pude enterar, una hemorragia posparto** la cual fue resuelta, pero con una agravante que a la final falleció la paciente"

"no estaba con compromisos perinatales en el momento y se devolvió a su casa porque la paciente no estaba en franco trabajo de parto"

"dentro de las pruebas de bienestar fetal, no solo está la ecografía, está el perfil físico, el dopler, el monitoreo, si sé que se le hizo un monitoreo"

Inquirida por la representación de la CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO, informó:

"se considera que el embarazo esa a término desde las 37 semanas hasta máximo la 42, antes de las 37 semanas en un embarazo pretermino, más de las 42 es un posttermino, **la edad promedio del embarazo es a las 39 semanas**,, el trabajo de parto tiene fases, la primera fase es el preparto o la fase en la que la paciente comienza a percibir y a sentir la contractilidad uterina o los dolores de parto, los cuales se van incrementando al transcurrir del tiempo y las horas, esto que va haciendo, desencadenando en si el trabajo de parto, dándose consigo la dilatación y el borramiento o los cambios a nivel del cuello uterino, la progresión del producto ya encajándose en el estrecho superior de la pelvis hasta el expulsivo, en una primigestatne el trabajo de parto desde una fase activa, que es cuando inicia la fase activa del trabajo de parto esta de los tres centímetros en adelante ya casi cuatro centímetros con un borramiento de un 80% en una estación casi cero, ese tiempo puede durar de dos horas hasta doce horas, en una multípara, tiene de dos hasta doce horas, ocho horas, un promedio de cinco horas, todo depende de la contractilidad uterina de la contractilidad uterina con que la paciente ingrese o este desencadenando este trabajo de parto, o sea que nosotros podemos esperar desde un día hasta tres días y una vez que inicie la fase activa pueden transcurrir hasta doce horas"

Sobre las causas de una atonía posparto relato:

"una atonía uterina posparto tiene mucha causas, las cuales están dadas de acuerdo a la condición de la paciente, a la paridad de la paciente, al producto y el tiempo del embarazo, una atonía puede darse en un embarazo general por la sobre intención de las fibras uterinas, puede dar en aquellas pacientes desnutridas, anémicas, en una condición musculo esquelética no adecuada, pacientes entre más número de hijos, mas multíparas, más riesgo de atonía uterina, entre toda las causas principales"

Preguntada sobre la utilidad de la evaluación del riesgo biopsicosocial informo:

"El riesgo biopsicosocial en la historia clínica es la evaluación que se hace en el control prenatal en el primer nivel, es donde se hace la clasificación del riesgo entre un embarazo de bajo riesgo a un embarazo de alto riesgo, que se tienen en cuenta, todas

las condiciones maternas, entorno familiar, cónyuge, en si el apoyo familiar, apoyo económico, se tiene en cuenta la condición física de la paciente, el tipo de embarazo y esto nos va a predecir, las probabilidades o los resultados perinatales y maternos que vamos a concebir en el momento del parto"

Respondió al a quo sobre el control prenatal:

*"ella nos manifiesta que las consultas no fueron las satisfechas, la paciente debe tener por lo menos , en un control prenatal, uno por trimestre con primer nivel, tres de obstetricia segundo nivel, si ella ha sido catalogada como alto riesgo, puede tener controles de mensualidad con el obstetra y periodicidad más seguida de acuerdo al riesgo del embarazo o lo que se desee continuar supervisando para el momento del parto, cuando ellas llegan al servicio de urgencias vienen referida del primer nivel, deben de traer **por lo menos 7 controles prenatales promedio.**"*

Interpretando el folio 161 del cuaderno No. 1, es decir, aquellos datos que al parecer fueron tachados y enmendados, si se comparan con lo anotado en el folio 50 ídem sobre el control prenatal y su citas, explicó que la paciente es era una paciente "gravedad 4, partos 1 en el momento del ingreso, abortos 2, paciente multípara de 27 años, ingreso en una fase con 3 centímetros 70% menos uno, esto es una fase latente en el trabajo de parto, de la fase latente a la fase activa pueden ocurrir hasta dos horas, en la fase activa la paciente puede llevar de cinco hasta doce horas, en la fase activa al expulsivo puede ocurrir de 25 hasta 60 minutos, actualmente esta revaluado porque puede durar un expulsivo hasta dos horas 45 minutos y el alumbramiento puede darse mínimo en 30 minutos y hasta dos horas que ya es la última fase del trabajo de parto, o sea que en si un trabajo d parto puede durar hasta 18 horas promedio, variando; en esta paciente que ya ha tenido un hijo, la fase latente se espera que sea más corta incluso la fase activa no debe durar un trabajo de parto más de 8 horas porque llegó con buena actividad"

Interpretado el folio siguiente y preguntado sobre cuanto duro el trabajo de parto y si fue consecuente con las guías de manejo respondió:

"el producto peso 3400, o sea que la capacidad del producto a relación de la pelvis con la pelvis que calcularon, la dejaron en observación con una pelvis adecuada, la paciente tendría que ser una pelvis menor de una pelvis ginecoide promedio, tendría que ser una inadecuada una pelvis pequeña para que el producto no saliese, o sea que este producto por una pelvis promedio salía, el tiempo de parto la paciente ingreso a la institución en fase latente a las 10:30 y su parto fue, a las 15:35, o sea mas de 5 horas, está dentro del tiempo de la curva esperada".

Agregó que fue un trabajo de parto espontaneo, solo asistido, no tuvieron que hacer maniobras y dentro del tiempo.

Explico ante pregunta de la juez sobre la posibilidad de prever la hemorragia que finalizó con la vida de la parturienta que,

*"el trabajo de parto cuando la fibra muscular está cansada está sometido a un trabajo de parto largo, una fase latente prolongada, podríamos pensar de que la contractilidad va a ser más difícil, o sea que en estas cinco horas no se puede prever que va a hacer una atonía uterina porque está dentro de un tiempo estipulado con una capacidad pélvica que el producto salió adecuado, la atonía uterina no está solo por el trabajo de parto, **hay antecedentes en la paciente que no tenemos un buen control prenatal**, por lo que no pudimos evaluar su control en su contexto normal, como una buena dieta, que tipo de dieta lleva, si tuvo una buena dieta, si tuvo micronutrientes, **si hubiese tenido un mejor control uno ve mas el riesgo, lo evalúa mas**, cuando ya ella llega la institución es difícil evaluar esta historia, la paciente tiene antecedentes de dos legrados anteriores, pero esta mas sujeto a que nos haga un acretismo que una atonía, la paciente no tenía acretismo, su placenta expulso en un tiempo prudencial normal".*

Sobre la época de la atención brindada por ella respondió (mirando el folio 165 ídem):

"... la paciente por las semanas que están aquí extrapoladas no está en un trabajo de parto de un embarazo prolongado, esta con 40.2, dentro de las semanas que se consideran normales, ingreso en parto, se puede esperar hasta una semana en un parto, pero ella no tenía ni cambios que dijeran que estaba en una fase activo, o sea que no tenía indicación para paciente estar hospitalizada, cuando se hospitaliza o se deja en observación la paciente, cuando ingresa en el trabajo de parto en fase activa, en el parto a ellas se les indica como sospechar que ya está en un trabajo de parto activo para re consultar a la institución o a una institución en la que le quede más cerca de su vivienda, pero la paciente aquí llegó a su parto se devuelve y se devuelve con un monitoreo fetal, lo que nos habla que tiene un buena variabilidad, o sea que el feto en el momento no está en estado de sufrimiento"

Ante los interrogantes plantados por Gestión Salud, relató:

*"el embarazo prolongado es el que dura más de las 42 semanas, **aunque esta paciente no tenía un control prenatal**, ella saben, ella calculan en meses, dicen tengo ya 9 meses y no he parido, si lo vemos en semanas nosotros traspalamos las semanas y vemos que si esta antes de las 42 no es prolongado pero cuando ya llega la paciente con un embarazo prolongado ya se toma la conducta, no todo embarazo prolongado es sinónimo de cesárea, yo hago pruebas de bienestar fetal, induzco, en ese caso hay que inducir el parto, inicio con maduraciones cervicales, usamos ciertos medicamentos para madurar el cuello, ya desencadena actividad, hacemos monitoreo fetal, hacemos prueba de tolerancia contracciones y el feto me va desencadenado y dejándose llevar por ese trabajo de parto sin que le afecte su bienestar, la paciente perfectamente puede tener su producto vía vaginal, si yo veo que yo hago esto y*

durante el trabajo de parto se me altera el mecanismo, una de las fases se altera o se prolonga ... se toman conductas"

Negó que la atención haya sido tardía porque la paciente estaba en preparto, a lo que agrego que *"en el preparto ella puede durar 3 días, eso no está sometido a fatiga uterina, esta se da desde que inicia el trabajo de parto en fase activa, es decir después de 4 centímetros y 80 % de borramiento, según las unidades de Montevideo."*

Sobre la información que falta en el cartograma a folio 162 ídem, indicó que ella no participo en esa situación pero acepto que no tiene la información completa y que le faltó graficar al curva.

"al graficar la curva yo veo que el parto es progresivo, en la gráfica, eso se junta, inicia aquí 4 centímetros, busco el centímetro, la dilatación y la estación y yo hago una curva"

"esta curva solo evalúa la progresión del trabajo de parto, lo que me va a decir si la fase en el parto o el mecanismo del parto va siendo progresivo"

Deja muchas conclusiones el testimonio de la Doctora Corbacho Contreras, especialmente cuando se acude a la literatura médica para hacer parangón con sus dictámenes, de donde emerge una clara discordancia en lo que respecta a los términos o fases del embarazo de cara a su oportuna atención, aunado a que se trató de la profesional que dio de alta a la víctima el 11 de mayo del 2012 por considerar que se trataba de un embarazo en etapa de preparto y sin consideración ninguna respecto a la orden emitida por el Doctor RAUL MOGOLLON SAKER Gineco Obstetra que evaluó a la paciente en horas de la tarde de ese mismo día (1:42 de la tarde) y quien remitió a urgencia para la inducción del parto (de ser posible). Sobre el particular consúltese el folio 306 del cuaderno principal No.1

Dicho lo anterior debe anotarse que según literatura médica⁵⁰, la gestación en embarazos con feto único tiene una duración media de 40 semanas (280 días), destacándose que la frecuencia de los resultados neonatales adversos es menor entre embarazos sin complicaciones ocurridos entre las 39 y 40 semanas de gestación. Por esta razón, los proyectos de mejora de la

⁵⁰ <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=81944>

calidad se han centrado, por ejemplo, en la eliminación de los partos sin indicación médica con menos de 39 semanas de gestación.

A nivel de la literatura médica⁵¹, para hacer frente a la falta de uniformidad en las denominaciones, se ha venido recomendando que la denominación de **“a término”** utilizada comúnmente se sustituya por las designaciones: “término temprano” (entre 37 a 38 semanas de gestación), “término completo” al plazo (39 a 40 semanas de gestación), “término tardío” (41 a 41 semanas de gestación), y “posttérmino” (42 semanas de gestación y más allá) para describir con mayor precisión los partos que ocurren en -o más allá- de las 37 semanas de gestación.

Dicho cambio, solamente nominal, ha sido prohijado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno - Fetal que apoyan y fomentan el uso de la denominación uniforme con las nuevas designaciones de edad gestacional por todos los médicos, investigadores y funcionarios de salud pública para facilitar la presentación de datos, prestación de atención de salud de calidad y la investigación clínica.

Por eso se ha intentado entronizar como fórmula de prevención que la denominación de “término” se sustituya por las denominaciones: “término temprano”, “término completo”, “término tardío” y “posttérmino” para describir con mayor precisión los partos que ocurren en o después de las 37 semanas de gestación.

Así pues, visto el antecedente es razonable concluir que un embarazo como el de la víctima, de 40, 2 semanas para el 11 de mayo del 2012, fecha de la atención brindada en urgencias por la Doctora Corbacho Contreras, no se encontraba en una fase temprana, de ahí que la orden de remisión por urgencias que milita al folio 306 del cuaderno principal No. 1 y en la que se sugiere la **inducción del parto** cobre absoluta relevancia y sugiera retardo, amén de que el trabajo de parto se prolongó hasta el día 13 de mayo del 2012, habiendo sido dejada en observación la víctima para parto vaginal sin ninguna ayuda mecánica, como bien lo corrobora el folio 161 reverso y el 162 ambos del cuaderno principal No. 1, en armonía con lo manifestado tanto por la Doctora Corbacho, como por el responsable de atender el

⁵¹ ídem

alumbramiento (se verá infra).

Ahora bien, se esmeró la testigo en señalar la falta de control prenatal y, ya advertida de la prueba de refutación de ese dicho vista en la historia clínica, el deficiente control prenatal, no obstante, en el expediente hay evidencia de mínimo 8 valoraciones de control prenatal como ya se dejó esclarecido, luego se supera la cifra que ella misma esbozo como el promedio correcto de controles (7).

No se escape de vista que los datos de la valoración de la Doctora Corbacho Contreras son aquellos que se registraron con tachaduras y enmendaduras y que ya determinaron indicios en contra de la Clínica Rafael Calvo, lo que sugiere además que dicha profesional contravino la normativa ampliamente esbozada respecto al diligenciamiento de la historia clínica.

De otro lado, tampoco se soslaye que las conclusiones de la Doctora Corbacho se basaron en gran medida en interpretaciones hechas a un folio de la historia clínica (el folio 161 Cdn. No. 1) que sugiere sospecha de mendacidad por la pugna que surge de la comparación de los datos registrados allí, en lo que respecta a la evolución del embazo, con la que reposa en varios de los otros documentos valorados, que permiten ver que si existió en realidad un buen control prenatal.

El Doctor ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ, fue el ginecólogo que atendió el parto y el que realizó la histerectomía que busco el fin de hemorragia uterina posparto que devino del alumbramiento. Sobre el particular relató:

“se recibe una paciente en la clínica que se encuentra en trabajo de parto, se ingresa a sala de parto, desarrolla su trabajo de parto dentro del tiempo y los parámetros de normalidad, posterior al parto presenta una atonía uterina, la atonía uterina consiste en una sangrado una hemorragia posparto, que es una condición pues grave, se considera que es la primera causa de muerte materna en el mundo, más o menos un 24%, bastante elevada y pues todo lo que esto desarrolla, la paciente inmediatamente presenta la hemorragia, se le inicia manejo farmacológico primero, occitoxina, líquidos endovenosos, metergin (sic), misoprotol (sic), masaje bimanual, compresión uterina, la paciente no mejora la atonía uterina con estas medidas, por lo cual se decide llevar a cirugía, pasa a cirugía, se le realiza histerectomía abdominal subtotal, como está indicado, al momento de la cirugía ya la paciente presenta, digamos que cuando se presenta una hemorragia posparto, se van desencadenando como una serie de sucesos que en la mujer embarazada son un poco traídos en evidenciarse por su mismo estado de embarazo como son el shock hipovolémico, que no se presenta sino en forma ya tardía cuando el paciente pierde un 30% 50% de la volemia (sic), las arterias uterinas más o menos como para tener una idea mueven más o menos un flujo de

sangre entre 500 a 700 cc por minuto, si tenemos en cuenta una mujer puede tener más o menos 3.5 a 4.0 litros de sangre, entonces es un flujo alto, dado ese shock hipovolémico se va a presentar en forma muy tardía, o sea no va a ser inmediato, se van a presentar también otros cambio como es una coagulopatía, entonces se empiezan a consumir todos los productos de coagulación de la paciente, en el momento en que se está en la cirugía se hace la histerectomía subtotal, no hay un vaso sanguíneo que quede sangrando, pero si se evidencia que ya la paciente esa con una coagulopatía instaurada y no hay un vaso que uno pueda decir aquí es donde está sangrando, sino que ya puede haber sangrado por mucosas, puede haber sangrado por encías y por cualquier parte puede comenzar a sangrar al paciente porque no va a haber un control en la coagulación, en ese momento pues se decide que hacer una cirugía de control de daños, se deja empaquetada (sic) la paciente y se cierra, para el manejo de esta paciente se solicita el traslado a la UCI"

Precisó que la atención que él le brindo fue en la Clínica La Maternidad Rafael Calvo, que fue el que solicitó la remisión a la unidad de cuidados intensivos, aclarando que el ingreso a UCI lo autoriza el medico encargado de ella, que no hay ninguna manera de prever el sangrado, que se tienen las medidas para en caso de que se presente brindar todo lo que se pueda hacer, como se hizo, que preverlo en este caso es imposible porque fue una paciente que evolucionó su trabajo de parto completamente normal.

Ante pregunta de la señora juez **respondió que no sabía la causa de la hemorragia que terminó con la vida de la víctima y no explico, siendo el responsable de ello**, porque la falta de información en el en el parto grama.

Lo del Doctor Antonio Javier Fernández no es más que la confirmación de lo que se ha venido discurrendo a lo largo de la providencia y es que se trató de un embarazo normal, controlado, pero que debiendo tener un resultado feliz, terminó en un fatal desenlace, llamando la atención que con el talante intelectual, profesional y la experiencia de los testigos, no hayan dado cuenta de cuál fue la probable causa científica de la hemorragia posparto (atonía uterina) que dio al traste con la vida de la víctima; explicaron con detalle, tanto la doctora Corbacho como el Doctor Fernández la pulcritud de la atención (sin contar con las graves deficiencias advertida en la historia clínica), pero no dieron una sola razón, al menos para comprender porque un embarazo sin ningún tipo de riesgo termino en la muerte de la gestante, no dieron cuenta, en orden a refutar el indicio de nexos causal, cual fue la real causa de la muerte.

Así pues que, se entiende que no puede la Sala se terminante y menos en un área del conocimiento que no es la propia, pero con todo y eso, las herramientas empíricas, así como las legales, doctrinales, jurisprudenciales y

literarias, dirigen a tener como razonable, por las condiciones del embarazo (normal) que bien puede concluirse la responsabilidad de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, al punto que existe certeza de la falla en servicio obstétrico por todas las razones expuestas e indicio de nexo causal, entre el daño y la falla, pues jurisprudencialmente el mismo emerge cuando la parte activa acredita que el embarazo se desarrolló normalmente.

Está plenamente acreditado que el daño tuvo origen en un acto obstétrico, pues la muerte de la señora YINA PAOLA RODRÍGUEZ ANAYA fue el resultado de una hemorragia posparto severa derivada del trabajo de parto, que fue imposible de conjurar aun cuando se le realizó una histerectomía subtotal para tratar de salvar su vida como bien lo anotaron los galenos escuchados en la audiencia y puede verse de la remisión que milita al folio 8 del cuaderno de pruebas No. 1 y de la nota de la Historia Clínica de Gestión Salud que obra al folio 22 del cuaderno de pruebas No. 1

Como bien lo anotó el Doctor el Doctor Barrios Nassi, la paciente egresó de la Clínica Rafael Calvo en regular estado general y con un pronóstico de **pocas posibilidades de recuperación** cuando ingresó a la IPS GESTIÓN SALUD, por esa razón se libera de toda responsabilidad a esta y en tanto no tuvo injerencia en el acto obstétrico que se tiene como causante del daño.

El Hospital Regional de Bolívar solo tuvo la responsabilidad del control prenatal, el que quedó demostrado con contundencia, y su participación en la atención del parto fue ninguna, por lo menos así lo deja ver el expediente, razón por la cual también se libera de responsabilidad.

Como bien se precisó en el acápite normativo haciendo alusión a la responsabilidad por el acto obstétrico y los indicios de falla y nexo causal que genera el hecho de acreditarse el desarrollo normal del embarazo, a la Clínica La Maternidad Rafael Calvo, le correspondía contraprobar o probar en contra de lo demostrado por la parte activa a través de prueba indiciaria, sin embargo, sus pruebas se dirigieron, sin lograrlo a demostrar solo la esmerada diligencia y no el hecho contrario al definido a través de indicio por la demandante.

En razón a todo lo dicho, se **REVOCARÁ** a sentencia apelada para en su lugar declarar la responsabilidad administrativa y patrimonio de la CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C. por la muerte de la señora YINA PAOLA RODRIGUEZ ANAYA

Liquidación de perjuicios.

* Perjuicios morales.

Respecto de la tasación de los perjuicios morales a ser reconocidos en el *sub examine*, se tendrán en cuenta los criterios y reglas fijados por la jurisprudencia de unificación del H. Consejo de Estado,⁵² en la cual se establecieron los topes máximos indemnizatorios para este tipo de eventos.

El concepto se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno-filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 smlmv.

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.

⁵² Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 26.251, M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Actor: Ana Rita Alarcón Vda. De Gutiérrez y otros. Demandado. Municipio de Pereira.

Ver también: Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 27709, M.P. Carlos Alberto Zambrano.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio.

La siguiente tabla recoge lo expuesto:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.

Consecuente con lo anterior y acorde con el *inter tantum* probatorio obrante en el expediente, se encontró establecida la relación paterno- filial existente entre YINA PAOLA RODRÍGUEZ ANAYA (víctima directa fallecida) y los señores **ANGELA REGINA ANAYA TABORDA** y **FIDEL JOSÉ RODRÍGUEZ CARBALLO** (padres de la fallecida), tal y como se observa del respectivo registro civil de nacimiento⁵³; se acreditó además la muerte de la víctima entre otros, con el registro civil de defunción que obra a folio 28 ídem. En igual sentido, se demostró la relación paterno filial entre la víctima fallecida y quienes le sobreviven como hijos, **VANESA ALEXANDRA CUADRO RODRÍGUEZ** y **JHON ALEXANDER CUADRO RODRÍGUEZ**, según se desprende del certificado de registro de nacimiento y registros que militan a folio 29 a 31 ídem, por lo que en tal virtud, se ordenará el pago a cargo de la **CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.** y a favor de cada uno de los citados

⁵³ Ver folio 27 del cuaderno No. 1

padres e hijos de la finada, de una suma equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta sentencia para cada uno.

Respecto a la demandante **ADRIANA PATRICIA RODRÍGUEZ ANAYA**, se acreditó la calidad de hermana de la fallecida, pues demostró ser hija de los mismos padres según el registro civil de nacimiento⁵⁴, razón por la cual se ordenará el pago a su favor de 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta sentencia.

En lo que respecta a **ALEXANDER CUADRO VASQUEZ**, aun cuando se presentó al proceso como esposo de la víctima, no acreditó su estado civil, muy a pesar que incluso se le requirió vía auto para mejor proveer, en vísperas de que aportara la prueba idónea, es decir, el **Registro Civil de Matrimonio**⁵⁵ que diera cuenta del hecho del matrimonio y por ende de su condición de esposo de la víctima.

Tampoco puede predicarse que se haya acreditado relación marital en calidad de compañeros permanentes, pues debe recordarse que esa calidad se tiene, según lo expresa el orden jurídico⁵⁶, cuando se hace una comunidad de vida permanente y singular.

Comunidad de vida es la unión con la finalidad de alcanzar objetivos comunes y desarrollar un proyecto de vida compartido⁵⁷; la singularidad, se traduce en que los consortes no pueden establecer compromisos similares con otras personas, *“porque si alguno de ellos, o los dos, sostienen además uniones con otros sujetos o un vínculo matrimonial en el que no estén separados de cuerpos*

⁵⁴ Ver folio 32 idem

⁵⁵ Sobre el particular véase: *“En ese orden de ideas, indicó que, de acuerdo con el artículo 1° del Decreto 1260 de 1970 “el estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determinada su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley”. De conformidad con el artículo 2° el estado civil de las personas deriva de los hechos, actos y providencias que lo determinan y de la calificación legal de ellos. Los hechos y actos como el nacimiento, el reconocimiento de hijos, las adopciones, el matrimonio, el divorcio, cambio de nombres, defunciones y presunción de muerte, entre otros, deben ser inscritos en el registro civil competente, según lo establecen los artículos 5° y 6° del Decreto 1260 de 1970 y ninguno de estos hechos, actos y providencias sujetos a registro, dice el artículo 106, “hace fe en proceso ni ante ninguna autoridad, empleado a funcionario público, si no ha sido inscrito o registrado en la respectiva oficina, conforme a lo dispuesto en la presente ordenación”. No obstante, esta norma tiene una excepción, cuando advierte: “salvo en cuanto a los hechos para cuya demostración no se requiera legalmente la formalidad del registro”. Es decir, que existen hechos que pueden demostrarse por otros medios de convicción, como los documentos y el testimonio, entre otros.”* Citado en la sentencia veintitrés (23) de octubre de dos mil diecisiete (2017) de Radicación número: 15001-23-31-000-2005-03247-01 (53945), Sección Tercera, Consejo de Estado.

⁵⁶ Artículo 1° de la ley 54 de 1990

⁵⁷ CSJ, SC, 12 dic. 2012, rad. n.º 2003-01261-01.

los cónyuges, esa circunstancia impide la configuración del fenómeno"⁵⁸; la permanencia, debe ser entendida como la conjunción de acciones y decisiones proyectadas establemente en el tiempo, que permitan inferir la decisión de conformar un hogar y no simplemente de sostener encuentros esporádicos⁵⁹.

En ese entendimiento, aparece claro que los testimonios practicados con el propósito de dar convicción sobre este particular (DIANA ANAYA ANAYA y ORLANDO ANAYA ANAYA), no se allanaron al concepto de unión permanente. Ambos, se limitaron a hacer el relato de lo que sucedió, y frente a los tópicos que interesan, en orden a entender consolidada una unión o proyecto de vida entre compañeros, con los presupuestos propios de esta (singularidad y permanencia), no fueron precisos, y aun cuando manifestaron de manera hetera que se trataba de una pareja de esposos, el hecho de no haberse acreditado esa calidad con la prueba que se exige para ello, aunado a la vaguedad de sus afirmaciones sobre el particular, no permiten tener por demostrada la calidad de compañeros permanentes.

Y es que, no puede hacer carrera que, ante relatos genéricos originados a partir del interrogante ¿cómo estaba conformando el grupo familiar?, y dada la respuesta, simplemente nominal, se dé por acreditada tal condición, sin que se sepa de lo que realmente viene a erigir la unión marital entre compañeros permanentes.

Así las cosas y dado que no se acreditó, respecto del señor ALEXANDER CUADRO VASQUEZ, la calidad que lo legitima como perjudicado, se declara su falta de legitimación material en la causa por activa.

*** Daño a la vida de relación:**

Dentro de la nueva reconfiguración dogmática de esta tipología de perjuicio, el concepto de **daño a la vida de relación** (también llamado perjuicio fisiológico) fue recogido por nuestra Jurisprudencia Contenciosa para dar paso a lo que hoy en día se conoce como **daño a la salud**. En efecto, en los casos de daño a la salud, la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso

⁵⁸ CSJ, SC11294, 17 ag. 2016, rad. n.º 2008-00162-01.

⁵⁹ CSJ, SC, 20 sep. 2000, exp. n.º 6117.

Administrativo del Consejo de Estado y por ante su jurisprudencia⁶⁰ ha establecido que no se puede limitar su reconocimiento y liquidación al porcentaje certificado de incapacidad sino que deben considerarse las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima, como por ejemplo los casos estéticos o de lesiones a la función sexual, que difícilmente se consideran constitutivos de incapacidad.

Se abandonó definitivamente la tesis de que solo se ha de indemnizar lo que constituya una alteración grave de las condiciones de existencia y se recuerda que **la indemnización está sujeta a lo probado única y exclusivamente para la víctima directa**, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada, conforme a la siguiente tabla:

REPARACIÓN DEL DAÑO A LA SALUD REGLA GENERAL	
Gravedad de la lesión	Víctima directa
	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40

⁶⁰ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 31170, M.P. Enrique Gil Botero. Actor: Luis Ferney Isaza Córdoba y otros. Demandada: La Nación, Ministerio de Defensa – Ejército Nacional.

Ver también: Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 28832, M.P. Danilo Rojas Betancourth. Actor: Andreas Erich Sholten Demandado: Nación-Ministerio de Justicia y del Derecho-Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-INPEC.

Ver también: Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 28804, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo. Actor: Amparo de Jesús Ramírez Suárez. Demandado: Hospital San Vicente de Paúl de Lorica y otro.

Ver también: Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 31172, M.P. Olqa Mélida Valle de De la Hoz.

Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

Bajo este propósito, el juez debe determinar el porcentaje de la gravedad o levedad de la afectación corporal o psicofísica, en consideración a las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima. Para estos efectos, de acuerdo con el caso, se considerarán las siguientes variables:

- La pérdida o anomalía de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente).
- La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental.
- La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano. - La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.
- La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.
- Excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria.
- Las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado.
- Los factores sociales, culturales u ocupacionales.
- La edad.
- El sexo.
- Las que tengan relación con la afectación de bienes placenteros, lúdicos y agradables de la víctima y
- Las demás que se acrediten dentro del proceso.

Asimismo, se determinó que en casos excepcionales y cuando existan circunstancias debidamente probadas de una mayor intensidad y gravedad del daño a la salud, podrá otorgarse una indemnización mayor a la señalada en la tabla anterior, sin que en tales casos el monto total de la

indemnización por este concepto pueda superar la cuantía equivalente a 400 S.M.L.M.V. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño, con aplicación de las mismas variables referidas.

En conclusión, la liquidación del daño a la salud se efectuará de la siguiente manera:

REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD	
CONCEPTO	CUANTÍA MÁXIMA
REGLA GENERAL	100 S.M.L.M.V.
REGLA DE EXCEPCIÓN	400 S.M.L.M.V.

Con relación a los parámetros anteriores, se aclaró que ellos son excluyentes y no acumulativos, de manera que la indemnización reconocida nunca podrá superar el límite de 400 S.M.L.M.V.

Una vez precisado el concepto, para el asunto de marras, a juicio de la Sala es palmario que no hay lugar a reconocer indemnización alguna por perjuicio a la salud, cuando quiera que la misma se establece exclusivamente para la víctima directa y en tratándose de lesiones personales.

Perjuicios materiales.

Los demandantes deprecaron indemnización por el perjuicio material en la modalidad de **lucro cesante**, no obstante lo cual, las pruebas testimoniales practicadas, únicas que se allegaron con ese objeto, no permiten a la Sala tener por demostrado ese rubro en el estricto sentido que ha sido definido por artículo 1614 del Código Civil, es decir, como la ganancia o provecho que deja de reportarse en el patrimonio de quien dice sufrir el daño.

Lo anterior por cuanto, de viva voz aseguró en la audiencia el señor ORLANDO ANAYA ANAYA, primo de la fallecida y por ende, de quien se esperaba la mayor condescendencia en su declaración para favorecer la causa de los actores, que YINA PAOLA RODRÍGUEZ ANAYA (la víctima) no era la encargada de la manutención económica del "hogar", al punto tal que habiendo hecho un curso para el arreglo de uñas, nunca trabajó en ello; afirmó que se dedicaba a los quehaceres del hogar y que el responsable del gastos era el señor CUADRO.

Así se extrae:

*“igual él se dedicaba a oficios varios, él fue soldado profesional, en el momento del fallecimiento de YINA él se había retirado, había pedido la baja y se dedicó a trabajar oficios varios, tenía una moto donde trabajaba mototaxi (sic) porque igual él no fue bachiller quedó en primaria y uno siempre le colaboraba, mi mamá le colaboraba porque igual quedo sin trabajo **y ella se dedicaba a sus quehaceres de la casa**”*

La señora DIANA ANAYA ANAYA, en su exposición, no entregó detalles suficientes para desvirtuar lo dicho por su primo, pues las ventas por catálogo que refirió, no las calificó como una forma de subsistencia exclusiva, sino como una posible ayuda y en todo caso, no tiene la contundencia para entender que se tratara de un ingreso fijo y constante de quien prodigaba la manutención del “hogar”.

Así pues, no es posible a partir de estos dos testimonios ni siquiera establecer si en realidad existía un ingreso que pudiera tenerse como ganancia frustrada, que si no se hubiese presentado la muerte hubiese seguido su curso normal.

En tal virtud se denegar el lucro cesante suplicado.

No considera la Sala que el asunto envuelva un contexto propio de transgresión a intereses que trasciendan a la humanidad, que traspasen las fronteras del derecho interno o que se entiendan como lesivas de interés y valores diferentes a los meramente subjetivos de las partes del litigio, sin dejar de reconocer lo aciago e infausto del suceso.

Por ello la Sala sostiene que, no es necesario, para garantizar el principio de reparación integral, entendido éste como aquel precepto que orienta el resarcimiento de un daño, con el fin de que la persona que lo padezca sea llevada, al menos, a un punto cercano al que se encontraba antes de la ocurrencia del mismo, despachar medidas de justicia restaurativa (simbólicas o conmemorativas), pues a decir verdad, se trató de una falla que bien puede mirarse como culposa y lejana de la intención de causar daño, que puede escapar también a ese tratamiento que se le viene dando como solución a las violaciones de garantías reconocidas internacionalmente.

2.7. Condena en costas

En virtud de lo establecido en el artículo 188 del CPACA, procede la Sala de Decisión a disponer sobre la condena en costas, bajo los términos previstos en el Código General del Proceso, que en el artículo 365 dispone:

"(...) En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas:

1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.

Además se condenará en costas a quien se le resuelva de manera desfavorable un incidente, la formulación de excepciones previas, una solicitud de nulidad o de amparo de pobreza, sin perjuicio de lo dispuesto en relación con la temeridad o mala fe.

2. La condena se hará en sentencia o auto que resuelva la actuación que dio lugar a aquella.

3. En la providencia del superior que confirme en todas sus partes la de primera instancia se condenará al recurrente en las costas de la segunda.

4. Cuando la sentencia de segunda instancia revoque totalmente la del inferior, la parte vencida será condenada a pagar las costas de ambas instancias.

5. En caso de que prospere parcialmente la demanda, el juez podrá abstenerse de condenar en costas o pronunciar condena parcial, expresando los fundamentos de su decisión.

6. Cuando fueren dos (2) o más litigantes que deban pagar las costas, el juez los condenará en proporción a su interés en el proceso; si nada se dispone al respecto, se entenderán distribuidas por partes iguales entre ellos.

7. Si fueren varios los litigantes favorecidos con la condena en costas, a cada uno de ellos se les reconocerán los gastos que hubiere sufragado y se harán por separado las liquidaciones.

8. Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación.

9. Las estipulaciones de las partes en materia de costas se tendrán por no escritas. Sin embargo podrán renunciarse después de decretadas y en los casos de desistimiento o transacción.

Así las cosas, se condenará a la parte **demandada (CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.)** al pago de las costas que efectivamente se hayan causado como parte vencida y por haberse revocado en su totalidad la sentencia, ordenando al juzgado su liquidación conforme a lo dispuesto en el artículo 366 del C.G.P., incluyéndose en las mismas las agencias en

derecho, en aplicación del acuerdo 1887 de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura.

En mérito de lo expuesto, el **TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR** administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

III.- FALLA

PRIMERO: REVÓCASE la sentencia apelada para en su lugar **DECLARAR** la responsabilidad administrativa y patrimonial de la **CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C**, por la muerte de la ciudadana **YINA PAOLA RODRÍGUEZ ANAYA**, de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa.

SEGUNDO: En consecuencia, **CONDÉNASE** a la **CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.** a pagar a cada una de las personas que a continuación se relacionan, por concepto de perjuicios morales, las siguientes sumas expresadas en salarios mínimos legales mensuales vigente a la fecha de ejecutoria de la sentencia:

ANGELA REGINA ANAYA TABORDA (Madre)	100 SMLMV
FIDEL JOSÉ RODRÍGUEZ CARBALLO (padres)	100 SMLMV
VANESA ALEXANDRA CUADRO RODRÍGUEZ (hija)	100 SMLMV
JHON ALEXANDER CUADRO RODRÍGUEZ (hijo)	100 SMLMV
ADRIANA PATRICIA RODRÍGUEZ ANAYA (hermana)	50 SMLMV

TERCERO: DECLÁRASE la falta de legitimación en la causa por activa del señor **ALEXANDER CUADRO VASQUEZ**, de conformidad con lo expuesto.

CUARTO: EXONÉRESE de responsabilidad a las demás demandadas, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

QUINTO: NIÉGANSE las demás suplicas de la demanda.

SEXTO: CONDÉNASE en costas a la parte **la CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.**, liquídense en primera instancia de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

SÉPTIMO: Ejecutoriada la presente providencia, devuélvase el expediente al juzgado de origen, previas las anotaciones de rigor.

Radicado: 13-001-33-33-006-2014-00271-01
Demandante: ALEXANDER CUADRO VASQUEZ Y OTROS

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Constancia: El proyecto de esta providencia fue debatido y aprobado en la sesión de la fecha -

LOS MAGISTRADOS


ROBERTO MARIO CHAVARRO COLPAS.
(Ponente)


JOSÉ RAFAEL GUERRERO LEAL


LUIS MIGUEL VILLALOBOS ÁLVAREZ

Firmado Por:

ROBERTO MARIO CHAVARRO COLPAS
MAGISTRADO TRIBUNAL O CONSEJO SECCIONAL
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO 001 SIN SECCIONES DE BOLIVAR

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:

f691255054f204f01d6ecff84c4843501df5415c247d2b23c73563f9a82e54f3

Documento generado en 24/11/2020 08:04:25 a.m.

Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>