

República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

Magistrado ponente

SC292-2021

Radicación n.º 76001-31-03-013-2006-00294-01

(Aprobado en sesión de once de noviembre de dos mil veinte)

Bogotá, D. C., quince (15) de febrero de dos mil veintiuno (2021).-

Decide la Corte el recurso extraordinario de casación interpuesto en nombre del menor **ANDRÉS FELIPE HOLGUÍN LENIS**, representado legalmente por sus padres, **EDISNEHY HOLGUÍN LÓPEZ** y **YAMILETH LENIS PARRALES**, frente a la sentencia proferida el 13 de noviembre de 2015 por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, en el proceso ordinario que aquellos adelantaron contra **SALUD TOTAL S.A. EPS**, los médicos **RODOLFO LEÓN GARCÍA OSPINA** y **OSIRIS JUDITH MARENCO GUETTE** y la sociedad **N.S.D.R. S.A.**, propietaria de la Clínica Nuestra Señora del Rosario, y fue llamada en garantía la compañía aseguradora **LIBERTY SEGUROS S.A.**

ANTECEDENTES

1. En la demanda formulada por EDISNEHY HOLGUÍN LÓPEZ y YAMILETH LENIS PARRALES, quienes acudieron en nombre propio y en representación de su menor hijo, ANDRÉS FELIPE HOLGUÍN LENIS, se solicitó, en síntesis, declarar a los demandados civil y solidariamente responsables de los daños causados a Andrés Felipe y a Yamileth, por efecto de las fallas en el servicio médico que se les prestó, cuya condena concreta se reclamó, así:

PERJUICIOS	PARA ANDRÉS FELIPE	PARA EDISNEHY	PARA YAMILETH	TOTAL
DAÑO EMERGENTE		\$272.763	\$272.763	\$545.526
LUCRO CESANTE CONSOLIDADO	\$6.198.998			\$6.198.998
LUCRO CESANTE FUTURO	\$27.128.623.91			\$27.128.623.91
MORALES SUBJETIVADOS	1000 s.m.l.m.v.	1000 s.m.l.m.v.	1000 s.m.l.m.v.	\$1.144.500.000
FISIOLÓGICO	1000 s.m.l.m.v.			\$381.500.000

2. Para lograr el acogimiento de sus súplicas, los gestores se apoyaron en los hechos que enseguida se compendian:

2.1. A las 11 de la mañana del 3 de abril de 2005, Yalimeth Lenis ingresó por urgencias a la clínica Nuestra Señora del Rosario de Cali, por encontrarse embarazada (41 semanas) y presentar contracciones cada seis o siete minutos, con una duración de 45 segundos cada una, siendo atendida por el doctor Rodolfo García Ospina, quien

previamente escuchar a la paciente, manifestó: *“Todavía estás cruda, vuelve dentro de ocho (8) horas”*, instrucción que reiteró, pese a que ella expresó su temor por *“la inminencia del parto”*.

2.2. La ecografía de control dio como fecha probable de parto el 29 de marzo de aquél año, y el control prenatal efectuado por el galeno Fernando Ángel Pabón, el 11 de marzo de 2005, mostró que el feto estaba en posición transversa, *“lo que auguraba un parto riesgoso”*.

2.3. A las 4:30 del mismo día al que asistió a urgencias la señora Yamileth, empezó a sentir contracciones más fuertes y a expulsar un líquido de color verde oscuro, que le obligaron a ir nuevamente a la clínica, donde fue atendida una vez más por el médico general Rodolfo García Ospina, quien al verla *“meconiada”*, pidió la segunda opinión de su par, Osiris Judith Marengo Guette, por no hallarse un especialista en ginecología u obstetricia, quien compartió la opinión de hacer monitoreo y canalizar la vena con medicamento.

2.4. Antes de proceder con lo ordenado, una auxiliar de enfermería exigió a la paciente y a su esposo realizar el respectivo copago, hecho el cual, la doctora Marengo Guette ingresó a Yamileth a su consultorio, teniéndola allí por un tiempo, y luego de eso la trasladaron a un cuarto piso para monitoreo, donde las contracciones se tornaron más fuertes y seguidas, y se le subió la presión arterial.

2.5. Retirado el monitor por la enfermera, los esposos Edisnehy y Yamileth quedaron solos en el sitio por *“un largo rato”*, y es cuando ella comenzó a *“tener al bebé”*, llegando solo las enfermeras ante el pedido de auxilio y los gritos del cónyuge, las cuales avisan a la doctora Marengo Guette, que al ingresar al recinto hizo un gesto de preocupación, al observar que el niño venía podálico, es decir, sentado.

2.6. Para permitir el alumbramiento se optó por ampliar la dilatación de manera forzada, produciéndose un desgarre en la mucosa vaginal y vulvar de la gestante; el niño, por su parte, nació *“flácido, morado, ahogado, hipotónico, cianótico, arefléxico”*, por lo que se procedió a darle masajes para reanimarlo.

2.7. Habiendo nacido el niño a la 7:10 p.m., por fuera de la sala de parto, la doctora Marengo Guette indicó que *“hay que remitir al niño a un hospital de nivel tres, porque se presentaron problemas de respiración”*, pese a lo cual, el doctor Ricardo Martínez Nido (8:46 p.m.), a cambio de remitir al bebé a una incubadora o a una UCI pediátrica, ordenó que se le pasara para lactancia con la progenitora.

2.8. Expresada la preocupación de los padres porque el pequeño estaba *“morado y frío”*, la mencionada doctora dispuso remitirlo a un hospital de mayor nivel, que con las vicisitudes que se dieron para el traslado, se concretó a la 1:09 a.m. del siguiente día, cuando el niño ingresó a la unidad de cuidados intensivos pediátrica de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, donde la pediatra Ángeli

Ramos C. prescribió *“disfunción miocárdica por la depresión sufrida por la demora del parto, [...] laringo-malasia y una asfixia perinatal”*.

2.9. Luego de egresado el menor de su estancia en el hospital, el 15 de abril de 2005 es valorado por el neurólogo Jaime Quevedo del hospital infantil Club Noel, quien determinó *“retardo psicomotor por asfixia perinatal”*, requiriendo, en consecuencia, tratamiento neurológico; además, al pequeño se le diagnosticó por parte del Instituto de Ciegos y Sordos de Santiago de Cali, hipoacusia severa para frecuencias agudas en el oído izquierdo.

2.10. Con base en los mencionados diagnósticos, la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca determinó para el niño una disminución de sus capacidades, equivalente a un 21.20%.

2.11. Las fallas en la atención médica se presentaron: en el primer ingreso de la gestante, cuando el médico general Rodolfo García Ospina no utilizó ayudas diagnósticas, ni consultó a un especialista en gineco-obstetricia y tampoco la dejó en observación; en el segundo ingreso, cuando los doctores Marengo Guette y García Ospina no atendieron inmediatamente a la paciente, no le hicieron examen físico de tacto para confirmar la posesión del feto y saber si el parto era de alto riesgo, exigir el copago para seguir con la atención y dejar solos en una sala, sin apoyo profesional, a Yamileth y a su esposo; y por último, ante la inexistencia en la Clínica

Nuestra Señora del Rosario, de pediatra y gineco-obstetra permanente¹.

3. En su respectiva contradicción de la demanda, cada uno de los convocados se pronunció de la siguiente forma:

3.1. Rodolfo León García se opuso a las pretensiones y excepcionó: *“Cumplimiento del deber conforme a los protocolos y ética médica”*, en cuyo apoyo argumentó que si se presentó *“algún daño al menor nacido”*, este no le es atribuible, de acuerdo con los hechos relacionados en la historia clínica, donde se indica que el 3 de abril de 2005 ingresó la señora Yamileth al servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora del Rosario, con embarazo a término de 40 semanas y con un feto único en posición cefálica, con buenos movimientos y sin salida de líquido amniótico, dándosele por tanto salida a la paciente con ciertas recomendaciones, y cita para control en ocho horas².

3.2. Osiris Judith Marengo Guette y la sociedad N.S.D.R. S.A. respondieron diciendo que no es cierto lo señalado en la gran mayoría de los hechos, resistiéndose a la prosperidad de las súplicas e invocando como defensas de mérito las que en detalle se anotan enseguida:

(i) *“Ausencia de culpa y causa extraña. La inexistencia de relación de causa a efecto entre los actos de carácter institucional y de los actos del equipo médico, y de la Dra.*

¹ Folios 80 a 95 del c. 1.

² Folios 125 a 132 del c. 1.

Osiris Marengo G. en particular y los resultados insatisfactorios que puedan haber afectado a la paciente Yamileth Lenis Parrales y su criatura”: Soportada en que la atención brindada por el equipo médico de la sala de partos de la Clínica de Nuestra Señora del Rosario no causó ningún resultado insatisfactorio que constituya daño indemnizable a la paciente Yamileth o a su criatura, pues el evento que se evidenció con posterioridad al nacimiento fue imprevisible e irresistible. Además, la valoración de la paciente se dio desde el primer instante en que asistió a consulta, y se apoyó con las ayudas diagnósticas al alcance, y los conocimientos adquiridos y el estado de la ciencia para el momento. La obstetricia, asimismo, lo ha resaltado el Tribunal Nacional de Ética Médica, no puede garantizar resultados, amén de que la denominación “*embarazo sin riesgo no existe*”.

(ii) “*Inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley*”: Se finca en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981, según el cual, “*Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico*”, y se hace consistir en que los procedimientos médicos no fueron, por sí solos, la causa de las reacciones adversas que presenta la criatura al nacer, ya que “*la distocia del parto por presentación podálica corresponde a una complicación que constituye para el equipo médico un fenómeno de difícil previsión*”.

(iii) *“Exoneración por cumplimiento de la obligación de medio”*: se sustenta en que a la doctora Marengo Guette, en el cumplimiento de sus deberes, no le era dable prometer un resultado en su labor, porque en el tratamiento médico hay factores o riesgos considerables, uno de ellos, la distocia del parto, que se torna imprevisible e irresistible.

(iv) *“Exoneración por estar probado que el médico empleó la debida diligencia y cuidado”*: se basa en que el equipo médico involucrado, prestó sus servicios dentro de los lineamientos de la técnica científica, lo que no significa que eventualmente ocurran hechos inevitables.

(v) *“Inexistencia de la obligación de indemnizar por ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad”*: Se centra en indicar que no existió relación de causalidad entre la conducta del equipo médico y la patología presentada por el paciente; en que no hubo culpa en ninguna de sus modalidades; en que se descarta impericia de los médicos tratantes, porque no solo cuentan con los estudios necesarios, sino que el procedimiento adelantado está certificado por instituciones médicas; en que no ocurrió negligencia, en la medida que se aplicaron los conocimientos indicados, sin que se hubiera observado en ningún instante descuido u omisión; y en que mucho menos se incurrió en imprudencia, al disponerse de los medios adecuados para la consecución de un fin.

(vi) “Caso fortuito”: se adujo, en apoyo, que la relación de causalidad se rompió, por la presencia de “*distocia del parto con hipoxia perinatal*”, que superó todo el manejo médico implementado de acuerdo con el estado de la ciencia.

(vii) “*Solicitud exagerada de pretensiones*”: radica en que el daño moral que se reclama no se corresponde con los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia; que el lucro cesante no puede predicarse de quien lo reclama, por no desarrollar ninguna actividad productiva; y que el perjuicio fisiológico o daño a la vida de relación no ha sido admitido por esta Corporación; y

(viii) La innominada: referente a cualquier hecho o derecho que se llegare a probar, y que sea a favor de la parte demandada³.

3.3. La EPS SALUD TOTAL S.A. también se opuso a las aspiraciones de la demanda y a los hechos que la sustentan, y como excepciones de mérito postuló las siguientes:

(i) “*Inexistencia de responsabilidad de la Entidad Promotora de Salud*”, consistente en que su obligación contractual es la administración de los riesgos de su población afiliada, a través de la contratación de instituciones prestadoras de servicios y de profesionales de la salud, razón por la cual no está a su cargo el acto médico, y por lo mismo, no puede responder por este. En ese orden, solo cuando la EPS niegue su función de prestar un servicio

³ Folios 137 a 151, y 187 a 201 del c. 1.

médico, debe responder por los daños que con esa omisión se causen a un paciente, no pudiéndose predicar la existencia de una responsabilidad directa al no existir un nexo de causalidad entre el daño y la función de Salud Total EPS.

(ii) *“Exoneración por cumplimiento de la obligación de medios brindada tanto por el equipo de profesionales de la salud como de Salud Total EPS”*: Soportada en que las condiciones de salud de la madre y de la criatura no tuvieron origen en un acto institucional ni mucho menos en una conducta profesional médica, pues además de que esta fue la adecuada y necesaria, el parto anormal o distócico por la presentación podálica del bebé con hipoxia perinatal, *“sobrevino como un caso fortuito que escapó a toda voluntad humana”*.

(iii) *“Exoneración por estar probado que el equipo médico empleó la debida diligencia y cuidado”*: Edificada sobre la base de que lo sucedido en el parto no fue un hecho de probable ocurrencia, y que a la paciente, en ningún momento, la EPS o la IPS le negaron el control prenatal, siendo la posición podálica del bebé evidente para la doctora Osiris, *“en el mismo momento en que asume la atención médica”*.

(iv) *“Solicitud exagerada de pretensiones”*, y

(v) “*La innominada*”, estas dos últimas basadas en los mismos argumentos esgrimidos bajo el mismo título por los otros accionados⁴.

3.4. LIBERTY SEGUROS S.A., llamada en garantía por la Clínica Nuestra Señora del Rosario, contestó tanto los hechos de la demanda como los del escrito que propició su citación. Igualmente, se opuso a las súplicas del libelo inicial como del llamamiento en garantía, por lo que frente al primero excepcionó de fondo: (i) “*Inexistencia de la obligación*”, (ii) “*Inexistencia de responsabilidad*” y (iii) “*obligaciones de medio y de resultado en medicina*”; mientras que respecto del segundo se defendió invocando: (i) “*Inexistencia de siniestro*”, (ii) “*Enriquecimiento sin justa causa*”, (iii) “*Límite máximo de indemnización*” y (iv) “*Inexistencia de la obligación de indemnizar intereses o sanciones moratorias*”⁵.

4. Adelantado el litigio en esas condiciones, la primera instancia culminó con sentencia del 28 de enero de 2015, que resultó ser favorable a la parte demandante, pues, (i) tuvo por no probadas las excepciones propuestas; (ii) declaró civilmente responsables a los demandados y a la llamada en garantía -en el porcentaje establecido en la póliza de responsabilidad civil- de los perjuicios causados; (iii) los condenó a pagar a Yamileth Lenis Parrales y Edisnehy Holguín López, 100 s.m.l.m.v. por perjuicios morales y 150 s.m.l.m.v. por daño a la vida de relación, y a favor del menor

⁴ Folios 217 a 233 del c. 1.

⁵ Folios 21 a 30 del c. del llamamiento.

Andrés Felipe Holguín Lenis, \$33.327.621 por lucro cesante, y 500 s.m.l.m.v. por detrimento moral; y (iv) impuso costas para los convocados⁶.

5. Inconformes con esa resolución, todos los convocados la apelaron, habiendo terminado el segundo grado de jurisdicción con el fallo de 13 de noviembre de 2015, que revocó en su integridad lo decidido por el *a-quo*, para en su lugar señalar que no están llamadas a prosperar las pretensiones de la demanda y condenó en costas de ambas instancias a la parte demandante⁷.

6. Frente a la prenombrada providencia, los demandantes interpusieron el recurso de casación, que fue concedido en relación con el menor Andrés Felipe Holguín Lenis, por advertir que era el único que contaba con interés para recurrir⁸.

LA SENTENCIA IMPUGNADA

Para arribar a las indicadas determinaciones, el *ad-quem* expuso las consideraciones que a continuación se condensan:

1. Los presupuestos procesales están cumplidos, y no sobre subrayar la responsabilidad solidaria que cobija a los demandados, según precedente de la Corte Suprema de Justicia.

⁶ Folios 693 a 706 del c. 1.

⁷ Folios 104 a 128 del c. del Tribunal.

⁸ Auto del 7 de diciembre de 2015, folios 132 a 134 del c. de la Corte.

2. La controversia sometida versa sobre la responsabilidad civil, y de acuerdo con los elementos doctrinales y jurisprudenciales -citados puntualmente- le corresponde a la parte actora, para alcanzar lo deprecado, probar el contrato, el incumplimiento atribuido al demandado y el daño.

3. Los problemas jurídicos planteados tienen que ver, por una parte, con la formalidad de la sentencia, el análisis de la prueba y su falta de valoración, y por la otra, con establecer si la tasación de perjuicios hecha por el *a-quo*, se ajusta a la jurisprudencia sobre la materia.

4. En lo relativo al primer cuestionamiento jurídico:

4.1. Se observa en la providencia del *a-quo* un somero análisis probatorio, porque solamente se tuvo en cuenta lo dicho por los demandantes, unos apartes de la historia clínica y algunas declaraciones de la doctora Osiris Marengo. Además, es un hecho que el juzgador no expuso expresamente los fundamentos jurídicos y probatorios que le sirvieron para concluir que no estaban probadas las excepciones, ni para justificar el monto de los perjuicios reconocidos.

4.2. Establecido que en las obligaciones de medio la culpa del médico debe probarla el paciente, y que para que el profesional pueda exonerarse debe demostrar una causa extraña o que actuó con la debida prudencia o diligencia, al

entrar en el caso concreto debe decirse, anticipadamente, que está acreditada la afiliación de Edisnehy Holguín López (cotizante) y Yamileth Lenis Parrales (beneficiaria) con Salud Total EPS, así como el contrato de esta última con la sociedad NSDR S.A., propietaria de la Clínica Nuestra Señora del Rosario, al igual que la atención médica por parte de los doctores Rodolfo García y Osiris Marengo.

4.3. La historia clínica de Yamileth Lenis Parrales registra que los días 23 y 30 de marzo de 2005, ella acudió a controles con 38.5 y 39.4 semanas de embarazo, respectivamente, reportando adecuados movimientos fetales, ausencia de sangrado y contracciones ocasionales, por lo que se planifica monitoreo fetal en la semana 40 y control a los ocho días si es *“reactiva”*.

Posteriormente, la paciente ingresa a las 12:37 p.m. del 3 de abril de 2005, siendo atendida por el médico general Rodolfo García Ospina, quien la encuentra con embarazo a término que inicia actividad uterina (2x10x45), contracciones, buenos movimientos fetales, no salida de líquido por la vagina, y se le da salida con recomendaciones de actividad uterina mayor, expulsión de líquidos o disminución de movimientos fetales, y cita para control en ocho horas.

El mismo día, a las 5:08 de la tarde, la paciente ingresa nuevamente a la Clínica y es atendida por el doctor García, quien observa salida de líquido por la vagina y buenos movimientos fetales, actividad uterina igual (2x10x45) y ruptura de membrana con líquido amniótico meconiado, por

lo que se hospitaliza a la embarazada, se le toma monitoreo fetal y se deja consignado que se comentará el caso con el ginecólogo de turno.

A las 5:40 p.m. recibe la paciente la médica Osiris Marengo, quien la observa con la misma actividad uterina (2x10x45), bebé en posición cefálica, membranas rotas con salida de meconio moderado, y deja constancia de haber comentado el caso con el doctor Urrego, que da instrucciones de hospitalización e indicaciones de inducción y monitoreo fetal.

Luego, a las 6:46 p.m. se halla a la paciente con actividad uterina 2x10x10 a 20", posición cefálica del feto, monitoreo *"reactivo"* y se dispone disminuir goteo y realizar vigilancia estricta.

En la siguiente anotación, la de las 8:46 p.m., se indica que la paciente está en trabajo de parto inducido desde las 6:00 p.m., y que *"se recibe producto de nalgas, viene hipotónico, cianótico"*, y que nace a las 7:10 p.m., siendo necesarias *"maniobras de reanimación"*, con las que se logra RN (recién nacido) estable. Respecto de la madre, se registra que tiene *"desgarro de mucosa vaginal y vulvar"*, suturado, para después trasladar *"madre y RN a hospitalización una vez valorado por pediatra de turno"*.

Por su parte, el pediatra Ricardo Martínez Nido anota, a las 8:43 p.m., que el niño *"nace por parto normal, líquido amniótico meconiado grado 1, cianótico, flácido, areflexico...le"*

realiza maniobras de reanimación...responde rápidamente, arpiran (sic) secreciones orofaríngeas”, y al examen físico advierte que puede respirar espontáneamente, aspira secreciones y se presenta estable, con llano ronco pero no débil, por lo que ordena pasarlo a alimentación con la madre y revaloración al día siguiente.

La doctora Marengo anota a las 9:45 p.m. que deja en observación al RN, a las 10:32 p.m. que debe ser remitido a una clínica de tercer nivel, pues, no succiona, está cianótico, su llanto es ronco y en ocasiones estridor, a las 11:18 p.m. se diligencia trámite para remisión y se espera respuesta de admisiones y a las 11:36 p.m. el RN es trasladado a la Clínica de los Remedios, donde, de acuerdo con su historia clínica después de diez días de estancia, se determina que el menor tiene *“asfixia perinatal”* y *“laringo malasia”*.

4.4. En su declaración, la doctora Osiris Marengo indicó que laboró como médico de urgencias hasta las 7:00 p.m., y que actuó como médico cenizo (que rota por todos los pisos) hasta las 12 de la madrugada; que encontró a la paciente en uno de los consultorios de urgencias con el doctor García, y le practicó examen físico, advirtiéndola en condiciones estables, con rompimiento de fuente y expulsando líquido meconiado amarillo, grado 1. Posteriormente, al recibir el turno como médico cenizo, encuentra a la paciente en la sala de partos del segundo piso, con parto expulsivo y en posición podálica, por lo que asiste a la paciente. Al bebé lo reanimó, oxigenó y le canalizó la vena, lo estabilizó y trasladó a la incubadora, dio aviso a pediatra y ginecólogo de turno, y

finalmente se ocupó de la gestante, corrigiéndole el desgarro vaginal. Indicó que en el instante del parto no había ni pediatra como tampoco ginecólogo, pero que posteriormente sí, y que el parto pudo darse como se dio (distócico-complicado), por múltiples factores genéticos a nivel uterino.

4.5. El médico Rodolfo León García manifestó que atendió a la paciente con un embarazo a término en buenas condiciones, que la examinó y encontró en parto, por lo que le dio salida y recomendaciones. Señaló que a las 5:08 p.m., llegó nuevamente, estando él por fuera de su turno, y decidió ingresarla por estar en trabajo de parto, valorarla por ginecología y tomarle monitoreo fetal. Agregó que entregó la paciente a la doctora Marengo, quien al comentar el caso con el ginecólogo de turno, decidió hospitalizarla, iniciar inducción y monitoreo fetal. Explicó, asimismo, que el criterio para hospitalizar a una embarazada es que haya contracciones de tres en diez minutos, de cuarenta y cinco segundos de duración (3x10x45). De la misma manera, explicó que en las dos consultas de la paciente ese día (12:37 y 5:08 p.m.) encontró la posición del feto indeterminada, porque los cambios cervicales son muy leves y es imposible palpar las partes fetales en ese momento. Para finalizar, señaló que cumplió todos los protocolos establecidos por las guías médicas de la institución y los criterios clínicos.

4.6. El representante legal de la Clínica Nuestra Señora del Rosario expresó que la institución tenía contrato con Salud Total EPS; que estaba habilitada para atender eventos de baja y media complejidad; que teniendo en cuenta ese

nivel, los partos considerados por el profesional como de bajo riesgo se atienden allí por médico general y paramédico, y ante situaciones que exijan su concurso se puede consultar al especialista o realizar la remisión; y que el embarazo de la señora Lenis fue calificado como normal en las consultas prenatales por el ginecobstetra Fernando Ángel Pabón, y también al ingreso de ella a urgencias.

4.7. La suegra de la señora Lenis relató que al regresar a la Clínica no los querían atender, que su nuera anduvo por toda la institución chorreando un líquido verde o amarillo de muy mal olor y que se escuchaba a su hijo gritar pidiendo auxilio, porque el bebé estaba naciendo y no había médico ni enfermera. Expuso, además, que vio luego al niño en malas condiciones, por lo que le pidió ayuda a una doctora, que lo revisó junto con otro médico, le sacaron sangre y lo enviaron a una incubadora. Que por petición de su hijo se remitió al pequeño a otra institución, a la media noche.

4.8. El especialista Jorge Hernán Urrego Grueso informó que laboró como ginecobstetra para la Clínica Nuestra Señora del Rosario haciendo turnos de llamada o disponibilidad, según el caso. Apuntó que recibió una llamada de la doctora Osiris Marengo, quien le informó sobre las generalidades de la paciente y la salida de meconio en moderada cantidad, por lo que él consideró el caso de bajo riesgo y según los protocolos ordenó monitoreo fetal y la indicación de que si éste sale normal, se hospitalice la paciente y se induzca el parto. Indicó que no recibió más llamadas, y que luego supo que el bebé se había presentado

de pie, y con síntomas respiratorios que impusieron llamar a un pediatra y remitirlo a un nivel de mayor complejidad, por una laringomalasia, que es un defecto congénito. Relató, asimismo, que la salida de meconio es un signo de bajo riesgo, y la conducta a seguir es tomar monitoreo fetal y confirmar el bienestar del que está por nacer, con inducción del parto. Explicó, finalmente, que no dispuso del procedimiento de cesárea, por cuanto *“el líquido amniótico teñido de meconio no es indicativo de sufrimiento fetal agudo”*.

4.9. El doctor Ángel Pabón indicó que valoró a la paciente los días 23 y 30 de marzo de 2015, encontrando un segundo embarazo con un feto único cefálico, y como plan, dispuso cita para la paciente en la semana 40 y monitoreo fetal. Explicó que de acuerdo con la literatura, el feto no necesita estar vivo para cambiar de presentación en forma espontánea, y explicó que la ruptura de membranas en el embarazo es una condición que incrementa el riesgo de infección, por lo que deben espaciarse los tactos, y que para el caso concreto, ante la velocidad de la dilatación (2 a 10 centímetros en una hora), la conducta obstétrica adecuada fue la que se adoptó: hospitalización, goteo con oxitocina y monitoreo en el parto, además que la precipitud no da tiempo más que de atender el nacimiento vía vaginal. Sobre el meconio, dijo que su presencia no es signo de sufrimiento o de hipoxia fetal. Y respecto de la posición del bebé, podálica, indicó que cuando viene así debe ser atendido el parto por especialista, pero que en este caso no hubo tiempo para ello, porque el examen físico mostraba que venía cefálico.

4.10. La cronología de los actos médicos consignados en la historia clínica permite concluir que no hay prueba de la demora en la atención, pues, por el contrario, la paciente ingresó en estado de parto a la clínica sin ningún signo que anunciara un alto riesgo, como tampoco lo evidenciaron los controles prenatales del 23 y del 30 de marzo de 2005, realizados por el ginecobstetra. Cuando regresó ella a las 5:00 p.m., con salida de líquido amniótico meconiado y con pocas contracciones e insuficiente dilatación, se le hospitaliza y se comenta el caso con el ginecólogo, vía llamada telefónica, quien recomienda monitoreo fetal e inducción del parto, es decir, 32 minutos después de iniciar la atención. Una hora después se revisa la paciente, hallándola en buenas condiciones generales y con monitoreo reactivo (bueno), y se continúa con vigilancia estricta, según la historia clínica, y acto seguido el bebé nace de nalgas (7:10 p.m.), se le reanima y se estabiliza (8:46 p.m.).

4.11. La historia clínica y los médicos relatan, asimismo, que el parto fue precipitado, porque en cuestión de dos horas, a partir de las 5:00 p.m., se presentó una dilatación completa de la paciente (pasó de 2 a 10 c. m. cuando lo normal es de 1 a 1.5. c. m. por hora), y que no hay evidencia que la presencia de un ginecobstetra hubiera cambiado las cosas, porque de las declaraciones de los especialistas se obtiene que la conducta seguida por los médicos generales fue la correcta, y que la doctora Marengo se enfrentó a una situación inusual pero posible.

4.12. Toda la prueba que milita en el plenario informa que entre las 5:00 p.m. que llegó la paciente y las 7:10 p.m. que nació el bebé, se efectuaron tres monitoreos (5:08 p.m., 5:40 p.m. y 6:46 p.m.), que mostraban buenas condiciones generales, y un examen físico que reflejaba que el feto estaba en posición cefálica, y que había moderada cantidad de meconio. Así, no hay prueba alguna que indique o sirva como indicio de un actuar omisivo de los médicos, o de un abandono total de la paciente como lo refieren los actores, ni siquiera lo logra el testimonio de la madre del demandante, por cuanto ella era retirada de forma constante de la clínica, amén de que carece de los conocimientos específicos y directos para establecer la buena calidad de la atención prestada.

4.13. Es de resaltar el pobre actuar probatorio del extremo activo, quien se limitó al relato de los hechos, dejando a la exclusiva interpretación del juez la situación. La historia clínica del bebé y la certificación de la Junta de Calificación de Invalidez, muestran la asfixia perinatal del menor, pero en forma alguna explican el origen de la misma.

4.14. El informe del representante legal de la clínica demandada, señala que la misma tiene los servicios de urgencias, cirugía y maternidad, y que sus profesionales están capacitados para atender partos de bajo riesgo y hacer interconsultas con médicos especialistas, quienes según su criterio pueden determinar la remisión de la paciente a un centro de mayor complejidad.

4.15. La parte demandada propuso tacha de sospecha respecto de las declaraciones de los especialistas, por el hecho de haber laborado en la clínica demandada; no obstante la veracidad de esto último, no llega al punto de negarles valor probatorio, porque en el contexto de los hechos su dicho encaja con las demás pruebas, y fueron respaldadas incluso con literatura médica que aportaron.

5. En el anterior orden de ideas, la responsabilidad de la parte demandada no fue acreditada, y, por el contrario, la evidencia recopilada apunta a que no había indicios de las graves complicaciones que presentaría el parto, y no hay manera de concluir que los médicos debieron actuar de otra manera, ordenar una cesárea, otro examen diferente al monitoreo fetal o una remisión de la paciente a otra clínica, siendo este el resultado del deficiente devenir probatorio de la parte actora.

6. En consecuencia, debe revocarse la sentencia para denegar las pretensiones, lo que conlleva a que es innecesario examinar lo apelado frente a los perjuicios liquidados y las excepciones de mérito propuestas⁹.

LA DEMANDA DE CASACIÓN

ÚNICO CARGO

Con fundamento en la causal primera del artículo 368 del Código de Procedimiento Civil, se acusa la sentencia del Tribunal de violar indirectamente los artículos 2341, 2342,

⁹ Folios 104 a 128 del c. del Tribunal.

2343 y 2344 del Código Civil, como consecuencia de errores de hecho en la apreciación de las pruebas.

En desarrollo de la censura, expuso:

1. El desatino fáctico denunciado recayó en las declaraciones de Osiris Marengo Guette, Rodolfo García Ospina, Jorge Urrego Grueso y Fernando Ángel Pabón, que por su apreciación errónea llevaron a eximir a los demandados de su responsabilidad.

También consistió en no ponderar: el examen científico practicado al menor por el doctor Jaime Quevedo del Hospital Infantil Club Noel (relativo a un diagnóstico de retardo sicomotor por asfixia perinatal); el examen efectuado al niño en el Instituto de Ciegos y Sordos de Santiago de Cali (con diagnóstico de hipoacusia severa en el oído izquierdo); el dictamen emitido por la Junta Regional de Invalidez del Valle del Cauca, relativo a una disminución de capacidades del 21.20% por efecto de la hipoxia perinatal; y la confesión judicial del doctor Rodolfo García Ospina, por intermedio de su apoderado, cuando en el escrito de apelación dijo que *“como norma todo servicio de salud que tenga sala de parto debe tener ginecólogo presencial, la Clínica Nuestra Señora del Rosario, no cuenta con ese servicio, la paciente nunca fue valorada por esa especialidad. Si lo hubiese sido, es decir valorada por el especialista la paciente no se hubiera complicado, además por norma la atención del paciente lactante debe ser pediátrica, la clínica tampoco cuenta con ese recurso [...] lastimosamente lo que se le quiere endilgar, fue ha*

sido y será responsabilidad de otras personas (que actuaron en forma no presencial) en especial de la Clínica Nuestra Señora del Rosario”.

2. Al analizar las declaraciones de Rodolfo García Ospina y Osiris Marengo, se observan contradicciones, así:

Al responder algunas preguntas en el interrogatorio al que fue sometido, Rodolfo García Ospina dijo:

“Pregunta 1: Puede manifestar al Despacho si para la fecha de abril 3 de 2005, atendió usted como médico en el servicio de urgencias a la señora Yamileth Lenis Parrales. Contestó: Sí, yo atendí el 3 de abril de 2005 a la señora Yamileth Lenis Parrales de 33 años de edad su segundo embarazo a término en buenas condiciones generales, estable, en el examen físico encuentro criterio de estar en un parto, considero dar salida con recomendación y signos de alarma y control de ocho horas como consta en la historia clínica. La paciente ingresa nuevamente a la Clínica Nuestra Señora del Rosario, al servicio de urgencias a las 5:08 de ese día, como yo ya había atendido previamente a la paciente y ya me encontraba fuera del horario de mi trabajo decido hacerle el ingreso encontrando que la paciente está en trabajo de parto, decido hospitalizar [y hacer] valoración por ginecología y tomar monitoreo fetal, entrego paciente a la Dra. Marengo, que se hace cargo de la paciente, se comenta al ginecólogo de turno, quien decide hospitalizar, iniciar inducción (medicamentos para mejorar el trabajo de parto) y monitoreo fetal. Al hacer entrega de la paciente a la Dra. Marengo, y salgo del servicio de urgencias porque ya había terminado mi turno”.

Por su parte, en su declaración la doctora Osiris Judith Marengo Guette manifestó:

“Pregunta uno. ¿Sirvase decir al Despacho qué turno tenía usted en la Clínica Nuestra Señora del Rosario el día 3 de abril de 2005? Contestó: En la tarde estuve como médico de urgencias hasta las 7:00 de la noche, y de 7:00 p.m. hasta las 12 de la noche como médico cenizo (es el que rota por todos los pisos). Pregunta dos. ¿Sirvase decir al Despacho si usted el día 3 de abril de 2005, atendió a la señora Yamileth Lenis Parrales, quien se encontraba

embarazada y cercana a la época del parto, de ser cierta su afirmación, en qué condiciones encontró a la paciente? Contestó: Al ingreso la encontré en uno de los consultorios de urgencias con el doctor Rodolfo García, quien la atendía en ese momento, me pide un concepto y encontré a la señora con signos vitales estables, al examen físico con una dilatación de cuello uterino de 2 centímetros y un borramiento del 80% (se refiere al cuellito del útero que al comienzo es grueso y en la medida del trabajo de parto se va adelgazando hasta completar toda la dilatación). Pregunta tres. ¿Dígame al Despacho cómo es cierto sí o no, que la señora Yamileth Lenis Parrales para la época que fue atendida por usted había roto fuente y se encontraba expulsando un líquido con características de materia fecal en el mismo? Contestó: Sí había roto fuente o membrana, el líquido corresponde a un líquido meconiado amarillo (grado uno). Pregunta tres. ¿Indíqueme al Despacho si usted fue el médico general que atendió a la señora Yamileth Lenis Parrales el día 3 de abril del año 2005, y en qué condiciones se produce este? Contestó: A las 7 de la noche cuando subo a recibir mi turno de cenizo, encuentro a la paciente en la sala de partos del segundo piso de la institución, con parto en expulsivo y en presentación podálica o de nalgas, entonces procedo a asistir a la paciente recibiendo a un recién nacido en compañía de otro médico, Dr. Jaime Díaz, un bebé deprimido con un apgar de 2 sobre 10 y a los 5 minutos de 5 sobre 10 y al cabo de los diez minutos de 8 sobre 10, se realizó reanimación básica primaria del bebé, oxígeno, se canalizó vena, se estabiliza y se traslada a la incubadora, se estabiliza y se traslada a la incubadora, se le avisa al ginecólogo y al pediatra de turno y posteriormente me encargo de la paciente la madre del niño, se obtiene una placenta completa, se procede a realizar corrección de desgarro vaginal y de episiotomía. Pregunta cuatro. ¿Aclare a este Despacho si usted recibió a esta paciente de manos del doctor Rodolfo León García Ospina o la encontró ya en trabajo de parto como lo acaba de expresar? Contestó: La primera vez se me solicitó un concepto acerca de la paciente y en la posterior atención de cenizo la paciente la encuentro en trabajo de parto en expulsivo y me dirijo [a] asistir el parto. Pregunta cinco. ¿Dígame al Despacho si antes de asistir el parto de esta paciente, usted recibió algunas indicaciones, observaciones, de parte del doctor Rodolfo León García Ospina en relación con la paciente y con la atención de que este le había hecho en horas de la mañana? Contestó: No se referencio [sic] a eso. Pregunta seis. Indíqueme al Despacho si usted antes de atender el parto de la señora Lenis Parrales observó, leyó algunos documentos sobre los controles prenatales o la historia clínica de la paciente? Contestó: Sobre la historia clínica concerniente a la atención de urgencias (Clínica del Rosario). Pregunta siete. ¿Sírvasse decir al Despacho si al momento de producirse el parto de la señora Yamileth Parrales en la Clínica Nuestra Señora del Rosario se encontraban médicos especialistas como ginecobstetra y pediatras? Contestó: En el momento de la atención del parto no, posteriormente sí”.

De las anteriores respuestas, surgen como interrogantes: ¿Quién ordenó realmente la hospitalización de la paciente y la inducción del parto por oxitocina?, ¿Qué ocurrió con la paciente desde las 5:08 p.m., hora de salida del doctor Rodolfo León García Ospina hasta las 7:00 p.m., hora en que recibió su turno de cenizo la doctora Marengo, y encuentra a la paciente en parto expulsivo?, ¿Qué validez tiene la afirmación de la médica de que habló con el doctor Urrego, si su encuentro con la paciente fue ocasional, cuando hacía ronda de cenizo y la halló en trabajo expulsivo?, ¿Qué validez tienen los hechos consignados en la historia clínica, cuando el auto de la nota No. 3, de las 12:37 p.m. del 3 de abril de 2005 es el ginecobstetra Fernando Ángel Pabón, y no el doctor Rodolfo García Ospina, quien sí aparece como autor de la nota No. 4 de las 5:08 de ese mismo día?

Con la absolución de esos cuestionamientos, queda claro que la doctora Marengo no conoció los antecedentes del embarazo antes de la precaria atención que le brindó a la paciente, y menos que el feto venía en posición cefálica; y que pasaron dos horas en las que se descuidó a la embarazada y al niño, lo que agudizó el sufrimiento fetal que ya traía el nasciturus a causa del meconio y de la posición podálica, y que se produjo así la anoxia fetal por la mala atención hospitalaria, atentándose así *“deliberadamente contra la vida de dos seres humanos”*, cosa que *“el juzgador de segunda instancia no valoró”*.

Además, no hay unidad de criterio en los declarantes frente al hecho cierto que el niño sufrió anoxia cerebral o

falta de oxígeno en el cerebro, producto de la demora en el parto podálico, *“situación esta que comportó una negligencia en la prestación del servicio requerido”*.

Se puede concluir, de la misma forma, que la doctora Osiris dejó sola a la paciente desde las 5:08 p.m. hasta las 7:10 p.m., cuando la encontró en *“un parto en expulsivo”*.

3. En su declaración, el ginecobstetra Jorge Hernán Urrego Grueso manifestó:

“Yo recibo una llamada de la Dra. Osiris Marengo, pues según la H. clínica está con fecha abril 3 de 2005, hora 5:40 p.m., donde la doctora me comenta una paciente con antecedentes ginecobstétricos [...] con embarazo de 40 semanas [...] el caso lo considero de bajo riesgo y según los protocolos de ginecología y obstetricia ordeno monitoria fetal, doy la indicación de que si es normal hospitalice la paciente para inducción del parto...”

“No tuve contacto directo con la paciente [...] éramos consultados telefónicamente y si considerábamos que el parto era de bajo riesgo, la paciente continuaba bajo el cuidado y supervisión directa del médico asignado en ese momento al servicio de partos, en este caso la Dra. Osiris, es de anotar que a mí no me volvieron a llamar, solamente me hicieron una llamada a las cinco y cuarenta de la tarde, fue la única llamada que recibí...”

“Las órdenes que di fueron: Realizar monitoreo fetal y si [...] es normal, y se confirma el bienestar total se debe proceder con la finalización del embarazo, y si en el caso de ser anormal o presentarse algo anormal en el transcurso del trabajo de parto volver a llamarme de inmediato [...] no me volvieron a llamar...”

“La prueba tangible [de la llamada a las 5:40 p.m.] está reportada en la historia clínica.

“Yo asumo [la posición cefálica del bebé] en la realización de un examen físico a la paciente...”

“... el líquido amniótico teñido de meconio no es indicativo de sufrimiento fetal agudo según los protocolos de ginecología obstetris, no es por lo tanto indicativo de cesárea, la conducta a seguir según los protocolos es confirmación del bienestar fetal por medio de vía vaginal, la cesárea es un procedimiento que tiene unas indicaciones específicas que tiene tasas de complicaciones y que de todas formas puede producir la muerte de una gestante...”

“... Para el nivel de complejidad de la Clínica Nuestra Señora del Rosario, que es el nivel dos, está permitido turnos de disponibilidad y llamado para el especialista en ginecología y

obstetricia, que para el caso de baja complejidad brinda el asesoramiento telefónico acerca del caso, pero quien lo lleva a cabo o lo ejecuta es el médico de la sala de partos...

“No lo ordené [ecografía u otro examen] porque la doctora me comentó certeza que el feto venía cefálico [...] con fundamento en el examen físico que ella le realizó a la paciente...

“Ordené [...] proceder con la conducción del parto con el medicamento denominado oxitocina exclusivamente bajo la supervisión del médico de la sala de partos...

“La expulsión precoz de líquido en un trabajo de parto no se ha documentado que produzca daño en el feto, pero sí obliga a que como en este caso en un embarazo a término se deba finalizar activamente el embarazo para prevención de infecciones...”.

Es posible que el diálogo telefónico al que se refiere la declaración haya existido, pues el doctor Urrego trabajaba para la Clínica Nuestra Señora del Rosario, pero en este caso la historia clínica de la paciente no es un documento confiable, porque lo que realmente sucedió *“contrasta enormemente con lo declarado por el deponente y su supuesto interlocutor la doctora Marengo, que hacen presumir la inexistencia del tan mentado diálogo telefónico”*.

4. El doctor Fernando Ángel Pabón, además de ser un testigo sospechoso es un declarante de oídas, que no aporta nada al proceso, pero que sí tiene *“un gran interés en las resultados del mismo”*.

5. Es importante tener en cuenta que durante el alumbramiento ocurre el mayor número de complicaciones graves y fatales, por lo que su vigilancia debe ser estrecha, y es lo que no se cumplió en el caso de la señora Yamileth, por parte de la Clínica y de los médicos, lo que los hace solidariamente responsables del daño producido, proveniente de fallas que consistieron en:

5.1. La no utilización en el primer ingreso, por parte del doctor Rodolfo García Ospina, de ayudas diagnósticas, ni la consulta con un ginecobstetra, así como tampoco haberla dejado en observación.

5.2. No brindar la inmediata atención médica requerida en el segundo ingreso, por los médicos generales Rodolfo García Ospina y Osiris Judith Marengo Guette, aduciendo el previo pago de un copago y dejando de practicar el examen físico de tacto para establecer la posición del bebé.

5.3. La inexistencia en la Clínica Nuestra Señora del Rosario de equipos diagnósticos, y de especialistas en pediatría y ginecobstetricia en forma permanente, o que hubiesen estado para asistir a la paciente en su labor de alumbramiento, con lo que se hubiese evitado el retado en el parto.

6. En el actuar del personal médico hay:

6.1. Impericia: cuando al ingresar a urgencias la paciente, se le manifestó por el médico general que *“Se fuera para la casa porque aún estaba cruda en la labor de parto”*.

6.2. Imprudencia: al realizar un diagnóstico equivocado, sin la ayuda de exámenes previos e interconsulta.

6.3. Omisión en los protocolos: ante la inexistencia de especialistas en pediatría y ginecobstetricia para ese momento.

6.4. Negligencia: Al no utilizar los médicos métodos y tratamientos preventivos, confiando únicamente en su ojo clínico.

6.5. Error en el diagnóstico: en relación con la forma en la que venía el bebé, que surgió no como el producto de la duda científica, sino de un manejo imprudente, negligente y violatorio de reglamentos.

7. El Tribunal, adicionalmente, inadvirtió que el menor tenía la condición de demandante, y por lo mismo, no desplegó ninguna labor hermenéutica respecto del daño que se le causó y su origen.

8. Los errores probatorios señalados son relevantes, porque inexorablemente incidieron en la decisión adoptada por el juzgador de segunda instancia.

CONSIDERACIONES

1. No obstante que el Código General del Proceso entró en vigencia plena el 1º de enero de 2016¹⁰, el presente recurso de casación, formulado por la parte actora el 23 de noviembre de 2015, se definirá con referencia a las normas del Código de Procedimiento Civil, pues de acuerdo con los

¹⁰ PSAA15-10392 del 1º de octubre de 2015, expedido por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

artículos 624 y 625-5 de aquél estatuto adjetivo, relativos a las reglas que disciplinan el tránsito legislativo, *“los recursos interpuestos (...) se regirán por las leyes vigentes cuando se interpusieron...”*.

2. Despejado lo concerniente al marco por el que debe transitar esta impugnación extraordinaria, conviene recordar, antes que nada, que el juzgador de segunda instancia, en la sentencia confutada, revocó la estimatoria del *a-quo*, con fundamento en que a pesar de ser del resorte de los accionantes acreditar los presupuestos de la responsabilidad invocada, no hay prueba en el expediente indicativa de un actuar omisivo de los médicos que atendieron el parto y nacimiento mencionados o de un abandono total de la paciente, y que contrario al pobre actuar probatorio de los reclamantes, la evidencia recopilada (compuesta por historia clínica, y declaraciones de los médicos generales y de los especialistas), apunta a que no hay indicios de las graves complicaciones que presentaría el alumbramiento, y que tampoco los hay para concluir que los profesionales de la salud comprometidos debieron obrar de una manera diferente a como lo hicieron.

3. Contra esa sentencia el extremo actor interpuso recurso de casación, concedido y admitido, únicamente, en lo que se refiere al menor Andrés Felipe Holguín Lenis, en razón de ser quien contaba con interés para recurrir. La impugnación, así aceptada a trámite, se sustenta en un solo cargo, dirigido a combatir los argumentos probatorios del Tribunal, que sirvieron, en esencia, para tener por no

demostrado uno de los elementos estructurales de la responsabilidad civil, valga anotar, la culpa o negligencia de los convocados en la actuación médica.

De esa forma, en el embate se atribuye al *ad-quem* la violación indirecta de la ley sustancial, por errores de hecho en la valoración de algunos elementos de convicción, particularmente, de las declaraciones de los galenos que participaron en el proceso de atención del parto de Yamileth Lenis Parrales y consecuente nacimiento del niño Andrés Felipe Holguín Lenis, ya que para el recurrente, el contenido (trasuntado parcialmente) de las narraciones de los médicos generales Rodolfo León García Ospina y Osiris Marengo Guette, quienes estuvieron presentes en la Clínica Nuestra Señora del Rosario el día 3 de abril de 2005, resulta discordante, y muestra (al contrario de lo que infirió el Tribunal de las pruebas) que la atención que se le dispensó a la embarazada fue precaria, pues ella pasó dos horas sin ser monitoreada, y la profesional que finalmente recibió el parto, lo hizo sin conocer sus antecedentes y desconociendo la posición podálica del bebé, lo que finalmente derivó en la anoxia fetal, y subsecuente limitación de sus capacidades, valorada por la Junta de Calificación Regional de Invalidez.

Igualmente, a partir del texto de la declaración del ginecobstetra de turno, doctor Jorge Hernán Urrego Grueso, el impugnante pone en duda el diálogo telefónico que aquél y la doctora Marengo Guette presuntamente sostuvieron, y que se registró en la historia clínica como ocurrido a eso de las

5:40 p.m. del aludido día; documento que, por lo demás, tilda de no confiable.

4. Los anteriores planteamientos del cargo permiten establecer, sin temor a equívoco, que el accionante se sirvió de la causal primera de casación prevista en el artículo 368 del Código de Procedimiento Civil (aplicable a este asunto según lo explicado atrás) para expresar su inconformidad contra el fallo de segunda instancia, y que con aceptable precisión y claridad denunció la comisión de errores de hecho en la apreciación de unas pruebas concretas, lo que impone a la Sala un estudio de fondo de la censura, quedando al margen, en todo caso, algunas deficiencias técnicas en la exposición de los yerros fácticos, que han de ser superadas en aras de alcanzar la realización de los fines de la casación, entre ellos, la protección de los derechos constitucionales y el control de legalidad de los fallos, consagrados en la legislación patria en el artículo 7º de la Ley 1285 de 2009, que modificó el canon 16 de la Ley 270 de 1996.

5. Los hechos en que la parte demandante fundó sus pretensiones se produjeron -de eso no hay discusión en el proceso- el 3 de abril de 2005, y son las particularidades de la atención ofrecida ese día a Yamileth Lenis Parrales (gestante) y a Andrés Felipe Holguín Lenis (recién nacido), las que han suscitado el debate en las instancias, y que ahora se trae a cuento, a propósito del recurso de casación basado en el desconocimiento indirecto de normas sustanciales (referidas al derecho a obtener una indemnización por el

daño causado) por la indebida apreciación de las pruebas por parte del Tribunal.

Sobre lo acontecido ese día en la Clínica Nuestra Señora del Rosario, la copia de la historia clínica sistematizada de la paciente Yamileth Lenis Parrales, aportada al proceso por la parte demandante, dice literalmente lo siguiente¹¹:

“Apr 3 2005 12:37 p.m.

SUBJETIVO

pte de 33 años de edad g2p1 embarazo a término fur junio 25 2004 que inicia actividad uterina ayer a las 7 pm hoy cada 7 minutos contracciones buenos movimientos fetales no salida líquido por vagina por lo que consulta.

OBJETIVO

ef buen aspecto general ta 140/80 fc 80 fr 16 au 31 fcf 140 tv do cuello blando pesterior (sic) tapón mucoso escaso actividad uterina 2x10x45 seg tiene monitori de ayer reactiva.

ANÁLISIS

idx g2p1, emb de 40 sem por fur, fuvc, parto.

PLAN

recomendaciones act uterina 3x10x45 o salida de líquido o sangre por vagina o disminución de los movimientos fetales control en 8 horas.

Autor

GARCÍA OSPINA RODOLFO-MEDICINA GENERAL

“Apr 3 2005 5:08 p.m.

SUBJETIVO

hace aprox/ presento (sic) salido de líquido por vagina sangroso buenos movimientos fetales por lo que consulta.

OBJETIVO

Ef buen aspecto general afebril ta 120/80 fc 88 fr 16 fcf 144 tv d2 cm b 80 líquido amniótico meconiado actividad uterina 2x10x45

ANÁLISIS

Pte con 40.1 sem por fur y eco que hace ruptura de membranas con líquido amniótico meconiado con monitoria fetal de ayer reactiva con actividad uterina espaciada hasta esta mañana.

PLAN

se hospitaliza se toma monitoria fetal y se comentará con el ginecólogo de turno.

AUTOR

GARCÍA OSPINA RODOLFO-MEDICINA GENERAL

“Apr. 3 2005 5:40 p.m.

SUBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

¹¹ Folios 35 a 42 del c. 1.

OBJETIVO

TA 110/60, FC 80, FR 18, T 37. ABDOMEN GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO, AU 2x10x45", CEFÁLICO, FCF 156 x MIN. MOV. FETAL ACTIVO. GU D2 CMS, B 80, MEMBRANAS ROTAS, SALIDA DE MECONIO EN MODERADA CANTIDAD, RESTO DE EF COMPLETO NORMAL.

ANÁLISIS

SE COMENTA TELEFÓNICAMENTE CASO CLÍNICO DE LA PACIENTE CON DR. URREGO QUE ORDENA HOSPITALIZAR, DA INDICACIONES DE INDUCCIÓN Y MONITOREO FETAL.

PLAN

VER ÓRDENES MÉDICAS

AUTOR

MARENCO GUETTE OSIRIS JUDITH-MEDICINA GENERAL.

"Apr. 3 2005 6:46 p.m.

SUBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ACTIVIDAD UTERINA.

OBJETIVO

TA 140/90, FC 88, FR 18, T. 37, OJOS PINRAL, ORL NORMAL. ABDOMEN GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO, AU 2X10X10 A 20", FCF 156 X M, CEFÁLICO.

ANÁLISIS

LLEGA SEROLOGÍA NO REACTIVA, MONITOREO FETAL REACTIVO, FCF 156 XM.

PLAN

CONSIDERO CONVENIENTE DISMINUIR GOTEO Y VIGILANCIA Estricta DE LA TA, FCF Y FC MATERNA.

AUTOR

MARENCO GUETTE OSIRIS JUDITH-MEDICINA GENERAL.

"Apr. 3 2005 8:43 p.m.

SUBJETIVO

NOTA DE PEDIATRÍA

OBJETIVO

VALORO RECIEN NACIDO DE 1 H Y 20 MTOS DE VIDA QUE NACE POR PARTO NORMAL, LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIADO GRADO 1, CIANÓTICO, FLÁCIDO, AREFLÉXICO, CON APGAR AL MTO DE 2, Y LE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CON AMBU, Y RESPONDE RÁPIDAMENTE, ASPIRAN SECRECIONES OROFARÍNGEAS. AL EXAMEN FÍSICO ENCUENYTRO RECIEN NACIDO EN MICROCÁMARA CON FIO2 AL 70% Y VENA CANALIZADA SIN INICIAR GOTEO, RETIRO MICROCÁMARA Y OBSERVO QUE EL RECIEN NACIDO PUEDE RESPIRAR ESPONTÁNEAMENTE, ASPIRÓ SECRECIONES/, CARDIOPULMONAR NORMAL /NEUROLÓGICAMENTE ESTABLE, MORO ++, SOLO ES REMARCABLE QUE EL LLANTO ES RONCO, PERO NO DÉBIL/ GENITALES MASCULINOS RESTO DE EXÁMEN FÍSICO NORMAL. ORDENO PASARLO CON LA MADRE, ALIMENTACIÓN SENO MATERNO NORMAL Y REVALORACIÓN MAÑANA 04 DE ABRIL EN LA MAÑANA POR MEDICINA FAMILIAR E INFORMAR AL PEDIATRA DE TURNO.

ANÁLISIS

RNT PAEG 40 SEM MASCULINO NORMAL

LARINGO TRAQUEITIS: A) IRRITACIÓN MECONIAL.

DESCARTAR LARINGO MALASIA.

PLAN

VOM

AUTOR

MARTÍNEZ NIDO RICARDO-PEDIATRA

“Apr. 3 2005 8:46 p.m.

SUBJETIVO

GESTANTE A TÉRMINO EN TRABAJO DE PARTO INDUCIDO DESDE LAS 6 P.M. EXPULSIVO, SE RECIBE PRODUCTO DE NALGAS, VIENE HIPOTÓNICO, CIANÓTICO CON APGAR AL NACER 2/10/5! 5/10, 10! 10 8/10, SE PROCEDE A PRACTICAR MANIOBRAS DE REANIMACIÓN, MASAJE, AMBU CON FC AL NACER DE 80, Y CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, LOGRA SALIR CON AMBU SOLAMENTE, SE ASPIRA SECRECIONES Y SE OBTIENE MATERIAL AMARILLO ESCASO, SE ESTABILIZA Y SE COLOCA OXÍGENO Y BAJO LÁMPARA DE CALOR, RN CON LLANTO RONCO, CON QUEJIDO INSPIRATORIO, HORA DE NACIMIENTO 7:10 P.M., PESO 2800 TALLA 50, PT 35, PA 36. SE ADMINISTRA KONAKION IM, SE REALIZA PROFILASIS OFTÁLMICA Y DEL ONFALO. RN YA ESTABLE. SE PROCEDE A REVISAR A LA MADRE, CON ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA COMPLETA, CON DESGARRO DE MUCOSA VAGINAL Y VULVAR, SE SUTURA CON CATGUT 3/0, CON DISCRETO EDEMA DE LA VULVA, SE TRASLADA MADRE Y RECIÉN NACIDO A HOSPITALIZACIÓN UNA VEZ VALORADO POR PEDIATRA DE TURNO. DIURESIS POSITIVA, NACIÓ MECONIADO.

OBJETIVO

ANÁLISIS

RN VALORADO POR DOCTOR MARTÍNEZ NIDO QUE CONSIDERA DEJAR HOSPITALIZADO EN PISO.

PLAN

VOM

Autor

MARENCO GUETTE OSIRIS JUDITH-MEDICINA GENERAL.

“Apr 3 2005 9:45 P.M.

SUBJETIVO

RN EN MEJOR CONDICIÓN GENERAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ACTIVO, NO SUCCIONA.

OBJETIVO

FC 120, SATURACIÓN OXÍGENO 97% SIN OXÍGENO.

ANÁLISIS

SE DEJA OBSERVAND AL RN, EN ESPERA DE EVOLUCIÓN, EN VISTA DE LA SUCCIÓN INSUFICIENTE AMERITA DEXTROSA.

PLAN

ADM DEXTROSA AL 10%

AUTOR

MARENCO GUETTE OSIRIS JUDITH-MEDICINA GENERAL.

“Apr 3 2005 10:32 p.m.

SUBJETIVO

OBJETIVO

APRECIO RN HIPOACTIVO, NO SUCCIONA, AL INTENTAR DAR DEXTROSA SE COLOCA CIANÓTICO, CON EPISODIOS DE ESYTRIDOR LARÍNGEO. EF AFEBRIL, HIPOACTIVO. OJOS PINRAL. ORL NO SUCCIÓN. CUELLO MÓVIL. TORAX BUENA EXPANSIBILIDAD TORÁCICA, SIN TIRAJES. C/P RSCRS, SE

AUSCULTA ESTRIDOR INSPIRATORIO OCASIONAL, CON RONQUIDOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASA, SIN MEGALIAS, PERISTALSIS POSITIVA, EXTREMIDADES EUTRÓFICAS FRÍAS, CON DISCRETA CIANOSIS DISTAL, PULSO POSITIVO.

ANÁLISIS

RN QUE AMERITA NIVEL III, POR QUE (SIC) NO HABIDO (SIC) LA EVOLUCION ESPERADA A PESAR DE SATURAR 97% Y FC 134, PRESENTA CIANÓISIS AL DEGLUTIR Y AL PARECER EXISTE DIFICULTAD. PRESENTA LLANTO RONCO Y EN OCASIONES ESTRIDOR. CONSIDERO CONVENIENTE EL TRASLADO POR EL ALTO RIESGO.

PLAN

TRASLADO A PARTOS A LÁMPARA DE CALOR Y OXÍGENO SEGÚN NECESIDAD. COMENTAR A UN NIVEL III.

AUTOR

MARENCO GUETTE OSIRIS JUDITH-MEDICINA GENERAL.

“Apr 3 2005 10:47 p.m.

SUBJETIVO

OBJETIVO

ANÁLISIS

PACIENTE QUE SE SOLICITA EN ADMISIONES TRAMITAR PARA PODER REMITIR, SE LES EXPLICA ES DE VITAL IMPORTANCIA LA REMISIÓN, SE REALIZAN LOS TRÁMITES PERTINENTES.

PLAN

AUTOR

MARENCO GUETTE OSIRIS JUDITH-MEDICINA GENERAL.

“Apr 3 2005 11:18 p.m.

SUBJETIVO

TRASLADO PACIENTE A SALA DE PARTO COLOCO BAJO LÁMPARA DE CALOR CON OXÍGENO POR CÁMARA CEFÁLICA, OBSERVO AL PACIENTE CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

OBJETIVO

TAQUIPNÉICO, HIPOACTIVO, EXTREMIDADES HIPOTÓNICAS, SATURA 97% CON OXÍGENO, FC 134. TORAX SIN TIRAJES. C/P RSCSRs, SE AUSCULTA QUEJIDOS INSPIRATORIOS.

ANÁLISIS

SE DILIGENCIA TRÁMITE PARA REMISIÓN. ESPERO RESPUESTA DE ADMISIONES.

PLAN

AUTOR

MARENCO GUETTE OSIRIS JUDITH-MEDICINA GENERAL.

“Apr. 3 2005 11:36 p.m.

SUBJETIVO

OBJETIVO

ANÁLISIS

RN COMENTADO EN CLÍNICA REMEDIOS CON DR HAROLD QUE ACEPTA LA REMISIÓN. SE TRASLADA AL MENOR.

PLAN

AUTOR

MARENCO GUETTE OSIRIS JUDITH-MEDICINA GENERAL”.

Además de la historia clínica que se acaba de transcribir, sobre lo acontecido el 3 de abril de 2005 en la Clínica Nuestra Señora del Rosario de Cali, en el proceso se recibieron las declaraciones de los dos médicos que firmaron las respectivas anotaciones, y del especialista con quien se hizo interconsulta telefónica. En efecto:

El médico general **Rodolfo García Ospina** declaró, en relación con su participación en la atención del parto, que vio a Yamileth Lenis a eso de las 12:40 del día, *“en buenas condiciones generales”*, estable al examen físico y en fase de parto, por lo que estimó dar salida con recomendaciones y signos de alarma, y control médico en ocho horas. Indicó, igualmente, que volvió a ver a la paciente en el servicio de urgencias de la clínica, a las 5:08 de la tarde, cuando ya había terminado su turno, pero que como la había atendido anteriormente decidió ingresarla por estar ella en trabajo de parto, valorarla por ginecología y realizarle un monitoreo fetal. Apuntó, asimismo, que entregó a la embarazada a la doctora Marengo, quien comentó el caso con el ginecólogo de turno, el cual determinó *“hospitalizar, iniciar inducción (medicamentos para mejorar el trabajo de parto) y monitoría fetal”*. En respuesta a la pregunta sobre la posición en la que venía el feto, el galeno señaló que *“cuando la paciente ingresó a las dos consultas que realizo, encuentro que la presentación del feto es indeterminada, porque los cambios cervicales son muy leves y es imposible palpar las partes fetales en ese momento”*. En cuanto a la presencia de líquido amniótico con meconio, el profesional de la salud dijo que *“en la cita de las 12 y 35 del día 3 de abril de 2005, la paciente no tenía*

*membranas amnióticas rotas, los cambios cervicales eran indicación de estar en un parto por eso se tomó la conducta de dar manejo ambulatorio*¹².

La doctora **Osiris Judith Marengo Guette** expuso que, estando de turno en urgencias, encontró a Yamileth Lenis Parrales en uno de los consultorios de urgencias con el doctor Rodolfo García, quien la atendía en ese momento, y el cual le pidió un concepto, y por eso al realizarle el examen físico la halló *“con una dilatación del cuello uterino de 2 centímetros y un borramiento del 80%”*, anotando que *“había roto fuente o membrana”* y que la sustancia corresponde a *“un líquido meconiado amarillo (grado 1)”*. Sobre las condiciones en las que prestó la atención, la médica respondió que *“a las 7 de la noche cuando subo a recibir mi turno de cenizo, encuentro a la paciente en la sala de partos del segundo piso de la institución con parto expulsivo y en presentación podálica o de nalgas, entonces procedo a recibir a la paciente recibiendo a un recién nacido, en compañía de otro médico, Dr. Jaime Díaz”*. Indagada sobre los momentos precisos en los que brindó su asistencia médica, indicó que *“la primera vez se me solicitó un concepto acerca de la paciente y en la posterior atención de cenizo la paciente la encuentro en trabajo de parto en expulsivo y me dirijo asistir (sic) el parto”*. Al contestar la pregunta sobre si el médico general que la precedió, Rodolfo León García, le dio alguna indicación u observación sobre la paciente, dijo que *“no referencio (sic) a eso”*. Frente al interrogante sobre si conoció antes del parto algunos de los controles prenatales realizados

¹² Folios 14 a 16 del c. de pruebas de la parte demandante.

a la paciente, respondió que *“lo que registra en la historia clínica de la Clínica del Rosario”*. Finalmente, respecto de la pregunta sobre si estaba presente cuando la paciente empezó a *“parir”*, la médica señaló que *“al ingresar a la sala de trabajo de maternidad encontré a la paciente en expulsivo con un producto en presentación podálica”*¹³.

Por su parte, el ginecobstetra **Jorge Hernán Urrego Grueso** dijo que para la época de los sucesos en cuestión, prestaba sus servicios para la Clínica Nuestra Señora del Rosario, institución de nivel II, en la modalidad de *“turnos de llamados o disponibilidad, según lo ameritara el caso”*, y que en relación con este asunto, recibió una llamada de la doctora Osiris Marengo, a las 5:40 del 3 de abril de 2005, según la Historia Clínica, en la que ella le comentó de una paciente con antecedentes ginecobstétricos, con 40 semanas de embarazo, signos vitales estables, contracciones espaciadas, posición cefálica, dilatación de 2 centímetros, borramiento del 80%, membranas rotas y salida de meconio en moderada cantidad. Indicó que, por lo anterior, *“el caso lo considero de bajo riesgo y según los protocolos de ginecología y obstetricia ordeno monitoría fetal, doy indicación de que si es normal se hospitalice la paciente para inducción del parto”*, llegando hasta ese punto su *“participación”*. En respuesta a otro interrogante, precisó que no tuvo contacto directo con la paciente y tampoco la examinó físicamente, porque las consultas eran por teléfono y si se consideraba que el parto era de *“bajo riesgo”*, la embarazada continuaba bajo el cuidado directo del médico asignado. Indagado sobre si la

¹³ Folios 9 a 13 del c. de pruebas de la parte demandante.

mencionada clínica debía o no contar con un ginecólogo que acompañara al médico general en el evento de una emergencia, respondió el declarante que *“para el nivel de atención y complejidad que manejaba en ese momento la Clínica Nuestra Señora del Rosario, no era obligatorio [que] el especialista acompañara al médico general en los partos de bajo riesgo, según la normatividad vigente era permitido que para el nivel dos (mediana complejidad) de atención, el parto fuera atendido por el médico general”*; agregó, en ese mismo sentido, que es una posibilidad que cualquier parto normal se complique, y en el supuesto de que esto suceda, *“la paciente debe pasar a un nivel superior de complejidad (nivel tres) o ser valorada por un especialista en el nivel dos”*. Preguntado por la salida de líquido teñido de meconio por la vagina, y sobre si su expulsión es normal, contestó el especialista que *“es un signo de que el trabajo de parto se ha desencadenado, la paciente requiere ser hospitalizada y el embarazo debe finalizarse, la salida de este líquido es un signo de bajo riesgo y según los protocolos la conducta es tomar monitoria [fetal] y si se confirma el bienestar fetal [monitoria fetal normal] se debe iniciar conducción del trabajo de parto (reforzar las contracciones)”*. Al insistir en el cuestionamiento sobre el punto, el galeno manifestó que *“algunos fetos no lo presentan [refiriéndose al líquido con meconio] el que lo presente no significa que esté malo, es decir no es un signo que represente compromiso fetal de alto riesgo”*. A la pregunta en torno los fundamentos sobre los que la doctora Marengo basó su comentario telefónico de que el bebé venía en posición cefálica, el doctor Urrego Grueso contestó: *“Yo asumo que en la realización de un examen físico*

a la paciente”. Pasando a otro punto, se le interrogó al profesional, por qué no ordenó el procedimiento de cesárea para evitar el sufrimiento fetal y la consecuente hipoxia perinatal, y frente a ello, replicó que *“el líquido amniótico teñido de meconio no es indicativo de sufrimiento fetal agudo según los protocolos de ginecología obstetricia, no es por lo tanto indicativo de cesárea, la conducta a seguir según los protocolos es confirmación del bienestar fetal por medio de monitoría fetal y si se [confirma] se debe continuar con [parto] vía vaginal [porque] la cesárea es un procedimiento que tiene unas indicaciones específicas que tiene tasas de complicaciones y que de todas formas puede producir la muerte de una gestante”*. Inquirido el médico acerca de la razón por la cual no mandó realizar una ecografía a la embarazada, contestó que *“no lo ordené porque la dra. me comentó certeza que el feto venía cefálico”*. Preguntado sobre el motivo del cambio de posición del bebé, porque se presentó podálico mientras que las valoraciones anteriores decían que cefálico, el ginecobstetra manifestó que *“teniendo en cuenta que el feto es un ente vivo con movimientos propios, y que el útero en esta edad gestacional se ajusta a él, un feto puede cambiar de posición en cuestión de segundos y esto está fundamentado en literatura y en la práctica clínica [...] el trabajo de parto se desarrolló de manera normal y en un tiempo extraordinariamente rápido, pues la paciente progresó rápidamente de una fase inicial de trabajo de parto de manera vertiginosa y anormal, pues lo hizo en menos de dos horas, lo cual constituye un trabajo de parto precipitado y no dio, al parecer, tiempo a una revaloración para verificar la posición cefálica, lo cual se puede corroborar con mayor certeza con*

estados más avanzados en dilatación y descenso de la presentación fetal en el trabajo de parto, ya que además en esta paciente los [tactos] ideales deberían ser espaciados, es decir con intervalos de aproximadamente dos horas entre tacto y tacto, ya que la paciente presentaba la condición de ruptura precoz de membrana y esta medida disminuye el riesgo de infección tanto materna como fetal". En torno a la expulsión precoz de líquido amniótico en el trabajo de parto, el declarante expresó que "no se ha documentado que produzca daño en el feto, pero sí obliga a que como en este caso en un embarazo [a] término se deba finalizar activamente el embarazo para prevención de infecciones". Por último, frente a la pregunta sobre cuál ayuda diagnóstica era más "eficaz" para la salud de la madre y del bebé, esto es, si la ecografía o el monitoreo fetal, el médico indicó que "el monitoreo fetal ya que un trabajo de parto me da cuenta de la frecuencia cardíaca fetal y de cómo está tolerando ese feto las contracciones [pues] la ecografía para diagnosticar bienestar fetal en este momento no aplica"¹⁴.

Además de los médicos que participaron directa o indirectamente en la atención ofrecida a la paciente el 3 de abril de 2005, declaró en el proceso el ginecobstetra **Fernando Ángel Pabón**, quien se refirió a los controles prenatales de la paciente, así como a lo sucedido en dicha fecha, a partir de lo relacionado en la historia clínica.

Dijo entonces el especialista, que valoró por primera vez a Yamileth Lenis el 23 de marzo de 2005, quien

¹⁴ Folios 2 a 9 del c. de pruebas de la parte demandada.

presentaba embarazo de 38 semanas y cinco días, con contracciones leves, sin sangrado genital y sin salida de líquidos por la vagina, destacando, además, que el feto era único cefálico, y que omitió *“tacto vaginal”*. Señaló, asimismo, que vio nuevamente a la embarazada una semana después, el 30 de marzo, hallando adecuados movimientos fetales, no sangrado, no aminorrea y ocasionalmente contracciones. Remarcó que en esta segunda visita, el feto continuaba cefálico, y que también omitió tacto vaginal, siendo ese todo el contacto que tuvo con la paciente. Interrogado sobre la posibilidad del cambio de posición del feto, de cefálica a podálica, durante la fase del trabajo de parto, el especialista, con base en literatura médica que adjuntó y se agregó al expediente, dijo que *“el cambio de presentación se da debido a que el feto está contenido dentro de una cavidad que se llama cavidad amniótica, rodeado de líquido, lo que le permite moverse activamente en este medio, además el útero matriz donde está contenido, no es una cavidad rígida sino que es una cavidad muscular, elástica, lo que no impide que no impide que un feto pueda cambiar de presentación, el trabajo de parto es un proceso dinámico y las condiciones pueden cambiar en cuestión de horas”*. Interrogado sobre la práctica de tacto vaginal cuando se han roto membranas, explicó que *“la ruptura de membranas en el embarazo es una condición que da por incrementado el riesgo de infección tanto para la madre como para el feto y en presencia de un trabajo de parto se deben espaciar los tactos, ya que cada tacto que se haga el llevar bacterias o gérmenes hacia la cavidad uterina, aumentando aún más el riesgo de infección, por tanto la conducta en estos casos es espaciar los tactos al máximo”*.

Sobre las características de la fase expulsiva de la embarazada, explicó que esta fue precipitada, toda vez que en hora y media (contada desde las 5:40 hasta las 7:10 que nació el bebé), la paciente dilató de dos a diez centímetros, cuando la velocidad de dilatación de un parto normal es entre 1 y 1.5 centímetros por hora, lo cual en esta paciente no se cumplió. Preguntado sobre el significado de lo que es un monitoreo fetal con resultado “reactivo”, como el que ordenó el ginecólogo Urrego, el declarante contestó que *“una monitoría fetal es un examen que nos valora el bienestar del feto o sea si hay presencia o no de signos de sufrimiento fetal y cuando nos informa o nos da un resultado reactivo indica más o menos en un 99% de que el feto en ese momento no presenta signos de hipoxia y sufrimiento fetal, esto es un muy buen examen para determinar el bienestar fetal cuando nos informa que está reactivo”*. En cuanto a si lo aconsejable para el caso era la práctica de una cesárea, el galeno manifestó que *“como su nombre lo indica el parto precipitado o intempestivo que también se llama así, se presenta en forma abrupta y no da tiempo a nada, lo único que hay que hacer en ese momento es prepararse para la atención del parto por vía vaginal”*. En referencia al suministro de oxitocina, como medicamento dado a Yamilet para acelerar el trabajo de parto, el interrogado expresó que *“en presencia de un embarazo a término con membranas rotas y con **una muy mala actividad que presentaba esta paciente**, si no se induce con oxitocina se comienza a prolongar el período de latencia”*. En torno a la presencia de meconio en el trabajo de parto, el testigo manifestó que *“el líquido meconiado durante el trabajo de parto de un embarazo a término no es*

algo raro, se presenta con una frecuencia que va entre el 7 al 22% de los embarazos, por lo tanto es frecuente su presentación y aunque es un signo de alerta por sí mismo no es un signo de sufrimiento fetal o de hipoxia fetal, puede haber varias causas entre ellas se considera que es un signo de maduración normal del sistema neurológico y gastrointestinal, en otros casos se produce con presiones transitorias y pasajeras del cordón umbilical y en algunos casos puede ser también un signo de hipoxia. Para aclarar si el feto que presenta [...] meconio está en sufrimiento fetal, para eso la paciente debe manejarse hospitalariamente y para eso se le debe realizar una monitoría fetal que de encontrarse normal nos descartaría el diagnóstico y sufrimiento fetal, pero igualmente esto supone que el trabajo de parto debe continuarse vigilando en forma estricta". Para culminar su declaración, el galeno señaló que en obstetricia no hay embarazos sin riesgo, porque los hay con bajo o alto riesgo; que la Clínica donde se atendió a la paciente, por su nivel de complejidad, en aquél momento la ley le permitía contar con ginecólogo de disponibilidad, y que no es experto para opinar sobre las causas de la laringomalasia diagnosticada al niño, pero es su parecer que si se nace con alguna malformación congénita, es lógico que esa condición "dificulte el proceso de reanimación" o que "posiblemente lo pueda agravar".

6. Pues bien, es a la vista del contenido material de las anteriores pruebas -sobre las que puntualmente recae la censura-, que debe juzgarse si el Tribunal incurrió en desatino fáctico, siendo conveniente observar, para tenerlo como parámetro de actividad insoslayable, que la mera

discrepancia que una de las partes pueda tener con la ponderación de las probanzas no se ajusta a los parámetros de la causal primera prevista en el artículo 368 del Código de Procedimiento Civil, sino que según jurisprudencia constante de esta Sala, solo hay lugar a la casación por error de hecho frente a una irrazonable o arbitraria apreciación de los elementos de convicción, bien por omisión, suposición o alteración de los mismos. Con esos límites, se evita que el recurso de casación se convierta en un examen nuevo y sin fronteras de la totalidad de los aspectos jurídicos de la cuestión o cuestiones litigiosas, ya que tiene un objeto mucho más restringido, dirigido a enjuiciar las hipotéticas infracciones en que haya podido incurrir el *ad-quem*.

Es, en ese marco, que para esta Corporación: “[e]n el campo de la violación indirecta de la ley sustantiva, ésta se presenta siempre con motivo de la labor investigativa del juzgador en el campo probatorio; y en esa labor puede ocurrir que se equivoque el sentenciador porque dé por acreditado un hecho cuya prueba no existe, o porque niega que se encuentra acreditado cuando la prueba del hecho existe. En esto consiste el error de hecho que debe aparecer de modo manifiesto en los autos”¹⁵.

7. Para la Corte -se anticipa-, la exhaustiva relación de las pruebas atinentes a los actos médicos efectuados el 3 de abril de 2005 en la Clínica Nuestra Señora del Rosario a la paciente Yamileth Lenis Parrales, sí permite advertir la comisión de errores de hecho en las apreciaciones

¹⁵ CSJ SC de 31 de agosto de 1955, GJ. 2157 -2158.

probatorias del Tribunal, cuando descartó culpa o negligencia de la parte demandada, y por ende la responsabilidad civil invocada, al señalar que no hay prueba (i) de la demora de la atención, (ii) de un actuar omisivo de los médicos, y (iii) del abandono de la paciente. Esa prueba sí la hay, y es lo que pasa a explicarse en detalle:

7.1. Pese al aumento de litigios por responsabilidad médica, la legislación no ha previsto un marco normativo especial para regular tan difícil campo, por lo cual, las soluciones que la jurisprudencia ha venido aplicando, se sostienen en las reglas tradicionales de la responsabilidad civil contractual y extracontractual, incardinadas, básicamente, en el Código Civil, con lo que, en los juicios de ese linaje contra el médico, las instituciones prestadoras de servicios o las entidades promotoras de salud, la regla de principio es que al actor le corresponde probar que la parte demandada incurrió en culpa, esto es, tratándose de un acto médico, que el personal sanitario actuó por fuera de los dictados de la *lex artis*, postura que, dadas las dificultades para el paciente de demostrar cuestiones de orden técnico-científico, se ha venido, paulatinamente, morigerando con la introducción de figuras como la carga dinámica de la prueba, que permiten tanto hacer justicia a las víctimas del daño como garantizar el derecho a un debido proceso de los profesionales de la medicina, sin llegar a extremos de instituir, por fuera del marco de la ley, una responsabilidad objetiva (o estricta); o la culpa presunta como en la responsabilidad por actividades peligrosas; o un principio

pro damnato o favor victimae, que a toda costa propenda por indemnizar a ese otro que ha recibido el daño, al que se refiere el artículo 2341 de la mencionada codificación, pues, como lo manifestó en su momento el exmagistrado del Tribunal Supremo en España Fernando Pantaleón, al comentar el artículo 1902 del Código Civil de ese país, de similar contenido al prenombrado precepto colombiano, “... indemnizar no borra el daño del mundo, simplemente lo cambia de bolsillo. Por tanto, hay que tener una buena razón para realizar ese cambio. Y considerando la cuestión como exclusivamente entre cada dañante y cada dañado, no es razonablemente discutible que la mejor de tales razones es que la conducta del dañante sobrepasó el límite del riesgo que nos permitimos los unos a los otros en la realización de ese tipo de conductas: que aquel incurrió en culpa”¹⁶.

La culpa, que fue el presupuesto descartado por el Tribunal, en lo concerniente a la responsabilidad médica estudiada, hace relación a la violación de los deberes previamente establecidos para la adecuada prestación del servicio sanitario respectivo (*lex artis ad-hoc*)¹⁷, o en no

¹⁶ PANTALEÓN PRIETO, Fernando, Cómo Repensar la Responsabilidad Civil Extracontractual, en Moreno Martínez, Juan, Coordinador, Perfiles de la Responsabilidad Civil en el Nuevo Milenio. Madrid, 2000, Ed. Dykinson, pág. 448.

¹⁷ La *lex artis ad-hoc* se entiende, en palabras del Tribunal Supremo Español, pertinentes para cualquier ordenamiento, se entiende como “aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad, y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o de actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado), siendo sus notas: 1) Como tal *lex* implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) Objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) Técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la *lex* es un profesional de la

atender los dictados de la diligencia propia de la profesión, en la forma que un médico prudente y diligente lo habría hecho de estar en la misma situación. Lo dijo así la Corte hace ochenta años: *“fuera de la negligencia o imprudencia que todo hombre puede cometer; el médico no responde sino cuando, en consonancia con el estado de la ciencia o de acuerdo con las reglas consagradas por la práctica de su arte, tuvo la imprudencia, la falta de atención o la negligencia que le son imputables y que revelan un desconocimiento cierto de sus deberes”*¹⁸.

Para decirlo en otras palabras, la culpa o negligencia médica significa, traídas las anteriores bases, no actuar de acuerdo con los estándares o parámetros que, en una situación semejante, aplicaría un médico competente; o también, que el médico no es culpable o negligente, si él ha actuado de acuerdo con una práctica aceptada como apropiada por el cuerpo médico de la especialidad respectiva, o de acuerdo con los parámetros o guías para la práctica de algún procedimiento o tratamiento, verbigracia, las normas técnicas del Ministerio de Salud para la atención del parto, en los casos en los que se discute la malap Praxis en la esfera de la obstetricia.

7.2. Entrando en materia, no vio el Tribunal que a la luz de las pruebas acopiadas insoslayable es la demora

medicina; 4) El objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); 5) Concreción de cada acto médico o presupuestos ad hoc: tal vez sea este el aporte que individualiza dicha lex artis: así como en toda profesión rige una lex artis que condiciona la corrección de su ejercicio, en la medicina esa lex, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos”. Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991.

¹⁸ CSJ SC de 5 de marzo de 1940.

en la atención que se prestó el 3 de abril de 2005 a Yamileth Lenis Parrales, por cuanto así lo consignan las anotaciones de la historia de la Clínica Nuestra Señora del Rosario de Cali. Lo dicho, porque estando de acuerdo todos los médicos que declararon sobre el ingreso de la embarazada a las 5:08 de la tarde, con rompimiento de membranas y presencia de meconio, no se entabló, por el médico general que la recibió (Rodolfo León García), comunicación inmediata con el especialista (ginecobstetra), para que este determinara la conducta a seguir, sino que se esperó a que otra médica general en turno (Osiris Judith Marengo Guette), realizara el llamado a las 5:40 de la tarde, perdiendo valioso tiempo, 32 minutos, para obtener un diagnóstico certero del tratamiento que ameritaba la paciente, con una situación, potencialmente riesgosa¹⁹, ante la presencia de un líquido amarillo.

Es cierto que tan pronto retorno la paciente a la clínica, pasado el meridiano, se dispuso por el médico general la realización de una monitoria fetal, según la anotación de las 5:08, pero también lo es que el resultado de la misma, esencial para determinar el bienestar fetal, sólo llegó hasta las 6:46 p.m., minutos antes del nacimiento, que ocurrió a las 7 y 10 de la noche, observándose, además, que en la copia de la historia clínica sistematizada que se le suministró al extremo accionante, por parte de la Clínica, no se adjuntó la copia de esa monitoría, como para corroborar la hora de su toma, los

¹⁹ En este sentido, se recordará que los médicos y especialistas que rindieron declaración, expusieron que por sí solo el meconio no es un signo de alarma o de sufrimiento fetal, pero que es indispensable descartarlo a través de la práctica de una monitoria fetal.

parámetros que arrojó y el resultado reactivo que se incluyó en la H.C., máxime cuando, la autora de la nota, la doctora Marengo Guette, en su declaración (ignorada en parte por el *ad-quem*) no hizo ninguna referencia a la atención de las 6:46 p.m., ya que destacó la primera vista de la embarazada en urgencias (5:08 se asume), y su posterior y definitiva participación cuando entrando a la sala de maternas (a las 7:00 p.m. de acuerdo con lo declarado ante el Juzgado por la doctora Marengo) encontró a la paciente en “*expulsivo*”, con un bebé en posición podálica, situación esta última que también denota un retardo injustificado en la atención, puesto que estando prevenidos todos, incluida ella, de una condición clínica que ameritaba vigilancia permanente, así lo declaró el testigo de la parte demandada, doctor Fernando Ángel Pabón: “**el trabajo de parto [cuando hay rompimiento de membranas y meconio] debe continuarse vigilando en forma estricta**”, ese parámetro o regla de comportamiento no se satisfizo, ya que el expulsivo principió sin la presencia de la médica de turno.

Así las cosas, razonablemente no había forma de concluir (como equivocadamente lo hizo el Tribunal) que la cronología de los actos médicos permitía inferir que no hubo retardo en la atención, porque más allá de que en efecto hubo por lo menos tres anotaciones que se hicieron entre el segundo ingreso de la paciente y el nacimiento de su hijo, relacionadas con la hospitalización, valoración y seguimiento, y atención del parto; el juzgador de segunda instancia, incurriendo en evidente defecto fáctico, dejó de apreciar las singularidades de esas actuaciones (y

omisiones), a la par que, para aclarar lo relacionado en la historia clínica y perfilar de una mejor manera su argumento probatorio, pasó por alto segmentos importantes de la declaración de la médica general que dio su versión directa sobre lo ocurrido el 3 de abril de 2005, particularmente, después de las 5:08 de la tarde, y quien ninguna mención hizo en ella sobre la llamada al ginecobstetra Jorge Hernán Urrego Grueso, a las 5:40 de la tarde, como tampoco, se reitera, sobre la anotación de las 6:46 de la tarde, trascendental, porque es cuando en la historia clínica se indica que se recibe el resultado de la monitoría fetal, y porque precede en 24 minutos a la fecha reportada del nacimiento.

Total que la historia clínica, por sí sola, no daba cuenta de la prestación oportuna del servicio asistencial, y que la declaración preterida generaba un evidente manto de duda sobre algunas de las anotaciones insertadas en la historia clínica, en especial las de las 5:40 y 6:46 de la tarde, lo que necesariamente llevaba a descartar una atención tempestiva del parto.

7.3. Tampoco observó el Tribunal, debiendo hacerlo, que el actuar omisivo de los médicos se acreditó también con las pruebas allegadas, toda vez que, amén de lo relacionado con el tardío reporte del monitoreo fetal y la mediata comunicación con el especialista Urrego Grueso, la declaración de este último, no contemplada integralmente por el Tribunal, deja ver que asumió como cierta, “supuso” en sus propias palabras, la posición cefálica del bebé de

Yamileth Lenis Parrales, sin constatar o verificar con la médica que lo llamó, si esa certeza se soportaba en la realización efectiva de un examen ginecológico (tacto vaginal) o de una ecografía, y a partir de ahí determinó (se reitera, sin corroborarlo), que se estaba en presencia de un embarazo de bajo riesgo, y que la conducta a seguir era el monitoreo estricto y provocar el parto natural, con el suministro de oxitocina.

Y es que el especialista de turno, enterado por cualquier medio del ingreso en la clínica para la cual presta sus servicios de una mujer grávida con rompimiento de fuente y secreción de meconio amarillo, no puede agotar su labor con la simple emisión de un par de recomendaciones telefónicas, sin antes averiguar o indagar con el rigor científico y práctico exigido a un especialista en ginecobstetricia, la genuina condición física de la persona, que es la base elemental para un diagnóstico o recomendación correcta.

Queda perpleja la Corte cuando, en tan delicada materia como es la de la atención de un parto, el ginecólogo declara que la buena posición fetal la dio por sentada de una simple afirmación de su interlocutor: *“Yo asumo que en la realización de un examen físico a la paciente”*; sin la respectiva indagación de examen o técnicas que se aplicaron para determinarlo, descuido que se antoja aún más relevante en este caso, cuando el médico general (Rodolfo León García Ospina) que en las dos primeras oportunidades recibió a Yamileth, esto es, a las 12:37 del medio día y a las 5:08 de la

tarde, declaró en el proceso que **“cuando la paciente ingresó a las dos consultas que realizó, encuentro que la presentación del feto es indeterminada, porque los cambios cervicales son muy leves y es imposible palpar las partes fetales en ese momento”**²⁰.

De manera que el error de hecho del Tribunal al no apreciar el actuar omisivo en la atención mencionada es de fácil comprobación, porque con la historia clínica y la declaración de Jorge Hernán Urrego Grueso, según quedó visto, no era viable deducir el cabal cumplimiento en los mandatos de la *lex artis ad-hoc*, ya que si la “Norma Técnica para la Atención del Parto” del Ministerio de Salud²¹ indica que el líquido amniótico meconiado es un factor de riesgo biológico en el parto, y que “la presencia de factores de riesgo condicionarán la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite”, a la luz de esas reglas o directrices, lo que se esperaba del especialista de turno, y que no hizo, era advertir del riesgo en el parto, indagar con especial celo las condiciones físicas de la paciente, realizar seguimiento de sus recomendaciones, hacer presencia física en la clínica, y evaluar la posibilidad de remitir a la embarazada a una institución hospitalaria de mayor nivel, puesto que la Clínica Nuestra Señora del Rosario era de segundo nivel, y tenía habilitados los servicios de ginecobstetricia para partos de “bajo riesgo”, según lo testimonió, igualmente, el propio doctor Urrego Grueso.

²⁰ Las subrayas de este y todos los demás textos entre comillas, es a propósito.

²¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

Ahora bien, a la misma conclusión se llega si se toma como parámetro para realizar el test de cumplimiento de guías y protocolos, por ejemplo la “*Guía de Atención del Parto*”, revisada por Ariel Iván Ruiz Parra, y con la participación en la socialización del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Salud y de la Universidad Nacional de Colombia, entre muchos otros²², porque allí se indica que (i) el líquido amniótico meconiado es un factor de riesgo biológico, (ii) que hay que realizar monitoreo continuo ante la presencia de meconio espeso, pues la presencia de este puede indicar “*sufrimiento fetal*”, por lo que se debe realizar monitoría electrónica, y (iii) que si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables, la gestante debe ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

En este punto solo resta por señalar, que cuando los interesados en el proceso, como en este caso, en defensa de sus posiciones aseguran en forma general el cumplimiento de guías o protocolos, es por demás natural y obvio, que si no las aporta al proceso para acreditar su dicho, el juzgador queda totalmente habilitado con ello para consultarlas, como criterio hermenéutico para valorar las pruebas oportuna y regularmente aportadas, a condición de que esas guías o protocolos cuenten con un mínimo de consenso, como por ejemplo, las que provienen de una autoridad pública en el ramo, o de instituciones educativas o de investigación con la debida acreditación.

²² www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/Obstetricia_GuiaAtencionDelParto_guias08.pdf

En definitiva, en contra del argumento probatorio del Tribunal, las pruebas demostraban inequívocamente el incumplimiento del débito médico, porque ante la presencia de signos de riesgo biológico en el parto (meconio en el líquido amniótico), se estaba sobre aviso de una situación lejana a lo imprevisible o incontrolable, y que ameritaba el seguimiento estricto de los médicos generales (en urgencias y en la sala de maternas) de la Clínica, así como del especialista en ginecobstetricia, cuya acuciosa intervención bien hubiera podido cambiar el curso de los acontecimientos, como para ordenar la práctica de una ecografía que estableciera con certeza la posición del feto, determinar que el nacimiento del bebé se diera por cesárea, disponer a tiempo la remisión de la gestante a otro nivel hospitalario, o atender a tiempo un parto podálico, que dada la dificultad de su presentación, la intervención de un experto con mayor conocimiento y experticia que la del médico general, hubiera permitido, o por lo menos dado un chance u oportunidad, de un desarrollo diferente al de los hechos que finalmente resultaron.

7.4. El derecho a la salud ha sido reconocido, primero por la jurisprudencia y luego por la ley, como de estirpe fundamental; por ello, la ejecución o cumplimiento de los deberes médicos, está íntimamente relacionada no solo con las obligaciones que en manera tradicional se entiende adquiere el profesional con el paciente: *“suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con la*

ciencia”²³, sino también con lo que hoy en día ha dado en llamarse por la doctrina, “*deber de humanismo médico*”, que conlleva reconocer a quien asiste al centro hospitalario como ser humano y no meramente como usuario, y con base en ello procurarle un acompañamiento serio y efectivo en lo físico y en lo psicológico, y lo más importante, adecuado a sus particulares circunstancias.

Es, en ese contexto, que se observa que la historia clínica de Yamileth Lenis Parrales, interpretada al compás de la declaración de uno de sus autores, la doctora Osiris Judith Marengo Guette, sí informa del abandono de la gestante en la etapa culminante o fase final del trabajo de parto, pues la relación médico-paciente, después de la valoración de las 5:40 p.m., según lo analizado atrás, solo vino a ser retomada por la médica general, cuando comenzó su turno de médico “*cenizo*”, después de las 7:00 de la noche (ya se puso en detalle la inconsistencia de la anotación de las 6:46 p.m.), encontrando a la paciente en “*expulsivo*” y produciéndose el nacimiento de Andrés Felipe Holguín Lenis, a las 7:10 p.m.

Así las cosas, a pesar del que denominó el Tribunal como “*pobre actuar probatorio de la parte actora*”, la sola historia clínica de la paciente y la declaración de la doctora Marengo Guette, que no apreció ese juzgador en detalle como para inferir en forma adecuada sus contradicciones y las verdaderas particularidades de la atención que realmente se brindó, dejan al descubierto, y ahí está el error

²³ CSJ SC de 12 de septiembre de 1985.

de hecho, por no apreciarlo, el “*abandono de la paciente*” en su trabajo de parto, que solo vino a ser retomado, en el estadio final del “*expulsivo*”, no obstante que en situaciones semejantes, la relación médico-paciente, no solo desde lo técnico-científico sino también de lo humano, debe ser estrecha y permanente.

8. Como conclusión de cuanto viene de analizarse, resulta evidente el error de hecho cometido por el Tribunal al apreciar las pruebas anteriormente mencionadas, comoquiera que para descartar la culpa galénica, se atuvo a la superficial observación de la historia clínica, sin cotejarla o contrastarla con todas las declaraciones de sus autores, de cuyo examen detallado surgía, indiscutido, el actuar negligente en la atención de parto de Yamileth Lenis Parrales, a partir de su segundo ingreso a la Clínica Nuestra Señora del Rosario, el 3 de abril de 2005.

9. El desatino detectado luce trascendente, toda vez que al descartarse la responsabilidad civil de los demandados, ello provocó la revocatoria de la sentencia estimatoria dictada en primera instancia, y la consecuente desestimación de las súplicas de la demanda inicial.

10. El cargo, por consiguiente, prospera y, en tal virtud, habrá de casarse el proveído objeto de la censura.

11. Antes de proceder con la resolución sustitutiva, ubicada la Corte en sus funciones de juzgador de instancia y en ejercicio de sus competencias legales previstas en los

artículos 179 y 180 del Código de Procedimiento Civil, dispondrá del decreto de las pruebas de oficio, que considera necesarias, detalladas en la parte resolutive de esta providencia.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **CASA** la sentencia del 13 de noviembre de 2015, proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, en el proceso que se dejó plenamente identificado en los comienzos de este proveído y, actuando en sede de segunda instancia, antes de emitir el fallo de reemplazo, **ORDENA** la práctica de las siguientes pruebas:

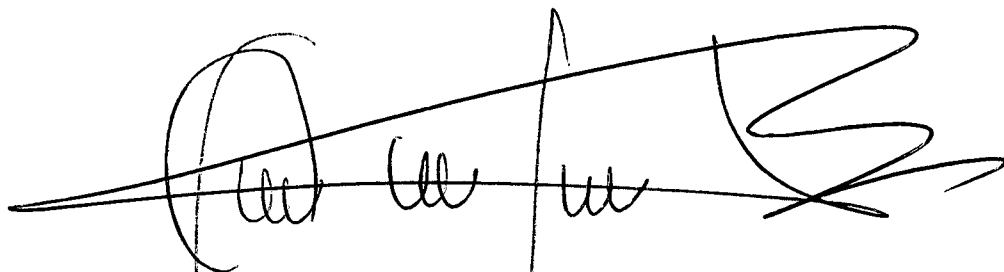
Primera: Oficiar a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, para que preste su apoyo en este proceso, conceptuando si el **“retardo en desarrollo psicomotor”** diagnosticado a Andrés Felipe Holguín Lenis, por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, con algún grado de probabilidad (precisando cuál), tuvo o pudo tener por causa las condiciones físicas en las que nació ese niño el 3 de abril de 2005, y que se especifican en la historia médica de la Clínica Nuestra Señora del Rosario de Cali, la cual se le hará llegar, al igual que la de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios y el

Hospital Infantil Club Noel, junto con la comunicación respectiva elaborada por la Secretaría de esta Corporación.

Segunda: Oficiar a la facultad de Medicina Legal, para que preste su auxilio en este juicio, y a la luz del conocimiento científico consolidado o aceptable en el momento, señale si la asfixia perinatal que fue diagnosticada por la Clínica Nuestra Señora de los Remedios al recién nacido Andrés Felipe Holguín Lenis, pudo ser consecuencia de las condiciones en las que se dio el alumbramiento, descritas en la historia médica de la Clínica Nuestra Señora del Rosario, y si la misma pudo ser evitada, en el caso concreto, con la participación activa de un ginecobstetra, o de una cesárea. En el oficio correspondiente, la Secretaría de la Sala enviará a la entidad copia de las historias clínicas referidas en el ordinal anterior.

Tercero: Disponer que en las comunicaciones que se libre a las precitadas universidades, se les solicite que, en lo posible, remitan los respectivos informes en un término no mayor a dos meses, contado desde cuando queden enterados.

Cópiese, notifíquese y cúmplase.



LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA
Presidente de Sala



ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO



AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO



LUIS ALONSO RICO PUERTA



OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE



FRANCISCO TERNERÁ BARRIOS