

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA DE DECISIÓN CIVIL- FAMILIA**



Magistrado ponente: **JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA.**

Acta de decisión número 095

Manizales, Caldas, cuatro de junio de dos mil veintiuno.

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia dictada por el juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, en audiencia llevada a cabo el veintiséis (26) de noviembre de 2020, dentro del proceso verbal de responsabilidad médica promovido por los señores Francia Helena Londoño Ortiz y Julián Alberto Salinas Muñoz, en nombre propio y en representación de su hija menor y en contra de Clínica La Presentación, Caja de Compensación de Caldas Confa, Clínica Versalles S.A. y S.O.S. EPS, trámite al que fue llamada en garantía Liberty Seguros S.A. Expediente radicado con el número 17001-31-03-006-2018-00190-03.

ANTECEDENTES

- En la demanda presentada para promover el referido proceso se solicitó que se declare que la clínica Versalles S.A., clínica de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen, entidad promotora de salud Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S., Caja de Compensación Familiar de Caldas -Confa-, son solidarias y civilmente responsables de los daños ocasionados al señor Julián Alberto Salinas Muñoz, a la señora Francia Helena Londoño Ortiz y a la menor Manuela Salinas Londoño por la indebida atención brindada durante el parto de la menor precitada.

Consecuencialmente, rogó se condene a las demandadas a pagar como indemnización la totalidad de los perjuicios morales y daño a la vida en relación ocasionados a los demandantes, así:

- Reconocimiento de perjuicios morales para la señora Francia Helena Londoño Ortiz en calidad de madre de Manuela Salinas Londoño, en una suma equivalente a cien (100) salarios mínimos mensuales legales

vigentes, como consecuencia de la negligente atención presentada en su trabajo de parto y en la atención de su hija recién nacida.

- Reconocimiento de daños a la vida en relación para la Francia Helena Londoño Ortiz en calidad de madre de Manuela Salinas Londoño, en una suma equivalente a cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes, como consecuencia de la negligente atención presentada en su trabajo de parto y en la atención de su hija recién nacida.
- Reconocimiento de perjuicios morales para el señor Julián Alberto Salinas Muñoz, en calidad de padre de Manuela Salinas Londoño, en una suma equivalente a ochenta (80) salarios mínimos mensuales legales vigentes, como consecuencia de la negligente atención presentada en el trabajo de parto de su señora esposa y en la atención de su hija recién nacida.
- Reconocimiento de daños a la vida de relación para el señor Julián Alberto Salinas Muñoz en calidad de padre de Manuela Salinas Londoño, en una suma equivalente a ochenta (80) salarios mínimos mensuales legales vigentes, como consecuencia de la negligente atención presentada en el trabajo de parto de su señora esposa y en la atención de su hija recién nacida.

Finalmente, pidió se condene a las demandadas en costas y agencias en derecho.

- Luego de la subsanación de la demanda los fundamentos fácticos quedaron así¹:

1. La señora Francia Helena Londoño Ortiz, quien se encontraba afiliada a la entidad promotora de salud Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S, asistió a consulta médica de urgencias el 25 de agosto de 2008 a la Caja de Compensación Familiar de Caldas donde recibió atención del médico Milton Mauricio Abello Calle, consignando en la historia clínica que se trataba de una gestación de aproximadamente 40.2 semanas por amenorrea y 41.2 semanas por ecografía, que al examen se sentían movimientos fetales activos,

¹ Fls. 289 a 308, c.1.

pero sin actividad uterina y le dio de alta con indicaciones de re consulta.

2. La madrugada del 29 de agosto de 2008, la señora Londoño Ortiz presentó síntomas como la salida del tapón mucoso, razón por la cual asistió en la mañana de ese día a la I.P.S. de la Caja de Compensación Familiar de Caldas, donde fue atendida nuevamente por el doctor Milton Mauricio Abello Calle, quien dio cuenta en la historia de un embarazo de aproximadamente 41.6 semanas por amenorrea y 42 semanas por ecografía del segundo trimestre. Al examen físico encontró buenas condiciones generales, membranas íntegras, extremidades sin edemas, y a la bebé neurológicamente sana. Ordenó un perfil biofísico, haciendo la salvedad de que en la entidad Diagnostimed S.A. lo efectuaría después de las 3:00 p.m.

3. Se dejaron notas de enfermería por parte del personal de la I.P.S. de la Caja de Compensación Familiar de Caldas del 29 de agosto de 2008 así:

- A las 12:45 p.m. le instalaron oxígeno bajo cánula, quedando pendiente de remisión para evaluación especializada.
- A las 3:00 p.m. es trasladada en silla de ruedas y con auxiliar a Diagnostimed S.A. para la realización del perfil biofísico.
- A las 4:20 p.m. llegan los reportes que son valorados por el doctor Milton Mauricio Abello Calle quien ordenó la especialidad en ginecología y canalización vena en miembro superior izquierdo, dejando tapón.
- A las 4:30 p.m. la paciente con dos centímetros de dilatación; a través de la Dra. Chamorro en la Clínica Versailles S.A., se definió su remisión.
- A las 4:40 p.m. es trasladada en silla de ruedas en compañía de auxiliar de ambulancia con el reporte del perfil biofísico y monitoreo fetal.

4. Posteriormente, la señora Francia Helena fue trasladada a la Clínica Versailles S.A., entidad que refirió que el motivo de ingreso de la señora Londoño Ortiz el 29 de agosto, es el trabajo de parto de un embarazo de 41 semanas con dilatación de 4 centímetros y que es hospitalizada. En el acápite de tratamiento y evolución se indicó la presencia de "meconio II -III". Al momento de salida su estado es regular; sin embargo, se indicó, por parte del centro de salud, la necesidad de trasladar a la señora Francia Helena nuevamente a un centro de atención de tercer III nivel, merced a la falta de

disponibilidad de quirófano y por carencia de unidad neonatal.

5. A las 09.30 de la noche del 29 de agosto de 2008, la señora Francia Helena es valorada en la Clínica de la Presentación dado que la primigestante presenta un embarazo de 40 o 41 semanas, que se encuentra en trabajo de parto activo, que es remitida por amniotomía en la cual expulsó líquido teñido de meconio II y que este hallazgo fue correlacionado con estado fetal insatisfactorio. Además, el galeno consignó que el líquido es claro y que en ese momento no hay hallazgos clínicos anormales que refiriera un estado fetal insatisfactorio, indicando actividad uterina de intensidad regular sin DIPS (desaceleración temprana), y eco normal. Así mismo, registró que se solicitó servicio de anestesiología.

6. Entre las 10:25 de la noche de 29 de agosto y la 01:30 de la madrugada de 30 del mismo mes, se realizan distintos exámenes y se programa cesárea, es decir transcurrieron más de 3 horas desde que la paciente Francia Helena expulsó líquido teñido de meconio.

7. Realizada la cesárea en la madrugada del día 30 de agosto de 2008, se encuentran la placenta y el cordón teñido de meconio antiguo, "aproximadamente 3-7" (...) "sin complicaciones", procedimiento realizado por los médicos Óscar Rodríguez y el anestesiólogo Dr. González.

8. Posterior a la cesárea se realiza epicrisis en UCI neonatal de la clínica de la Presentación y el diagnóstico fue: asfixia perinatal severa, síndrome de aspiración de meconio, severa dificultad respiratoria y cianosis, falla cardiaca manejada con soporte inotrópico, sepsis neonatal por s. haemolyticum.

9. Resultado de la anterior valoración, se realizaron las siguientes prescripciones y órdenes: hospitalización en UCI neonatal, sonda gástrica, oxígeno, RX tórax portátil, monitoreo, control de líquidos y preparación para ventilación mecánica.

10. En la madrugada de 30 de agosto de 2008, la recién nacida Manuela Salinas Londoño, ingresó a la unidad de neonatología, donde es dictaminada por el pediatra Carlos Alberto Chávez como parto por cesárea, expulsión

prolongada, líquido espeso teñido de meconio APGAR², mal estado general, aspiración de líquido meconio, requerimiento de reanimación, suministro de oxígeno, remisión a UCI neonatal, cuadro de síndrome de aspiración de meconio severo y encefalopatía hipóxica.

11. A las 10:00 de la mañana de 30 de agosto de 2008, la niña Manuela Salinas Londoño fue atendida por la Dra. Lina María Sánchez, terapeuta respiratoria, con presencia, tras auscultación pulmonar de ruido respiratorio con crépitos bilaterales. Se le realizó succión por T.E.T. con abundantes secreciones con tapón de meconio y por boca abundantes secreciones y mucosas espesas.

12. La niña Manuela Salinas Londoño estuvo en la unidad de cuidados intensivos neonatales de la clínica de la Presentación donde fue atendida, valorada, practicados múltiples exámenes y tratamientos entre los días 30 de agosto a 09 de septiembre de 2008.

13. Posterior a esta atención, la menor estuvo en cuidados intermedios entre los días 14 y 18 de septiembre de 2008.

14. El día 27 de enero de 2009, la neonata fue evaluada por fisiatría encontrándose lo siguiente en su historia clínica, antecedentes de parto por cesárea por sufrimiento fetal agudo, APGAR bajo y ventilación mecánica por 9 días. Tuvo broncoaspiración de meconio y presentó hipertensión pulmonar y neumopatía crónica, asfixia perinatal y encefalopatía hipóxica isquémica, con oxígeno 15 días antes de esta valoración, examen dentro de los límites normales y posible otitis izquierda.

15. Posteriormente le fueron realizados exámenes a la menor por la Dra. Claudia Natasha Sinisterra Paz, neuróloga infantil realizándose un monitoreo electroencefalográfico por video durante 12 horas nocturnas, el motivo examen fue la presencia de epilepsia focal idiopática, la cual fue tratada con

² El test de Apgar es un examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, en donde el médico realiza una prueba en la que se evalúan cinco parámetros para obtener una primera valoración simple y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. Si el bebé está en buenas condiciones obtendrá una puntuación de 7 a 10 puntos. Si obtiene de 4 a 6 puntos su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere una valoración clínica y recuperación inmediata. Si es igual o menor a 3, necesita atención de emergencia como medicamentos intravenosos, y respiración asistida. Si la puntuación es 0, es muy probable que bajo un perfecto estudio clínico se le dictamine el estado resolutivo de muerte.

ácido valproico. La interpretación del examen arrojó sueño anormal por frecuente actividad epileptiforme interictal focal sobre regiones centrales izquierdas, con máximo en C3 que propaga hacia regiones temporales izquierdas, sin desorganizar los ritmos de fondo del electroencefalograma.

16. Adujo que las razones por las cuales la niña Manuela Salinas Londoño está sufriendo de "Epilepsia focal idiopática", es reflejo de la situación tan traumática que presentó al nacer como consecuencia de la indebida y pésima atención; malas prácticas atención ejecutadas por las demandadas que desencadenaron un trauma de tal entidad que aún tiene secuelas sobre ella y sobre su familia.

Actitud de la pasiva

- **La Caja de Compensación Familiar de Caldas³** se opuso a lo pedido por la parte actora, propuso medios defensa a los que bautizó: (i) Inexistencia de culpa y por ende de responsabilidad; (ii) ausencia de responsabilidad; (iii) actos médicos acordes a la lex artis; (iv) obligaciones de medio y no de resultado; (v) inexistencia de nexo causal entre los actos médicos ejecutados en Confa y el daño; (vi) hecho de un tercero y (vii) excepción genérica.

- **La Clínica de La Presentación⁴** ejerció su derecho de defensa, se resistió a la prosperidad de las pretensiones de la parte actora y como soporte de su defensa propuso las excepciones de mérito que llamó (i) prescripción extintiva de la acción de responsabilidad civil médica; (ii) diligencia, cuidado y oportunidad en la atención; (iii) inexistencia de nexo causal con el daño alegado y (iv) la innominada.

- **La Clínica Versalles S.A.** se opuso a las pretensiones de la demanda y propuso como medios exceptivos⁵: (i) Caso Fortuito; (ii) responsabilidad del asegurador en el servicio de salud; (iii) acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos; (iv) inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad; (v) obligación de medios y no de resultados, en la atención brindada al paciente; (vi) inexistencia de prueba de falta, omisión,

³ Fls. 356 a 365, c.1.

⁴ Fls. 380 a 392, c.1.

⁵ Fls. 633 a 669, c.1.

negligencia, e imprudencia en el servicio médico por parte de la clínica; (vii) el acto médico realizado por los galenos adscritos a la Clínica Versailles S.A., se cumplió conforme a la lex artis y la discrecionalidad científica; (viii) el equipo médico dispuesto para la atención del paciente no incurrió en error de conducta ni en omisión profesional consecuentemente se propone como excepción la inexistencia de relación de causa efecto entre los actos de los profesionales de la salud y el resultado que pueda haber afectado al paciente; (ix) cobro de lo no debido; (x) exceso de pretensiones; (xi) carga de la prueba de los perjuicios sufridos; (xii) inexistencia y excesiva tasación en los perjuicios; (xiii) la innominado; (xiv) los actos médicos suministrados al demandante fueron oportunos y (xv) prescripción.

• **Por su parte, la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S⁶** pidió la negativa de los pedimentos del libelo introductor fincando su defensa en los medios exceptivos que nominó: (i) Inexistencia de responsabilidad civil y de obligación indemnizatoria a cargo de la entidad promotora de salud servicio occidental de salud s.a. ESP SOS SA; (ii) cabal cumplimiento de las obligaciones del servicio occidental de salud – SOS EPS, en razón a la ley 100 de 1993 y el contrato de prestación de prestación de servicios de salud con la causante; (iii) inexistencia de nexo causal entre el perjuicio alegado por la parte actora y el comportamiento contractual del Servicio Occidental de Salud SOS EPS; (iv) Inexistencia de obligación por ausencia de culpa; (v) el equipo médico dispuesto para la atención del paciente no incurrió en error de conducta ni en omisión profesional, consecuentemente se propone como excepción la inexistencia de relación de causa a efecto entre los actos de carácter institucional, los actos de los profesionales de la salud y el resultado insatisfactorio; (vi) las obligaciones de los profesionales de la salud se reputan de medio y no de resultado; (vii) el régimen de responsabilidad civil médica se rige por la culpa probada de acuerdo al artículo 167 CGP – inexistencia de obligación de responder por ausencia de culpa; (viii) la atención médica brindada se cumplió conforme a la lex artis y la discrecionalidad científico; (ix) no cumplimiento de los presupuestos jurisprudenciales de falta de oportunidad; (x) caso fortuito; (xi) enriquecimiento sin causa; (xii) genérica y otras y (xiii) innominada.

⁶ Fls. 699 a 725, c.1.

• **La llamada en garantía Liberty Seguros S.A.**⁷ formuló los siguientes medios de defensa de fondo con respecto del libelo genitor: (i) inexistencia del daño antijurídico respecto de la Clínica de las Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación de la Santísima Virgen; (ii) ausencia de responsabilidad por parte de la Clínica de las Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación de la Santísima Virgen; (iii) inexistencia de relación causal; (iv) falta de prueba de perjuicios morales; (v) Falta de prueba de perjuicios a la vida de relación y (vi) genérica. A su turno, frente al llamamiento en garantía realizado por la Clínica La Presentación propuso como excepciones: (i) sujeción de las partes al contrato de seguro póliza de responsabilidad civil profesional clínicas, hospitales, sector de salud – Claims made Nro. 216796 y a las normas legales que lo regulan; (ii) exclusión en la póliza de reclamación por daños genéticos; (iii) exclusión por actos médicos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente póliza; (iv) ausencia de cobertura por ocurrencia; (v) límite asegurado; (vi) inexistencia de solidaridad; (vii) deducible a cargo del asegurado y (viii) genérica.

Fallo de primera instancia⁸

El *a quo* negó las pretensiones de la demanda arguyendo que luego de analizar todo el material probatorio no se evidenció una conexión entre la epilepsia focal idiopática y las dificultades que tuvo que superar Manuela Salinas desde su nacimiento, entre estas la aspiración de meconio; por lo cual, la parte demandante incumplió con la carga probatoria de demostrar los elementos volitivos de la acción de responsabilidad pregonada.

Precisó que en un primer momento la falta endilgada a los demandados consistía en que la menor de edad hubiese aspirado meconio, tesis que se descartó; posteriormente, el interrogatorio efectuado por la parte actora se dirigió al hecho de que la cesárea fue tardía.

La última hipótesis blandida por la parte demandante fue descartada por cuanto para el lapso comprendido entre 29 y 30 de agosto de 2008, se evidenció al momento de la cesárea que el cuerpo de la menor, el cordón umbilical y la placenta, estaban llenas de meconio, el cual por su forma y por

⁷ Fl. 24 a 30, c.4.

⁸ Minuto 00:30 y ss. audiencia art. 373 CGP video 2.

estar tan teñidas las estructuras, lógicamente indicaban que esa sustancia hubiera sido de hace varias semanas, es decir, un proceso relativamente antiguo, de manera que no se puede atribuir responsabilidad a las entidades en la atención efectuada a la señora Francia Elena Londoño entre esas calendas, pues el proceso de aspiración venía de tiempo atrás y por tanto, no era imputable a una tardanza en la práctica de la cesárea.

Finalmente, no condenó en costas en razón del amparo de pobreza de la parte actora.

Impugnación.

La parte demandante fincó su alzada aduciendo que en el presente caso se reúnen satisfactoriamente los requisitos exigidos por el artículo 2341 del Código Civil, para pregonar la responsabilidad civil extracontractual en cabeza de las demandadas a favor de los demandantes.

Alegó que existió una deficiente atención en la prestación del servicio de salud a la demandante - en los últimos días del mes de agosto de 2008, pues de la historia clínica aportada como prueba documental en el expediente se desprende que aquella ingresó a la clínica Versailles, por trabajo de parto de embarazo de 41 semanas, donde se indicó puntualmente que había presencia de meconio II y III, de acuerdo a este diagnóstico la paciente requería una atención especial en un centro médico que contara con los servicios de UCI neonatal y quirófanos, lo que se traduce en que la paciente estaba presentando una situación anormal que la hacía candidata a un tratamiento inmediato, de mayor cuidado y en un lugar que tuviera las instalaciones suficientes y necesarias para las posibles complicaciones que se podrían presentar; aunado a lo anterior, la ecografía realizada en la IPS Diagnostimed, de 29 de agosto de 2008, dio cuenta de que el líquido amniótico se encontraba reducido, por lo que esto ya advertía a los especialistas tratantes sobre la situación de alerta en que se encontraba la demandante; quedando demostrado que la condición física de la paciente gestante requería un tratamiento más oportuno.

Agregó que la historia clínica de la paciente contiene apartes muy específicos del sufrimiento fetal de la bebé, del daño presentado al momento

del nacimiento y presencia con posterioridad de convulsiones derivadas del referido sufrimiento; y si bien las declaraciones indicaron que no siempre se presentan estas consecuencias, tampoco se dijo en ningún testimonio ni en ninguna prueba obrante en el plenario que esta situación es completamente ajena al sufrimiento tenido al momento de nacer Manuela Salinas Londoño.

Añadió que el dictamen pericial aportado por la parte actora ratificó que la paciente gestante estaba sufriendo una situación anormal en su etapa de parto y que la bebé igualmente presentaba un sufrimiento fetal severo.

Manifestó que no logró descartarse del todo dentro de la etapa probatoria, que la menor no estuviera en ese porcentaje del 40% de las personas que presentaban a futuro epilepsias por haber aspirado meconio, pues dicha situación no fue descartada de manera contundente.

Por último, refirió que debió analizarse de fondo la situación que han padecido los demandantes pues han sufrido de manera personal el dolor y la angustia de tener una niña que pese a presentar una situación aparentemente normal, esta no es del todo así, toda vez que la menor debe vivir condicionada a un medicamento para tener una normalidad, y que además de todo ese medicamento puede tener unos efectos secundarios severos en su vida y que si bien no se han presentado, puede hacerse en un tiempo.

CONSIDERACIONES

1. Advendrá una sentencia de mérito habida cuenta de que no se observa ningún vicio de nulidad procesal y, de otro lado, los presupuestos procesales no admiten reparo; registrando además que de la conducta procesal de las partes no hay indicios por deducir en los términos del artículo 280 del C.G.P.

Es menester precisar que conforme lo impone el canon 328 del estatuto ritual civil, esta Sala de decisión se pronunciará “...solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley”.

2. Para comenzar diremos que desde hace algún tiempo se ha sostenido, de acuerdo con los conceptos jurisprudenciales y doctrinales encargados de precisar en qué consiste y en qué se diferencia la denominada "Responsabilidad Civil Médica" enfrente de otras especies tradicionales de responsabilidad, que la obligación médica esencial con el paciente (tanto del profesional como de la institución a que eventualmente puede pertenecer), es la de cumplir de manera ética y diligente la labor encomendada, colocando al servicio de éste los conocimientos, experiencia y las reglas y técnicas del arte médico en procura de su salud y bienestar. La responsabilidad médica, como especie de la responsabilidad civil, requiere para su configuración, como regla general, la presencia de tres elementos constitutivos, que son: la conducta culposa, el daño y el nexo causal.

- La culpa se manifiesta en una conducta irregular en la que no está presente la intención de generar un daño, pero que resquebraja los mínimos preceptos de prudencia, conocimiento, pericia y diligencia al acometer la acción, constituyéndose en el presupuesto jurídico necesario para la atribución de responsabilidad; al respecto, la Sala se remite a la sentencia de ocho (8) de agosto de 2011 de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Magistrado Ponente: Dr. Pedro Octavio Munar Cadena. Expediente No. 2001 00778 01; allí se citó la sentencia de 26 de noviembre de 2010. Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01.

- En cuanto al daño, corresponde a las lesiones físicas o psíquicas padecidas por la persona afectada y los consecuentes perjuicios patrimoniales o extra patrimoniales en cabeza no sólo de ésta, sino de sus familiares o personas cercanas; en este punto, la Sala da por reproducidas las sentencias de la H.C.S.J, Sala de Casación Civil, de 30 de agosto de 2010 (Exp. 1999-06826, Magistrado Ponente Dr. Jaime Arrubla Paucar), y de nueve (9) de julio de 2012 (Expediente No. 11001-3103-006-2002-00101-01. Magistrado Ponente, Dr. Ariel Salazar Ramírez).

- Y en relación con el nexo causal, se debe establecer si existió una relación de génesis a efecto adecuada, entre el comportamiento asumido por el médico, paramédico o la institución tratante y el daño padecido por el paciente; para ampliar este concepto la Corporación prohíja lo indicado en

la sentencia de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, de 13 de septiembre de 2002, expediente No. 6199.

3. El sustento de la decisión de primera instancia se fincó, en resumen, en que la parte demandante incumplió con la carga probatoria de demostrar los elementos volitivos de la acción de responsabilidad médica, merced que no se evidenció una conexión entre la epilepsia focal idiopática sufrida por Manuela Salinas y las dificultades que tuvo al momento de su nacimiento. De otro lado, descartó también una demora en la cesárea practicada a la señora Francia Helena Londoño Ortiz pues el proceso de aspiración de meconio venía de tiempo atrás y, por tanto, no era imputable a una tardanza en la práctica de la cesárea. Por su parte, la recurrente sostiene que, a diferencia de lo vertido en la sentencia de instancia, sí se configuraron los elementos axiológicos de la acción reclamada.

Avanzando, corresponde determinar si existe una relación en la prestación del servicio de salud dado a la demandante entre 25 y el 31 de agosto de 2008 y la patología de epilepsia focal idiopática sufrida por la menor de edad Manuela Salinas Londoño y, por tanto, como aduce la censorsa se configuraron los elementos axiológicos de la responsabilidad reclamada.

Pasa esta Sala a estudiar los elementos constitutivos de responsabilidad.

De la actividad médica:

Debe resaltarse que en asuntos de esta envergadura, en los que la ciencia y la técnica juegan papel preponderante ya que, una experticia, para casos como el de ahora, sin ser prueba única y determinante, le permite al juez aproximarse al conocimiento que requiere para definir la litis, pues con ella se puede descubrir el comportamiento, tanto del galeno, como de las instituciones que contribuyen a la prestación de un servicio de salud y concluir si se cumplieron las reglas que aconseja la ciencia médica.

En este estado de cosas, se trae en mención lo expresado por la Honorable Corte Suprema de Justicia en sentencia de Casación Civil de 26 de

septiembre de 2006, expediente N° 6878, Magistrado Ponente Dr. Jorge Santos Ballesteros, y según la cual:

"cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia -no conocidos por el común de las personas y de suyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquéllos que la practican- y que a fin de cuentas dan, con carácter general, las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa. En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan pero no ocasionan ...".

Es menester referir que por regla general la historia clínica no es suficiente para acreditar la mala praxis del médico, si es que se quisiera hacer alguna reflexión sobre este aspecto; se necesita más que eso para establecer que lo que allí se consigna es contrario a lo que aconseja el devenir médico para un caso concreto. Por ello, retomando la importancia de la prueba técnica, y haciendo alusión a la historia clínica, dijo también la máxima Corporación, en la sentencia SC003-2018, radicación: 11001-31-03-032-2012-00445-01, del 12 de enero de ese año, con ponencia del Magistrado Luis Armando Tolosa Villabona, que:

"3.4.1. No obstante, denunciándose mal apreciada la prueba documental, únicamente, contentiva de las historias clínicas, de las fórmulas médicas y de la guía de manejo de eventos de cefalea, debe seguirse, a tono con lo señalado por el ad-quem, que en el proceso efectivamente no existía ningún medio distinto, dirigido a determinar si la atención médica brindada a la señora Blanca Margarita Rojas Carreño, durante su paso por las entidades demandadas, el 21 y 22 de mayo de 2003, estuvo conforme a la lex artis.

En otras palabras, la historia clínica, en sí misma, no revela los errores médicos imputados a los demandados. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad médica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son especializados, se requiere esencialmente que las pruebas de esa modalidad demuestren la mala praxis.

Existiendo en la materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que "(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)"⁹.

⁹ CSJ. Civil. Sentencia 183 de 26 de septiembre de 2002, expediente 6878.

Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente citado, "(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)".

Así las cosas, acudiendo al dictamen de la médica especialista en ginecología y obstetricia, Sandra María Vélez Cuervo y aportado por la parte demandante, se tiene como hallazgos relevantes de la historia clínica, los siguientes:

"Clínica Versalles

Agosto 29 del 2008

5:57 p.m., remitida por dolor tipo contracción desde las 2 de la mañana, sin salida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales adecuadamente, monitoreo fetal a las 11:30 que mostró variabilidad disminuida, ecografía con feto único en cefálica con peso estimado de 3464 gramos, dilatación de 4 cm, borramiento 90%, membranas íntegras, se decide dejar hospitalizada en trabajo de parto y se ordena nuevo monitoreo fetal.

7:08 p.m., con actividad uterina expulsión de tapón mucoso, sin pérdidas vaginales membranas íntegras.

7:27 p.m., se realizan amniotomía encontrando líquido amniótico con monitoreo fetal no reactivo, se inició reanimación intrauterina: líquidos endovenosos, oxígeno, uteroinhibición se remite tercer nivel para manejo por no disponibilidad quirófano en el momento y no unidad neonatal para atención integral del recién nacido.

8:07 p.m., cardiopulmonar normal, fetocardia positiva, sin pérdidas vaginales, se coloca monitoreo, se observan descensos de la fetocardia, se informa al doctor Leonardo José.

8:10 p.m., se realiza amniotomía por parte del doctor González donde se obtiene salida de líquido tenido grado 3 y en el monitoreo se observan dos desaceleraciones que no se recuperan fácil, fetocardia de 88 latidos por minuto, se remitirá a la clínica de la presentación, se comenta con facturación pide que llame en 10 minutos.

8:12 p.m., se Comenta situación con familiares, se pide fotocopias de la materna, se llama nuevamente la clínica la presentación donde pide que se llame en 10 minutos mientras averiguan si hay cama en neonatos.

8:14 p.m., paciente comentada en servicio urgencias donde aceptan la paciente y tramitan ambulancia por parte de la línea vida quienes prestan el servicio a la S.O.S, pendiente que recogen la paciente para remisión.

8:15 p.m., se remite paciente en compañía de familiares enfermera, materna con oxígeno movimientos fetales positivos y fetocardia de 110 al momento.

Clínica la Presentación de Manizales.

Agosto 29 del 2008

20:45. Paciente remitida a la clínica Versalles por trabajo de parto en 5 cm, con líquido meconiado 3, con actividad uterina, PA: 110/ 80, frecuencia cardíaca 70 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, frecuencia cardíaca fetal 145 por minuto, abdomen con útero de 34 cm, longitudinal, cefálico, dorso derecho, 3 contracciones en 10 minutos, genitourinario No tacto vaginal. Remiten se refieren 5 centímetros, líquido sanguinolento y verde claro. Con trabajo de parto en fase activa, deciden hospitalizar.

21:30 amniotomía en la cual expulsa líquido meconiado, estado fetal insatisfactorio, RH A positivo, VDRL y VIH negativos, signos vitales normales, con 3-4 contracciones en 10 minutos de 20 segundos, frecuencia cardíaca fetal 150-155 lpm, sostenida, dilatación 6 cm, borramiento del 80%, estación menos dos, membranas rotas, en el momento no hay hallazgos que hagan pensar en estado fetal insatisfactorio, monitoreo con variabilidad disminuida a corto y largo plazo, actividad uterina de intensidad regular sin desaceleraciones intraparto, eco normal, se solicita analgesia y se llama anestesiólogo.

Agosto 30 del 2008

00:15 4 contracciones en 10 minutos de 20 segundos, frecuencia cardíaca fetal 160, dilatación 10cm, borramiento 100% estación cero 1:30 a.m., continúa con buena actividad 4 en 10 de buena duración y buena intensidad, frecuencia 55 por minuto, dilatación 10 cm, estación cero, detención del descenso, expulsivo de una hora y 15 minutos se programa cesárea.

Nota de cesárea: Diagnóstico prequirúrgico embarazo 41 semanas, expulsivo prolongado, detención del descenso, recién nacido femenino, placenta cordón tenido de meconio antiguo Apgar 3 y 7 no describen complicaciones.

8:45 paciente postoperatorio de cesárea segmentaria por detención del descenso, expulsivo de una hora y 15 minutos, en aparentes buenas condiciones generales signos vitales normales, útero bien contraídos sangrado vaginal escaso, adecuada evolución.

Agosto 31 del 2008

7:30 asintomática presión arterial 120/60, frecuencia cardíaca 70 por minuto, cardiopulmonar normal, abdomen con herida quirúrgica en buen estado, útero contraído, se decide alta y control en una semana.

Nota del bebé

En UCI neonatal del 31 de agosto del 2008, de terminó con peso adecuado para la edad gestacional, asfixia perinatal, aspiración de meconio, síndrome de dificultad respiratoria, encefalopatía hipóxica 1.

Estancia en UCI con soporte ventilatorio invasivo, soporte inotrópico y nutricional en estado crítico.

Epicrisis de neonatos dice nacimiento por cesárea con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, se traslada unidad de neonatos por malas condiciones, severa dificultad respiratoria y cianosis, radiografía compatible con síndrome de aspiración meconial, se maneja en ventilación mecánica con poca mejoría, se administra el surfactante con mejoría, falla cardíaca manejada con soporte inotrópico, la evolución fue favorable, reporte de hemocultivos positivos para scn, se inició manejo con vancomicina, se logra extubar el 9 de septiembre con buena tolerancia, se trasladó a cuidados intermedios para continuar manejo.

Diagnósticos encefalopatía hipóxica, síndrome de aspiración de meconio, asfixia perinatal, severa sepsis neonatal tardía.

En cuidado intermedio recibe tratamiento antibiótico por sepsis neonatal por estafilococo - hemolítico, con buena evolución, tolero avance de nutrición enteral y finalizó vancomicina y Ceftriaxona, TAC cerebral muestra hipodensidad ganglio basal izquierdo. Fue trasladado nuevamente a cuidados intermedios por empeoramiento de cuadro respiratorio manejado con oxígeno suplementario y salbutamo, reporte de hemocultivo positivo para estafilococo epidermidis, se inició vancomicina con buena evolución y mejoría clínica, se traslada cuidados básicos para control y manejo".

La perito, luego de analizar la historia clínica concluyó:

"En la historia clínica analizada se evidencia un cuadro de desaceleraciones fetales (no cuento con este monitoreo para realizar análisis), asociado a la presencia de meconio, y se ordenaron las medidas de reanimación en útero y la remisión a una institución de mayor complejidad.

En la institución de referencia no se detectaron alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, según las notas siempre tuvo frecuencias en rangos de normalidad sostenidas.

Posteriormente se describe un síndrome de aspiración meconial (tema que profundizaré más adelante en este informe)

Las conductas tomadas en la clínica Versailles y la clínica La Presentación están acordes a recomendaciones de las guías para esa fecha, según los hallazgos clínicos evidenciados".

Además, dentro del dictamen aportado por la parte actora, se tienen como preguntas y respuestas relevantes:

"4. Según estadísticas ¿Con qué frecuencia, tratándose de embarazos normales, se encuentra meconio en el líquido amniótico? ¿Existen clasificaciones o niveles para determinar la cantidad y tiempo del meconio? ¿Cuál es el pronóstico o la expectativa de los bebés con meconio en el líquido amniótico? ¿Es posible que se causen daños permanentes? ¿Cuáles? ¿Cuál es el procedimiento y el tiempo para ejecutar los protocolos médicos aplicables en caso de detectar meconio en el líquido amniótico? ¿Cuál es el tiempo en el que se considera que un meconio es "antiguo" (pág. 3- Parte 4)

RESPUESTA: El hallazgo de una tinción verdosa o amarillenta del líquido amniótico ocurre entre el 10 y el 20% de los partos a término, y se produce por la liberación de meconio desde el intestino fetal.

El meconio se observa con una frecuencia que varía en función de la edad gestacional, oscila entre el 10 y el 20% de todos los partos. Es menos frecuente antes las 38 semanas y mucho más después de las 42 semanas.

Durante años se ha intentado relacionar la existencia de meconio en el líquido amniótico con resultados perinatales adversos. Sin embargo, dada la subjetividad que conlleva la valoración de la intensidad del meconio inter e intra observador ha sido una labor compleja. La tinción meconial del líquido amniótico es una situación que alerta siempre al obstetra, ya que sin ser un signo cierto de pérdida del bienestar se encuentra con frecuencia situaciones de resultado perinatal comprometido, incluyendo casos de sepsis neonatal, parálisis cerebral y síndrome de aspiración meconial.

La presencia de meconio es un signo sumamente falaz que sólo tiene un valor orientativo y de presunción, en especial cuando aparece en forma de grumos, ya que si está disuelto en el líquido amniótico, confiriendo a éste una coloración verde, significa que su expulsión por el feto data de más de 24 horas, traduciendo un periodo de hipoxia anterior, que pudo haber mejorado o persistir si se encuentran signos cardiotocográficos. (5,6)

La existencia de un líquido amniótico teñido conlleva, además de la posibilidad de que exista o haya existido una situación de hipoxia fetal, y además en este caso, el riesgo de que se produzca un síndrome de aspiración meconial (SAM).

El síndrome de aspiración meconial es un trastorno respiratorio causado por la inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial. La aspiración puede ocurrir antes, durante o inmediatamente después del parto. Ya desde la antigüedad se había

observado una relación entre líquido teñido de meconio y depresión neonatal (8,9)

La presencia de líquido amniótico manchado de meconio ocurre en 12 a 14 por ciento de los partos. El SAM, asociado a la aspiración de meconio en las vías aéreas fetales, ocurre en solo el 11% a 5% ciento de estos neonatos (5). Este ocurre con mayor frecuencia en recién nacidos que son post maduros y pequeños para la edad gestacional (10). La anomalía en el ritmo de los latidos cardiacos fetales se asocia a un aumento de 5,4 veces el riesgo de que se presente meconio en el líquido amniótico. El SAM es una causa importante de morbilidad perinatal, que complica alrededor del 2 por 1000 de todos los partos con recién nacido vivo, el 4 por ciento fallece, constituyendo el 2 por ciento de todas las muertes perinatales (11).

Clínicamente el cuadro puede presentarse como un compromiso respiratorio leve o tan grave que pueda condicionar la muerte del recién nacido.

Clásicamente se consideraba que la aspiración de meconio se producía cuando el recién nacido realizaba sus primeros movimientos respiratorios. Los avances que se han producido en el conocimiento de la fisiopatología de este síndrome revelan que en muchos casos esta complicación no es un efecto directo de la aspiración de meconio, sino que más bien se produce como consecuencia de otros procesos patológicos que se producen durante la vida intrauterina, fundamentalmente relacionados con una situación de hipoxia asfíxia y/o con procesos infecciosos. Los movimientos respiratorios tipo jadeo o "gasping" que puede realizar el feto como respuesta a la hipoxia facilitarían el paso de meconio a los pulmones fetales desde la tráquea. La hipercapnia fetal aumenta la frecuencia de movimientos respiratorios profundos, facilitando igualmente la aspiración meconial, dicho de otro modo, el bebé puede haberse bronco aspirado en útero.

El SAM es difícil de prevenir. Asegurarse de que el nacimiento se produce antes de la 42 semana de gestación puede disminuir el riesgo. Hasta tiempos recientes se recomendaba que el obstetra aspirara la garganta y la nariz del neonato tan pronto como apareciera la cabeza en el nacimiento. No obstante, los nuevos estudios han mostrado que no es útil y la Guía para la Resucitación Neonatal revisada publicada por la Academia Americana de Pediatría ya no lo recomienda. Cuando el meconio tiñe el líquido amniótico y el bebé tiene depresión de funciones, se recomienda que el pediatra succione la boca y la nariz y utilice un laringoscopio y un catéter de succión para extraer el meconio bajo las cuerdas vocales.

Si la situación empeora hasta el punto de que los tratamientos no afectan al neonato como debieran, se recomienda una oxigenación por membrana extracorpórea. Esta consiste esencialmente en un bypass cardiopulmonar. (7)

La hipertensión pulmonar persistente, a la vez que aporta su sintomatología, es una de las principales causas de muerte. La

ocurrencia de una Sepsis que termine en falla multisistémica termina causando secuelas severas y hasta la muerte.

5. *Teniendo en cuenta que en la ecografía de las 10:25 p.m. (PÁG, 18 P.4), se encontró que no había líquido alrededor del feto como consecuencia de la ruptura artificial de las membranas ¿Por qué la cesárea fue realizada 3 horas después?*

RESPUESTA: Después de realizar amniotomía, el hallazgo esperable es que se encuentre que ya no hay o hay poco líquido en la cavidad amniótica, ello no constituye una indicación para cesárea. La indicación de la cesárea fue una detención de descenso durante el expulsivo, y esta se realizó de manera inmediata que se ordenó según la indicación.

6. *¿Qué consecuencias puede acarrear anhidramnios secundario a amniotomía?*

RESPUESTA: La amniotomía realizada durante el trabajo de parto, en la fase activa, se recomendaba en el 2008 para acelerar el trabajo de parto, sin que ello tuviese consecuencias graves.

7. *¿Cuánto tiempo máximo debe transcurrir entre la amniotomía y la cesárea*

RESPUESTA: La amniotomía no es indicación de cesárea. En la literatura no hay tiempos definidos para determinar el máximo de espera después de membranas rotas para terminar la gestación, ya que dependiendo de la edad gestacional en algunos casos estos tiempos pueden llegar a ser muy largos, de incluso varias semanas".

Dentro de los testimonios rendidos, el Doctor **John Jairo Osorio Orozco**¹⁰ ginecólogo oncólogo, trabajó en la Clínica la Presentación aproximadamente de 2006 a 2010, destacó que en la atención prestada a la señora Francia Elena en la Clínica de la Presentación se cumplieron los protocolos, además el centro de salud en aquel entonces contaba con un servicio de urgencias apto, así como obstetricia 24 horas y tecnológicamente dotada de una sala de partos adecuada, quirófanos y área de imagenología, todas idóneas para la atención en neonatología, por lo tanto, la calidad era óptima para el requerimiento del parto y posparto.

Manifestó que como médico obstetra no es posible clínicamente definir si un feto ha aspirado meconio o no por cuanto esto queda marcado en un síndrome grande, en medicina se llama "síndrome de aspiración meconial" y que muchos pacientes pueden presentar inclusive estando en el útero, sin

¹⁰ audiencia de instrucción y fallo, segundo video, min 0:25:00 y ss.

desarrollar trabajo de parto. Que la evaluación que se efectúa a la gestante es establecer su estado general como sus signos vitales, fetocardía, pruebas de bienestar fetal biofísicas y examen pélvico, con lo que se forma un criterio clínico. Pero definir desde antes, desde que la paciente ingresa, si ha habido aspiración de meconio no es posible.

Informó que no existe un nexo directo entre el meconio y las conductas medicas a tomar, dado que el meconio puede estar presente en embarazos muy tempranos antes del término; agregó que, en la literatura médica se menciona que el meconio es un hallazgo que en determinado momento puede ser incidental más no necesariamente estar ligado a la toma inmediata de una conducta.

En cuanto a sí la realización de la amniotomía efectuada en la clínica Versailles era indicación de una cesárea inminente, refirió que no existe ningún vínculo en medicina entre amniotomía y realización de cesárea, que este procedimiento en obstetricia se efectúa para tratar de acelerar el trabajo de parto, pero no es definitorio si se debe efectuar o no una cesárea.

Frente al cuestionamiento¹¹, sobre por qué la bebe al nacer presentó complicaciones como asfixia perinatal, aspiración de meconio, síndrome de dificultad respiratoria, encefalopatía hipóxica y cuál fue la razón, teniendo en cuenta que no había ningún nexo entre la conducta a adoptar en el caso particular de la demandante y el meconio que luego se determinó que se expulsó por el líquido amniótico, destacó en resumen que la explicación del insuceso de la bebé se encontraba en que cuando en el momento de la cesárea, y según lo describió él mismo en el informe quirúrgico, el feto estaba teñido intensamente, así como la placenta y el cordón de meconio, detectando en la unidad de recién nacidos que el feto estaba infectado, tenía una sepsis, por lo que lo más probable fue que ese feto sufrió una infección intrauterina antes de iniciar el trabajo de parto y esa infección que fue dada por un estafilococo le causó un sufrimiento fetal crónico; el feto ante un estado fetal insatisfactorio crónico hizo meconio en la cavidad uterina y se bronco aspiró. Refirió que fue probable, según esa secuencia de eventos que ya venía comprometido semanas antes de que iniciara el alumbramiento; ya

¹¹ audiencia de instrucción y fallo, tercer video.

que, para estar el cuerpo, la placenta y el cordón umbilical totalmente comprometidos con la sustancia, era indicativo de un proceso antiguo de varias semanas antes y probablemente se desencadenó por la infección precedente y que fue diagnosticada por la unidad recién nacidos de la Clínica de La presentación.

Ante el cuestionamiento si era posible tener un acercamiento a lo que probablemente estaba pasando con este feto dentro del útero en el momento del embarazo, puntualizó que era muy difícil, porque si del control prenatal que se le hace el obstetra encuentra un crecimiento fetal, una altura uterina, una fetocardia y un monitoreo fetal normales, se torna muy difícil sospechar que es lo que está pasando al interior de ese útero, porque algunos procesos son crónicos, el feto puede estar sufriendo dentro del útero, puede estar haciendo meconio dentro del mismo, se puede estar bronco aspirando, presentando todas las complicaciones pulmonares y cerebrales como las que tuvo este feto pero muchos de esos procesos fisiopatológicos no se reflejan en los exámenes que el médico está viendo en los monitoreos o en el examen clínico que se le hace a la paciente.

A su vez, la médica gineco obstetra **Nubia Yolanda Chamorro Quiroz**¹² informó que trabajaba en la clínica Versailles desde el año 2008, frente a la inquietud de qué si de acuerdo a los síntomas con los que llegó la gestante para el 29 de agosto de 2008 a la Clínica Versailles, eran indicativos de una cesárea, expuso que para ese momento no había ninguna indicación de cesárea. Era una paciente que inicialmente estaba clasificada como de bajo riesgo, tenía una altura uterina normal, el peso según la ecografía que le habían realizado ese día estaba dentro de límites normales, en posición cefálica (que quiere decir que la cabeza esta hacia abajo), en presentación normal para atender un parto, con 4 centímetros de dilatación; es decir que avanzaba en su trabajo de parto.

Manifestó que la amniotomía se practicó porque la paciente presentaba 5 centímetros de dilatación, cuando le hicieron la misma el trabajo de parto iba más avanzado y para acelerarlo o mirar las características del líquido amniótico y si la paciente tenía un monitoreo no satisfactorio, sin ser

¹² audiencia de instrucción y fallo, tercer video, min 0:30:00.

patológico, se hizo la amniotomía para determinar cómo estaba el líquido amniótico y determinar que conducta se debe seguir.

Afirmó que las 40.6 semanas de embarazo que tenía no son un indicador que refleje la necesidad de una cesárea inmediata, pues incluso se ha adelantado trabajo de parto en embarazos postérmino después de las 42 semanas.

Indicó que no necesariamente cuando se presenta este DIP II en paciente, (caída en la frecuencia fetal), se requiera una cesárea inmediata, pues eso depende de otros factores; lo recomendado es hacer la reanimación *in útero*, si es una gestante que tiene una dilatación muy avanzada, por ejemplo 8 o 9 centímetros se prefiere atenderle el parto, porque ya faltaría muy poco para la atención del mismo y en todo caso depende de muchas circunstancias, si ya con lo de la reanimación *in útero*, con el oxígeno, con hidratación y cambio de posición se recupera el tratante puede seguir vigilando el trabajo de parto.

Ante el interrogante de que en una - de las notas de la historia médica de clínica Versailles, aditada 29 de agosto de 2008, se indicó que a la paciente le realizaron amniotomía encontrando líquido amniótico con meconio espeso, monitoreo fetal no reactivo e inició de reanimación fetal intrauterina, si según el criterio médico y experiencia era necesario la realización de una cesárea de emergencia, destacó que no necesariamente, ya que para eso se hace la reanimación *in útero*; la que se practica en la búsqueda de que el bebé vuelva a recuperar la fetocardia y eso fue lo que se le hizo; acotó que la reanimación *in útero* es proveer a la paciente con oxígeno, líquidos y no significa que haya que salir proceder a una cesárea porque a veces con esa reanimación se presenta recuperación y la fetocardia vuelve a lo normal.

Adujo que una vez practica la amniotomía y evidenciado que la gestante tiene el líquido amniótico con meconio espeso, si bien ello es una alerta para el médico que está vigilando el trabajo de parto, más que algo anormal es una alerta, pero no necesariamente significa que algo esté fuera de lo normal.

Agregó que la afectación del que está por nacer por el meconio es relativa, porque si en un trabajo de parto que sigue su curso normal con fetocardia

estable, el bebé puede nacer bien, sin problemas. Agregó que la presencia de meconio es una alerta, pero no necesariamente significa que tenga una complicación, además el mismo es considerado como algo fisiológico y no necesariamente patológico. Finalmente, consideró que la atención a la paciente realizada en la clínica Versalles fue adecuada, oportuna y pertinente.

El Doctor **Leonardo José González García**¹³, para el 2008 prestaba sus servicios médicos en la Clínica Versalles. Frente al hecho de que a la madre gestante se le efectuó una amniotomía, que reveló que el feto aspiró meconio, manifestó que no es posible afirmar eso, toda vez que la amniotomía es un procedimiento el cual ocurre de manera fisiológica en el momento del expulsivo en general, pero es un procedimiento que se puede realizar de manera anticipada para observar las características del líquido amniótico o para acelerar un poco el trabajo de parto. Que en este caso la paciente estaba mostrando los signos en el monitoreo que podrían sugerir que había una condición que llamado estado fetal insatisfactorio, por esa razón se le realizó la amniotomía, la que consiste en romper las membranas amnióticas, evidenciando que las características del líquido en un líquido meconiado eso no significa que la niña tuviera broncoaspiración.

Agregó que deben evaluar las condiciones completas, es decir, la historia clínica de la paciente y el momento de la atención y estos hallazgos adicionales los va sumando para inferir la necesidad de realizar algún tipo de intervención. Que el procedimiento inicial siempre en estos casos, no solamente en el caso de esta paciente sino en todos los casos es hacer una intervención que se llama reanimación neonatal, que fue lo que se le hizo a la paciente, se hidrató en decúbito lateral izquierdo, suministro de oxígeno.

Refirió que en el momento la clínica no tenía unidad de neonatos y es un niño que independientemente de las condiciones probablemente pueda terminar bien su trabajo de parto o finalizar adecuadamente, pero con esos signos específicos que presentaba era necesario contar con un especialista en neonatología y preferiblemente una unidad neonatal que en esa fecha no contaba la clínica Versalles con ella.

¹³ audiencia de instrucción y fallo, tercer video, min 1:15:00.

Expuso que, si la entidad operaba como un segundo nivel de atención, si tenía las habilitaciones podía prestar estos servicios y estaba autorizado por Dirección Territorial de Salud por lo que se decidió permitir a la paciente. Recalcó que, si mal no recordaba, -- entre el momento en que recibió el turno a las siete de la noche y el momento de referencia, son los trámites administrativos como las esperas que hay que hacer en todas partes infortunadamente. Acotó que a las 8:15 p.m. que salió la paciente para la clínica la Presentación, considera era un tiempo oportuno y hasta donde tuvo conocimiento el bebé salió con unas condiciones estables.

En torno a cuál fue la razón por la que usted el galeno consideró importante la realización de la amniotomía a la señora Francia Elena Londoño, expuso que la razón específica era que la paciente estaba en trabajo de parto, tenía un monitoreo que no era satisfactorio o no era tranquilizador en los términos de hoy. Que como tratante se utilizan todas las descripciones emiológicas desde el punto de vista médico, que en este caso el monitoreo no lo tenía tranquilo, pues es como un electrocardiograma del trazado del comportamiento de la frecuencia cardíaca del feto y con este se conjuga como responde a estímulos y como responde al estrés específico de la actividad uterina, de la contracción uterina.

Explico que cuando el bebé se somete a esas contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca se mantiene con unas características eléctricas normales, se entiende que ese bebé tiene una buena reserva para poder tolerar el trabajo de parto; el monitoreo por la descripción, tenía algún tipo de alteraciones específicas. Cuando eso pasa se tienen que utilizar herramientas clínicas que le permitan ayudar a diagnosticar; la amniotomía temprana es una de esas herramientas, si el líquido está claro es indicador de que se puede estar tranquilo, si el líquido está mencionado de características específicas, se opta por intervenir y anticiparse para garantizarle a la paciente y a su bebe mejores condiciones de atención.

En cuanto a la nota realizada por la doctora Nubia Chamorro con calenda 29 de agosto de 2008, en la que se refirió que 'hoy le realizaron un monitoreo fetal a las 11:30 de la mañana en S.O.S el cual mostró variabilidad disminuida' y otra posterior de enfermería de las 7:15 de la noche, donde informa la

enfermera Sandra Milena García Gallego que 'en un monitoreo fetal realizado la señora Francia Elena Londoño le encontraron DIP II' se le preguntó si estos dos conceptos, la variabilidad disminuida podría causar posteriormente un DIP II en una paciente, en una materna, obteniendo como explicación, por el tratante que no necesariamente la variabilidad disminuida corresponde a una condición llamada estado fetal insatisfactorio, ya que hay muchas causas de variabilidad disminuida. El ayuno prolongado de la madre, la ligera hipoglicemia materna, el sueño fetal, esas cosas pueden generar variabilidad disminuida. Acotando que en el evento de encontrar eso lo que significa es que esa paciente es mejor hacerle un seguimiento más estrecho; entonces, no se puede inferir que va a terminar la paciente directamente en un estado fetal insatisfactorio, en un sufrimiento fetal o en algún compromiso fetal específicamente. Lo que constituye, si es un signo, es una ayuda diagnóstica que me sugiere que debo vigilar más estrechamente.

En cuanto a sí se consideró que, conforme al criterio médico y la experiencia en el área de la ginecobstetricia, en el caso puntual, que la paciente Francia debía ser remitida directamente a la clínica de Presentación, estimó que en las condiciones que reportaba la historia clínica no necesariamente, la decisión dependía de muchas condiciones y características, pues lo ideal sería que todas las pacientes se remitieran, tuviera un sistema de referencia y contrarreferencia adecuado, fluido, rápido, pero aún en la actualidad el sistema de referencia y contrarreferencia del país tiene muchas falencias.

Explicó que incluso centros categorizados como de tercer nivel que deberían tener especialistas durante las 24 horas en todas las áreas, no los tienen.

Expresó que en su criterio, si fue recibida en la clínica Versalles es porque se consideró que las condiciones de atención eran suficientes para brindarle un buen servicio. Que, de acuerdo con el registro de historia clínica, en el momento en que la recibió, a las siete de la noche, encontró unas condiciones clínicas para poder garantizarle un buen resultado materno perinatal, por eso la remitió.

De cara al interrogatorio si podía ilustrar la razón por la cual se presentó una situación de meconio envejecido, informó que es un término antiguo, pero si puede relacionarse con sufrimientos fetales crónicos, con condiciones fetales

que puedan venir de vieja data. Antes se llamaba meconio amarillo, meconio en sopa de arvejas, pero es una descripción semiológica, tipo III lo llamaban también, pero las características del líquido meconiado no son muy precisas para determinar la existencia con la causa de su presencia. Explicó que la evidencia de meconio en el líquido amniótico no es un parámetro 100% seguro para determinar sufrimiento, puede ser de la mitad, que, si hay líquido amniótico meconiado, indicaría que en un 50% el bebé puede tener algún tipo de riesgo, aunado a otros factores como los riesgos de la mamá, la historia clínica y las características del monitoreo.

Explica que, no obstante los hallazgos independientes no son aditivos, es decir no suman, son simplemente parámetros específicos que lo inducen al profesional a tomar decisiones en pro de que se disminuyan los riesgos de eventualidad, ocurre lo contrario que se tenga un líquido amniótico claro, condiciones de normalidad y de repente en el momento del parto haya un abruptio de la placenta y obtenga una complicación. La obstetricia es de medios, no de resultados por tanto importante tener esa sensibilidad para manejo de la paciente.

Concluyó frente a los servicios prestados en la Clínica Versalles que a la paciente se le brindaron las mejores garantías y de acuerdo con el récord de la historia consideró la atención como oportuna.

La Doctora Vilma Cecilia Thomas de Suárez¹⁴, estudió medicina en la Universidad de Cartagena, luego hizo especialidad en pediatría y su especialidad en neumología pediátrica en la Universidad de Costa Rica, en el hospital Nacional de Niños, se pensionó hace 10 años, trabajó en Manizales en la UCI de la clínica de La Presentación, en UCI neonatal no pediátrica.

En cuanto a sí en el caso de la paciente Manuela Salinas al haber presentado esta situación al momento del nacimiento, donde además hay una que indica cesárea con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, se traslada a unidad de neonatos por malas condiciones y severa dificultad respiratoria y cianosis, radiografía compatible con síndrome de aspiración meconial y se maneja ventilación mecánica con poca mejoría, estima que esos

¹⁴ audiencia de instrucción y fallo, cuarto video, min 0:25:00 yssr.

diagnósticos requerían cuidados especiales después de esta situación, en el momento que los presenta y a futuro, a lo que destacó en el momento que los presentó, sí se requirió un cuidado intensivo, por el estado ominoso para el bebé. Arguyó que de no atenderse se podía reportar irreversibilidad o muerte; afortunadamente, a pesar de que es una patología muy grave, si el paciente se recupera, lo hace al 100% y no tiene al parecer, problemas respiratorios posteriormente y es una enfermedad que en buenas manos y bien manejada es muy agradecida.

De los testimonios de puede concluir que: (i) no existe un método certero para determinar la presencia de meconio en el líquido amniótico durante la gestación; (ii) una vez realizada la amniotomía y detectada la presencia de meconio, ello no indica unas condiciones totalmente desfavorables que impliquen un acto urgente como lo pretende hacer la recurrente, pues si bien es una alerta, no es indicativo concluyente de un acto médico que debe abordarse necesariamente, sino como lo dijeron los galenos, ello también dependerá de otros factores que determinen la necesidad de que acto médico se debe realizar; (iii) no se probó que la cesárea fuera un acto urgente como quiera al punto de que se evidenciara una mora y (iv) el meconio detectado al momento del alumbramiento no es un suceso que se hubiese desencadenado en el trabajo de parto sino que venía de semanas atrás por lo cual la presencia de meconio no se dio por una mala praxis médica sino por un evento natural o fisiológico y que en su momento como se dijo no era detectable con plena certeza y (v) el SAM (síndrome aspiración de meconio) es difícil de prevenir por lo cual no puede ser achacable a la conducta de los demandados conforme se evidenció las pruebas traídas a colación.

Avanzando, es preciso tener en cuenta el criterio general consagrado en los artículos 164 y 167 del CGP, en el sentido que quien pretende le sea reconocido un derecho debe acreditar los supuestos que lo edifican, y a quien se le reclama el de certificar los de su excepción o defensa; constituyendo labor del funcionario efectuar la valoración probatoria en conjunto y con la observancia de las reglas de la sana crítica, con la indicación de los razonamientos que le asigne a cada prueba (artículo 176 ibídem).

De esta forma, se concluye que las pruebas allegadas no son suficientes para soportar una negligencia médica; en tales condiciones, al no observarse soporte sólido y fidedigno de que la citada víctima haya sufrido perjuicios imputables a la parte demandada, surge el error craso de falta de prueba; circunstancia que impide el reconocimiento de lo pretendido por la parte actora.

A decir verdad, la parte actora incumplió la carga probatoria que gravitaba sobre su posición procesal de actor pretendiente. En últimas, los medios probatorios no conllevan a una convicción de la generación de un perjuicio, en virtud de que no se colige ni materializa un detrimento que deba ser resarcido.

En consonancia con lo dicho, ningún reparo merece la sentencia, en la medida en que advirtió que la atención brindada a la paciente fue adecuada y oportuna, pues se insiste que ninguna prueba técnica se aportó que conduzca a una conclusión diferente y muchos menos a dar por sentado que la presunta falta de atención o la inadecuada prestación del servicio fuera el detonante de la patología de epilepsia focal idiopática sufrida por la menor de edad Manuela Salinas Londoño. Aquí de lo que se trata ya es de un nexo causal que tampoco se demostró como se evidenciará.

En este punto debe indicarse que la ausencia de la culpa médica tornaría inane el estudio de los demás presupuestos de la acción. Con todo, la Sala considera relevante abordar los demás elementos volitivos de la acción pregonada de cara a que fueron objeto de impugnación, así:

Del Nexo causal:

En este punto, vale traer a colación lo referido por el Doctor John Jairo Osorio Orozco¹⁵ adujo frente a la consulta: "¿un paciente afectado en su época gestacional por aspiración con meconio, con signos de asfixia, luego de nacer puede presentar problemas de epilepsia? En caso tal nos dirá porque... Le preciso, epilepsia local idiopática". Respondió: "no se puede ligar

¹⁵ audiencia de instrucción y fallo, segundo video, min 0:50:00 y ss.

directamente la presencia de meconio en el líquido amniótico y el proceso de epilepsia, porque lo producen múltiples enfermedades que pueden estar presentes inclusive antes del nacimiento y como su nombre lo indica la parte de decir "idiopática" es que el origen es desconocido".

Acompaña el criterio anterior, **la Doctora Nubia Yolanda Chamorro Quiroz**¹⁶ expresó, "La menor, luego de la atención brindada en la clínica La Presentación y pues años posteriores le diagnosticaron una epilepsia focal idiopática. De acuerdo con su experiencia como ginecóloga, como ginecobstetra, ¿este diagnóstico puede ser consecuencia de un sufrimiento fetal por aspiración de meconio?" indicó: "No, no necesariamente, porque la epilepsia tiene muchas causas, hay inclusive personas o niños que se les desarrolla después en la adolescencia, a los 10 o 12 años y no necesariamente es por la atención del parto".

A su vez, **Leonardo José González García**¹⁷, en cuanto al interrogatorio: "¿díganos si la presencia de meconio, o mejor la aspiración de meconio por parte del feto puede implicar que a futuro el bebé padezca de epilepsia focal idiopática?" respondió: "no conozco ningún tipo de relación en ese sentido, el meconio es el (permítame expresarlo así) es el popo del neonato, cierto, es el desecho a través del intestino se produce desde temprano durante la gestación, ocurre de manera fisiológica, va líquido amniótico, se diluye y es deglutido nuevamente por el feto. Lo que pasa es que, va adquiriendo a veces al final del embarazo cuando hay estados de sospecha de alguna condición que puede estar afectando al bebé, se cambia de característica entonces como le decía yo, es una característica que le induce una pensar "bueno, este bebé puede necesitar intervención" de hecho, precisamente la razón por la cual se remitió y por la cual se intervino probablemente tenga que ver con todas las condiciones que rodearon la atención de ese bebé, pero específicamente, que yo conozca, no tengo conocimiento de que el meconio tenga alguna relación con patología futura en el bebé. Distinto es, creo yo, la patología "broncoaspiración del líquido meconial" es una cosa diferente ¿sí? Que ya es del resorte del neonato, del neonatólogo, el especialista en neonatología si hay algún tipo de patología, pero por cierto si

¹⁶ audiencia de instrucción y fallo, tercer video, min 0:30:00 y ss.

¹⁷ audiencia de instrucción y fallo, tercer video, min 1:15:00 y ss.

hay broncoaspiración de meconio como enfermedad después de haber afectación pulmonar en un momento determinado y la secuela si no te la sabría determinar yo con precisión".

La Doctora Vilma Cecilia Thomas de Suárez¹⁸ frente a la consulta: "¿la epilepsia focal idiopática puede ser consecuencia de la aspiración durante la gestación de líquido meconial?" indicó: "no, la epilepsia focal idiopática es una epilepsia con caracteres y con descargas eléctricas documentadas en un electroencefalograma. No tienen nada que ver con la asfixia perinatal como tal, o sea que la asfixia perinatal o la falta de oxígeno o el líquido meconial sea la consecuencia o sea la causa de una epilepsia focal idiopática no es cierto. Porque la epilepsia focal idiopática como su nombre lo indica "idiopática" quiere decir que la causa no se conoce, generalmente se dice que es de preponderancia genética, es un síndrome genético que no se sabe la causa".

En cuanto a la duda de si las presuntas alteraciones en el momento de la atención del trabajo de parto pueden a futuro, hablando de una niña que en este momento tiene 12 años, que su actividad escolar va bien, sin ningún otro tipo de manifestación, puedan aparecer consecuencias originadas en el trabajo de parto ¿eso es posible desde el punto de vista científico, que a futuro un niño pueda tener alteraciones tardías del trabajo de parto? Destacó: "no señor, hasta donde yo sé, yo me puedo equivocar también, pero hasta donde yo sé y a través de toda la experiencia que hemos tenido o que tuvimos mientras ejercimos la pediatría, la neonatología no se expresan o no se confirma aparición de problemas retardados o problemas a futuro. Generalmente cuando hay una asfixia neonatal, dependiendo el tiempo de la asfixia, pues lógicamente entre mayor sea el tiempo que el niño, del asfixiado, mayores van a ser las secuelas, pero, no son secuelas que se van a aparecer en forma tardía en la edad adulta".

Así las cosas, tenemos que la epilepsia focal idiopática, como lo indicaron los profesionales sanitarios no tiene causa conocida, por lo cual no se podría relacionar dicha patología con la atención realizada por los demandados durante el alumbramiento; de ahí que evidentemente no esté acreditado el vínculo causal entre la atención médica y la enfermedad ya mencionada.

¹⁸ audiencia de instrucción y fallo, cuarto video, min 0:25:00.

Empese lo anterior, sostuvo la recurrente que no se descartó que la menor de edad estuviera dentro del porcentaje del cuarenta por ciento de las pacientes que sobreviven a una encefalopatía hipoxico-isquémica (EHI) desarrollarán epilepsia durante la infancia y la mitad de ellos necesitarán medicación para controlar los ataques, si bien la perito Sandra María Vélez Cuervo consignó en su informe dicha información, no es menos cierto que no puntualizó que la menor de edad está dentro de ese porcentaje, por lo cual, no existe prueba o informe que permita inferir con certeza o por lo menos como causa probable de la epilepsia focal idiopática, la prestación del servicio de salud prestado a la demandante entre el 25 y el 29 de agosto de 2008, pues únicamente están los dichos de la impugnante, además debe decirse que ninguno de los testimonios rendidos por los profesionales en el presente asunto apunta a que exista relación entre la epilepsia focal idiopática y la prestación del servicio de salud prestado a la demandante entre el 25 y el 29 de agosto de 2008, merced de al ser "idopática" no tiene se conoce la causa de dicha patología. Con todo en gracia de discusión, si de probabilidad se trata, debe resaltarse que la información contenida en el peritazgo que se itera no es concluyente para el caso en concreto y la probabilidad es apenas del 40 por ciento, ni siquiera del cincuenta por ciento como para edificar una relación causal, por demás solo probable, y sin el porcentaje suficiente como para tener una cercana probabilidad de la relación, probabilidad que por demás se diluye con los testimonios de los galenos que adujeron la evidente falta de conexión entre la patología y el proceder médico.

No está por demás decir que la censora evidentemente pretende una inversión en la carga probatoria, pues, ante la ausencia de un elemento suasorio aportado por la parte actora que enmarque una probable relación entre la epilepsia focal idiopática y la prestación del servicio de salud prestado a la demandante, entre el 25 y el 29 de agosto de 2008, solicita a no dudarle que sea la parte demandada quien descarte que la menor de edad no se encuentra dentro del porcentaje del cuarenta por ciento por el tópico ya mencionado con anterioridad; por lo cual, debe traerse a colación lo referido por la H. Corte Suprema de Justicia que en cuanto al canon 167 CGP expuso: "Aunque en algunas oportunidades esta Sala ha aludido tangencialmente a una supuesta "distribución judicial de la carga de la

prueba", lo cierto es que tal conjetura jamás ha sido aplicada para la solución de un caso concreto; y, finalmente, las sentencias en las que se la ha mencionado se han resuelto –como todas las demás–, dependiendo de si en el proceso quedaron o no demostrados todos los supuestos de hecho que exigen las normas sustanciales en que se sustentaron los respectivos litigios... La distinción funcional de los institutos de 'la carga de la prueba' y del 'deber-obligación de aportar pruebas' permite comprender la razón de ser de cada uno de ellos en el proceso, evitando confusiones innecesarias; y, sobre todo, cumpliendo el objetivo deseado de imponer deberes probatorios a la parte que está en mejores posibilidades materiales de hacerlo, sin afectar en lo más mínimo el principio de legalidad al que sirve la regla inamovible de la carga de la prueba". (Sentencia SC9193-2017, de junio 28 de 2017, M.P. Ariel Salazar Ramírez).

Además en la providencia en cita puntualizó: *"Para la aplicación de la regla de cierre de la carga de la prueba no importa que el interesado haya sido diligente en el suministro de las pruebas o que haya estado inactivo; o que el juez haya impuesto a una u otra parte el deber de aportar pruebas, dado que la única posibilidad que la ley ofrece al sentenciador al momento de proferir su decisión, se enmarca en una lógica bivalente según la cual una vez probados los supuestos de hecho, tiene que declarar la consecuencia jurídica, y ante la ausencia de tal prueba tiene que negar dichos efectos de manera necesaria, sin que pueda darse una tercera opción o término medio entre los argumentos de esa alternativa: tertium non datur"*.

En este orden de ideas, claramente la parte actora no trajo un elemento de juicio que brindara certeza entre la epilepsia focal idiopática y la prestación del servicio de salud prestado a la demandante entre el 25 y el 29 de agosto de 2008, y aún en el evento más benévolo para la parte actora el porcentaje traído a colación: (i) no se indicó que aplicara para el presente asunto; (ii) es menor al cincuenta por ciento la posibilidad como para desprender si quiera sumariamente una relación de necesidad entre los elementos que fincan la responsabilidad y (iii) los profesionales de salud declarantes adujeron hasta la saciedad la falta de relación entre la patología enmarcada de "idiopática" y el servicio prestado, dado que la primera no tiene un origen que brinde certeza del vínculo entre una y otro.

Del Daño:

El señor el Nelson Cruz Buitrago¹⁹ familiar de la parte actora, aclaró que la menor edad Manuela Salinas en la actualidad se encuentra bien, bajo los cuidados de medicina que le prescribieron y tratamiento médico. Que comparte con el grupo familiar de manera normal y se encuentra estudiando en el grado sexto de bachillerato y acotó que actualmente, progenitores de la menor están en buenas condiciones, en sus palabras ‘normales’.

Adujo que realmente lo preocupante son los problemas que podría padecer la menor a futuro, pues en su consideración su nacimiento fue un proceso traumático al igual que sus primeros años de vida, pues por ejemplo la menor estuvo en urgencias constantemente, lo cual conllevó a episodios de tristeza en los padres de la menor.

Expuso que la madre hallaba consuelo por su hija internada y fuera de eso el manejo de la cesárea que también tuvo algunas complicaciones de recuperación. Para Julián Salinas, un padre primerizo asustado, angustiado, triste, lo que afectó un poco el entorno familiar.

Finalmente, agregó que en el octavo año la menor de edad empezó convulsionar y para estabilizarla duró más o menos unos dos años.

A su vez, **la señora Ángela Patricia Londoño Ortiz**, hermana de Francia Elena Londoño Ortiz adujo que en el momento en que nació Manuela fue muy traumático el nacimiento, agregó que no pudo a visitarla durante mucho tiempo por las complicaciones que padeció, acotó que en el 2016 empezó con los episodios de convulsión, en la actualidad, Manuela es una niña que juega, interactúa con otros niños, su vida es muy normal, pero bajo este medicamento que se le suministra constantemente.

Destacó que el señor Julián Alberto se encuentra trabajando está “normal”, su hermana Francia sí adujo que padece crisis de ansiedad, depresión, está con psiquiatra, lo que atribuye a la carga emocional que vivió.

¹⁹ audiencia de instrucción y fallo, quinto video.

Debe precisarse que en el libelo introductor se solicitó la condena por daños morales y a la vida de relación. Frente a los últimos, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, SC5340-2018, Radicación n.º 11001-31-03-028-2003-00833-01, 7 de diciembre de 2018:

"[A] diferencia del daño moral, que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo, el daño a la vida de relación constituye una afectación a la esfera exterior de la persona, que puede verse alterada, en mayor o menor grado, a causa de una lesión infligida a los bienes de la personalidad o a otro tipo de intereses jurídicos, en desmedro de lo que la Corte en su momento denominó 'actividad social no patrimonial' (SC035, rad. n.º 1997-09327-01)".

En este punto, claramente no se demostró el daño a la vida de relación, pues no se indicó de qué manera se afectó la vida social de los demandantes, a guisa de ejemplo, que actividades desarrollaban antes de la prestación del servicio médico y que ahora no pueden desempeñar, es más los testigos traídos por la parte actora dan cuenta que llevan un vida normal, pues por ejemplo el señor Julián Alberto trabaja y la menor estudia; por tanto, se diluye el daño a la vida de relación pues no se demostró que afectación en la vida social tuvieron los demandantes.

Frente a los perjuicios morales Nuestro Máximo Órgano de Cierre de la Jurisdicción Ordinaria²⁰: *"se identifica[n] con la noción de daño moral, que incide o se proyecta en la esfera afectiva o interior de la persona, al generar sensaciones de aflicción, congoja, desilusión, tristeza, pesar, etc."*.

De otro lado, frente al daño moral, si bien se acreditó la angustia de los demandantes por los padecimiento sufridos por la menor, tales como angustia, tristeza, debe indicarse que dichos perjuicios no resultan indemnizables, merced de que los mismo no son atribuibles al proceder de los demandados, que por demás como se indicó, fue conforme a los protocolos médicos para la época del alumbramiento, a más que tampoco existe el vínculo causal entre las actuaciones de los demandados y los padecimientos de la parte demandante.

Acompaña lo dicho las declaraciones del **Doctor John Jairo Osorio Orozco**²¹ quien frente a la pregunta: "Entonces cuando hay un trabajo de parto complicado, hay sufrimiento fetal, hay hipoxia, eso genera (digámoslo así)

²⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo, SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01, 17 de noviembre de 2016.

²¹ audiencia de instrucción y fallo, segundo video, min 0:50:00 y ss.

todo el marco de una complicación, ese como presupuesto. En este caso estamos hablando del trabajo de parto y de la hipotéticas consecuencias que tuvo ese trabajo de parto en la menor Manuela Salinas, los padres de la menor han dicho que es una persona que solo tuvo durante un periodo convulsiones, que ha desarrollado su vida escolar sin ningún problema, que en estos momentos no tiene ningún tipo de alteración neurológica y que la preocupación que ellos tiene es que a futuro vaya a tener consecuencias de un posible mal manejo del trabajo de parto, por su experiencia ¿usted ve factible, posible que a futuro si a la fecha no se han presentado complicaciones neurológicas por un trabajo de la menor, se puedan presentar consecuencias?" absolvió: "La situación que usted me plantea en este momento es casi que nula la probabilidad".

Por su parte, **la Doctora Vilma Cecilia Thomas de Suárez**²² frente al interrogante: "¿podría contarle a la audiencia cuales son las consecuencias posibles de acuerdo a su experiencia en su profesión, de haber aspirado meconio en el momento del trabajo de parto?" Absolvió: "consecuencias a largo plazo no conozco, consecuencias en el mediano plazo y en el plazo prácticamente inmediato pues sí, hay problemas respiratorios con grados variables de dificultad respiratoria, inclusive se describe que el paciente puede morir, pero consecuencias como tal aparte de que es una enfermedad o una entidad muy grave, consecuencias como tal, una vez se resuelve el problema de la asfixia y del manejo de la aspiración no se notan, o no se ven a largo plazo".

Así las cosas, se termina diluyendo cualquier conexión entre los servicios prestados entre el 25 y el 29 de agosto de 2008, a la señora Francia Helena Londoño Ortiz y los sufrimientos padecidos por los demandantes; de ahí que de existir algún perjuicio sufrido por los demandantes el mismo no puede ser indemnizado por faltar la actividad contraria a la práctica médica de los demandados y el nexo de causalidad entre este y el daño.

Corolario: Al no doblegarse la presunción de acierto y legalidad merced de la falta de acreditación de los elementos de la responsabilidad, no encuentra más esta Sala que proceder a convalidar la sentencia de primer grado que

²² audiencia de instrucción y fallo, cuarto video, min 0:25:00 y ss.

desembocó en la inexistencia de los supuestos mínimos para deducir una responsabilidad médica. No se condenará en costas a los demandantes y en favor de la parte demandada merced del beneficio de amparo de pobreza de los primeros (art. 154 CGP²³).

En armonía con lo expuesto, el H. Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, Caldas, en Sala de Decisión Civil Familia, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley

FALLA:

Primero: **CONFIRMAR** la sentencia dictada en audiencia llevada a cabo el veintiséis (26) de noviembre de 2020, proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso verbal de responsabilidad médica promovido por los señores Francia Helena Londoño Ortiz y Julián Alberto Salinas Muñoz en contra de Clínica La Presentación, Caja de Compensación Familiar de Caldas -Confa-, Clínica Versalles S.A. y S.O.S. EPS, trámite al que fue llamada en garantía Liberty Seguros S.A. Expediente radicado con el número 17001-31-03-006-2018-00190-03.

Segundo: **ABSTENERSE** de condenar en costas a la parte demandante y en favor de los demandados, en razón del beneficiario de amparo de pobreza de la parte actora.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA

RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

²³ ARTÍCULO 154. EFECTOS. El amparado por pobre no estará obligado a prestar cauciones procesales ni a pagar expensas, honorarios de auxiliares de la justicia u otros gastos de la actuación, y no será condenado en costas.

Firmado Por:

JOSE HOOVER CARDONA MONTOYA
MAGISTRADO TRIBUNAL O CONSEJO SECCIONAL
DESPACHO 5 SALA CIVIL-FAMILIA TRIBUNAL SUPERIOR MANIZALES

RAMON ALFREDO CORREA OSPINA
MAGISTRADO TRIBUNAL O CONSEJO SECCIONAL
DESPACHO 1 SALA CIVIL-FAMILIA TRIBUNAL SUPERIOR MANIZALES

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO
MAGISTRADO TRIBUNAL O CONSEJO SECCIONAL
DESPACHO 8 SALA CIVIL-FAMILIA TRIBUNAL SUPERIOR MANIZALES

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: **61d68d24ba7dbba8a4f112b5959cfd9c25a2586042483f776e77b5c9492c3e14**

Documento generado en 04/06/2021 01:30:09 PM