

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA CIVIL FAMILIA
MANIZALES**

**Magistrada Ponente: ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS
Rad 17-380-31-12-002-2017-00603**

Manizales, treinta y uno (31) de agosto de dos mil veinte (2020)

Sentencia N° 100
Discutida y aprobada mediante acta N°142 de la fecha

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Estudiada la sustentación del recurso de alzada y el correlativo escrito de réplica, acorde el traslado que en cumplimiento del artículo 14 del Decreto 806 del 2020 fue corrido mediante auto del 9 de junio pasado, corregido el día 12 siguiente, procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra de la sentencia proferida el 20 de noviembre de 2019 por la señora Jueza Segunda Civil del Circuito de La Dorada-Caldas, dentro del proceso de responsabilidad médica instaurado por el señor Pedro Antonio Romero Velásquez y la señora Karol Briyith Meneses Moreno, en nombre propio y como representantes de sus menores hijos Simón y María José Romero Meneses, en contra de la Clínica Flavio Restrepo S.A.S.

II. ANTECEDENTES

Conforme lo previsto en el artículo 280 del C.G.P., baste con recordar que lo pretendido por los demandantes es que se declare civilmente responsable a la Clínica Flavio Restrepo S.A.S., con domicilio en La Dorada – Caldas, por la infección intrahospitalaria adquirida por el señor Pedro Antonio Romero Velásquez, y, en consecuencia, sea dicho ente condenado al resarcimiento de todos los perjuicios que tal situación les ocasionó.

Alegan en sustento, que tras un accidente sufrido por el señor Romero Velásquez en el que se fracturó el fémur, fue intervenido quirúrgicamente en la clínica convocada el 4 de abril de 2016 y dado de alta al día siguiente; la herida del sitio de operación presentó inflamación y emanación de líquido color rosáceo que puso en conocimiento del personal que lo atendió cuando iba a curaciones; tal situación

suscitó que fuera nuevamente hospitalizado y posteriormente trasladado a la Clínica La Presentación de Manizales, donde descartaron el diagnóstico de lesión vascular por el que fue remitido, evidenciándose la presencia de una bacteria “*enterocococloacae*” que le produjo una grave infección que le impidió la consolidación del hueso fracturado, situación por la que se ha tenido que someter a varios procedimientos sin lograr restablecer su salud.

La Clínica Flavio Restrepo S.A.S. se opuso a las pretensiones, alegando en su defensa las siguientes excepciones: “Ausencia de culpa de la Clínica Flavio Restrepo, por comportamiento diligente, prudente y acorde con el estado de la ciencia médica en el tratamiento médico, quirúrgico y hospitalario brindado al paciente Pedro Antonio Romero Velásquez, del cual éste señala se derivaron daños para su salud”; (ii) “Causa extraña atribuible al demandante por incumplimiento de las órdenes médicas de egreso, al acudir a un familiar enfermero para la realización de las curaciones en la casa -con aumento de riesgo de infección, conducta constitutiva de la causal de exoneración- Hecho de la víctima como causa exclusiva del daño, que exonera totalmente al demandado”; (iii) “Culpa del paciente en la generación de la infección, por la falsedad en la información suministrada a su ingreso por el servicio de urgencias a la Clínica Flavio Restrepo, sobre el accidente generador de las lesiones”; y (iv) Inexistencia del nexo causal entre la infección hallada en el sitio operatorio -ISO- y el procedimiento médico, quirúrgico y atención hospitalaria presentada al paciente en la Clínica Flavio Restrepo”.

En escrito separado efectuó llamamiento en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros, quien se opuso también a la totalidad de las pretensiones y formuló las excepciones de: (i) “Debida diligencia y cuidado – Atención médica ajustada a la *lex artis* – Obligación médica es de medios”; (ii) “Inexistencia de nexo de causalidad”; y (iii) “Coadyuvancia”. Respecto al llamamiento en garantía, aceptó como cierto el vínculo contractual que le precede y planteó las excepciones de: (i) “La póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales opera bajo la modalidad *ClaimsMade*”; (ii) “Sublímite y deducible”; y (iii) “Reducción de valor asegurado”.

La instancia finiquitó con sentencia en la que se declaró probada la excepción de “Ausencia de culpa de la Clínica Flavio Restrepo, por comportamiento diligente, prudente y acorde con el estado de la ciencia médica en el tratamiento médico, quirúrgico y hospitalario brindado al paciente Pedro Antonio Romero Velásquez, del cual éste señala se derivaron daños para su salud”, formulada por la clínica en mención, absolviéndola en consecuencia de las pretensiones del libelo demandatorio y de contera a la llamada en garantía.

La parte demandante apeló la decisión, mostrando su desacuerdo con el análisis probatorio efectuado, pues en su criterio sí se demostró la existencia del daño y del deber jurídico de la demandada a responder por él.

III. CONSIDERACIONES

3.1. Problema Jurídico

Encontrando que los presupuestos procesales están reunidos, que no se observa causal de nulidad con aptitud para invalidar lo actuado, y que no hay lugar a derivar indicios del proceder de las partes según lo previsto en el artículo 280 del C.G.P, compete a la Sala, con el límite impuesto en el artículo 328 del CGP, establecer si, como lo afirma la parte recurrente, la Clínica convocada desatendió su obligación de seguridad para con el paciente Pedro Antonio Romero Velásquez, al haber adquirido éste una infección hospitalaria que repercutió negativamente en su salud.

3.2. Tesis de la Sala

Esta Colegiatura defenderá la postura acorde con la cual de los elementos de convicción allegados al plenario se dilucida la ausencia de responsabilidad de la institución convocada, dado que no es posible estructurar el vínculo causal entre su actuar y la producción del resultado dañoso.

3.3. Supuestos Jurídicos

3.3.1 En criterio de la Corte Suprema de Justicia, la responsabilidad médica se predica del ejercicio de la profesión de la medicina cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control se causa daño. También ha decantado la Alta Corporación, que el contexto o naturaleza de la atención en salud abarca y compromete la responsabilidad de los entes hospitalarios en lo tocante con aspectos que no se contraen al acto médico en sí, pero se relacionan directamente con la prestación de dicho servicio, entre ellas las obligaciones en torno a garantizar la seguridad de los pacientes.

Tratándose de responsabilidad derivada del acto médico, por regla general se está ante obligaciones de medio, como expresamente lo señala el artículo 104 de la

Ley 1438 de 2011¹; empero, en relación con las obligaciones de seguridad hospitalaria, dirigidas a evitar accidentes e infecciones, no existe una posición pacífica. Algunos sectores doctrinarios y jurisprudenciales las han considerado como de resultado, siendo incluso ubicadas dentro del régimen de responsabilidad objetiva²; criterio absoluto que no es compartido por el Órgano de Cierre en materia civil que en sentencia SC2202 de 2019, iteró: *“Es pues, doctrina probable de esta Corporación, entender que la obligación de seguridad a cargo de centros de salud y hospitales, es dable sub clasificarla en atención a la aleatoriedad e imposibilidad de controlar factores y riesgos que inciden en los resultados. En principio y de acuerdo con los estándares técnicos y científicos exigibles a la entidad es de medio la obligación de seguridad a cargo de estos establecimientos de hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse”*³; precisando: *“Estima la Corte que al ser una obligación de prudencia y diligencia la de seguridad que se viene examinando (evitar que el paciente contraiga infecciones intrahospitalarias), el contenido de la obligación del deudor será entonces el de ser diligente y cuidadoso, el de emplear los medios idóneos de acuerdo con las circunstancias y las normas técnicas y protocolos para tratar de alcanzar el fin común perseguido por las partes, razón por la cual sólo su conducta lo hará responsable o lo exonerará, sin perjuicio de que, por supuesto, pueda demostrar una causa extraña”*⁴.

3.3.2 En este tipo de causa civil, para la prosperidad de las pretensiones se cierne sobre el demandante la carga de acreditar los elementos que la estructuran: el hecho, el daño, el nexo causal entre aquellos y la culpa, y para el demandado la de desvirtuarlos, pues tales presupuestos no son ajenos al régimen general de la responsabilidad, tal como se advirtió en la Sentencia del 30 de enero de 2001, expediente 5507 por la CSJ, Sala Civil.

Sin embargo, no puede olvidarse que en este campo (en el de la responsabilidad médica) el principio de la carga de la prueba debe verse desde un sentido dinámico por la dificultad a la que se enfrenta la víctima para acreditarla, así, reiteradamente la Corte Suprema de Justicia *“ha prohijado, conforme a las tendencias internacionales, una interpretación del principio de la carga de la prueba en sentido dinámico, entendiendo con ello que la parte que esté en mejores posibilidades de ofrecer al proceso la demostración de la verdad histórica que se investiga, sea la*

¹ Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social el Salud y se dictan otras disposiciones.

² Tal como lo ha señalado el Consejo de Estado, de manera reiterada.

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2202-19 del 6 de febrero de 2019, M.P. Margarita Cabello Blanco.

⁴ Ob., cit.

que deba, en principio, y atendidas las particularidades de cada caso, aportar esos medios de convicción.” Tal como lo ha dicho la CSJ en Sentencia 2506-2016 (2 de marzo), radicado 2000-01116, con ponencia de la Magistrada Margarita Cabello Blanco).

Este aspecto probatorio no se aparta de los límites que los litigantes con su demanda y contestación imponen al Juez, a menos de desatender el principio de congruencia consagrado por el art. 281 del C.G.P., conforme al cual en palabras de la Corte Suprema de Justicia “...*debe el juez, al dictar el fallo en el cual dirime la controversia, respetar los límites o contornos que las partes les definen a través de los que reclaman (pretensiones o excepciones) y de los fundamentos fácticos en que basan ante todos los pedimentos, salvo el caso de las excepciones que la ley permite reconocer de oficio, cuando aparecen acreditados en el proceso, o de pretensiones que, no aducidas, asimismo debe declararse oficiosamente por el juez*” (Sentencia de la Sala Civil 1806 de 2015).

3.4. El caso concreto

3.4.1. El debate planteado por la activa se ha circunscrito desde sus inicios a la responsabilidad que pudiera tener la clínica demandada en el cuadro infeccioso que presentó el señor Pedro Antonio Romero Velásquez en su miembro inferior izquierdo, como consecuencia de haber allí adquirido la bacteria *enterobactercloacae*; ningún reproche fue dirigido frente al manejo que los galenos tratantes le dieron a la fractura de fémur y demás lesiones por las que fue llevado a dicho centro. Bajo este norte, la Sala se centrará con exclusividad en verificar si la complicación postoperatoria de aquél se debió a la desatención de la obligación de seguridad que le asistía a la convocada.

3.4.2. Conforme los reparos planteados por la parte la recurrente frente a la decisión de primer nivel, se colige que la tesis con la que pretende su revocatoria descansa en los siguientes postulados: (i) En tratándose de una infección nosocomial, la obligación de seguridad que le asiste a la clínica convocada no es necesariamente de medio sino que puede serlo de resultado en la medida que la víctima no haya participado en la producción del daño; (ii) En este caso aparece probado de manera prevalente con más de 50% de probabilidad que el señor Pedro no contribuyó al evento adverso y no ser de recibo los testimonios técnicos que señalaron lo contrario por la relación laboral con la convocada, y; (iii) obrar prueba de la adquisición de la infección en la clínica.

La disertación de la Colegiatura, girará entonces en torno de tales ítems, a efecto de determinar si encuentran asidero probatorio, y poder así declarar la responsabilidad deprecada.

3.4.3.Al momento de fijar el litigio, acordaron las partes tener por probados los siguientes hechos relevantes: -Que en accidente ocurrido el 3 de abril de 2016, el codemandante Pedro Antonio Romero Velásquez sufrió, entre otras lesiones, fractura de diáfisis del fémur, por lo que fue ingresado en la clínica demandada el día siguiente e intervenido quirúrgicamente en la misma calenda;- Que fue dado de alta un día después con las recomendaciones pertinentes para el cuidado en casa; - Que reingresó a la institución el 10 de abril para que le fuera tratada la herida del sitio operatorio;- Que en esta nueva estancia se le manejó su problema mediante antibióticos, drenajes y otros procedimientos.

3.4.4.Lo primero a clarificar es si el evento posoperatorio presentado por el señor Romero Velásquez, se corresponde con las hoy denominadas por la Organización Mundial de la Salud- OMS, como “INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD – IAAS”, anteriormente llamadas nosocomiales o intrahospitalarias, que son aquellas *“que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado **ni estaba en período de incubación** en el momento del ingreso a la institución”*⁵. (Subraya de la Sala)

De acuerdo con tal definición, es claro que cuando se alude a este tipo de infección, es porque hay certeza que la misma no estaba presente, ni se encontraba en período de incubación al momento del ingreso del paciente o de realizarle un procedimiento y se adquirió durante la hospitalización o como consecuencia de la estancia allí o de la intervención recibida, *“manifestándose en el tiempo de internación o después del egreso del paciente así: - Paciente que ingresó infectado y sale infectado (extrahospitalaria). - Paciente que ingresó en período de incubación y desarrolló la infección por fuera del hospital (extrahospitalaria). - Paciente que ingresó sano, adquirió la infección y la desarrolló en el hospital (intrahospitalaria). - Ingresa infectado, se cura, adquiere una nueva infección intrahospitalaria y egresa en período de incubación pero desarrolla la infección por fuera del hospital (infección intrahospitalaria)”*.⁶

⁵ Estudio: “Detectar, Prevenir y Reducir Infecciones Asociadas con la Atención en Salud. Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas Prácticas Para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”, publicado por el Ministerio de Salud de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infecciones.pdf>

⁶<https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/903-infecciones-intrahospitalarias/file>

Cuando el paciente hace un proceso infeccioso, se dice que es de etiología intrahospitalaria si el germen, bacteria, virus u hongo que lo produjo, “*sufren cambios que hacen que los medicamentos utilizados para curar las infecciones dejen de ser eficaces*”⁷, es decir, estas infecciones están asociadas a microorganismos multiresistentes, “*teniendo en cuenta que la resistencia a los antimicrobianos (RAM) se define como “el fenómeno por el cual un microorganismo deja de ser afectado por un antimicrobiano al que anteriormente era sensible*”⁸.

Así pues, cuando la infección o el germen que la produjo tiene tales características, o sea, cuando es considerada por el conocimiento científico afianzado como de carácter “intrahospitalaria”, se debe concluir que se contrajo al interior del centro médico.

Es un hecho incontrovertible ⁹que tanto la clínica convocada como La Presentación, en su orden, ordenaron cultivos de muestras tomados en el paciente para determinar la presencia de infección, de qué tipo y el germen que la produjo; cada uno de ellos aisló distintos; el primero *seudomaaeruginosa* y el segundo (considerado por la activa como el causante del cuadro infeccioso del señor Pedro Antonio), *enterobactercloacae*, ambos multisensibles y no multiresistentes, lo que desdice de una genuina Infección nosocomial.

La perito, médica ortopedista Lina María Vélez Cuervo, al referirse a ambas bacterias encontradas en el paciente, según quedó consignado en las historias clínicas por ella revisadas, fue clara en exponer que no era posible precisar que se tratara de una infección hospitalaria; que un mismo germen puede encontrarse en la naturaleza o en el nosocomio , pero sí tiene incidencia el nivel de resistencia a los antibióticos, por cuanto ostentan esa particularidad los hallados en zonas donde se manejan más técnicas de limpieza como son éstos.

Esta última conclusión la resalta el censor para argumentar que es más probable que se hubiere producido la inoculación en la sala de cirugía donde le practicaron la primera intervención, porque la experta conceptuó que en este ambiente el germen adquiere resistencia a los antibióticos, olvidando que el cultivo arrojó como resultado que era multisensible, lo que torna la inferencia en infundada.

⁷ Ídem.

⁸ Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-IAAS y la Resistencia Antimicrobiana. 2017. Ministerio de Salud de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/programa-iaas-ram.pdf>

⁹ Obran en las historias clínicas aportadas en CD por las partes los respectivos reportes, a los que hizo referencia la perito. También acudieron a tales datos los testigos médicos.

El testimonio médico vertido por el cirujano ortopédico José Manuel Burón de la Fuente (quien realizó la primera cirugía de reducción de la fractura), fue claro en explicar porque no se trató de un germen hospitalario. Al respecto dijo: *“cuando usted toma un cultivo toma un antibiograma, usted siembra la muestra, ahí va a crecer algo y hace como parchecitos de diferentes tipos de antibióticos y le dice la sensibilidad o la resistencia que tiene ese germen a ese antibiótico y se le hizo un cultivo... cuando miramos el antibiograma era sensible a todo, o sea, cuando usted tiene un germen intrahospitalario el germen es al revés, es multiresistente por el uso de antibiótico y el germen del paciente es resistente a los antibióticos, cuando un germen es sensible a todo es un germen virgen, nuevo.”*

Al pedírsele que precisara si la *seudomona* aislado en el primer cultivo y cuya muestra se tomó en la clínica es una bacteria intrahospitalaria o puede estar en el medio ambiente, dijo que podía residir en ambos, siendo la única diferencia que la primera es resistente y la del ambiente es sensible. En cuanto al *enterobacter cloacae* encontrado días después en la clínica La Presentación, considera que tampoco tiene la naturaleza de nosocomial por la misma razón.

Indagado sobre las razones por las cuales consideraba que el cuadro infeccioso del señor Romero no provenía de la clínica, manifestó: *“hay tres razones: el germen era multisensible, o sea era sensible a todos los antibióticos a diferencia de un germen intrahospitalario; segundo, ningún paciente antes, durante o posterior... no se infectaron; y tercero, el rango de protocolo de seguridad por debajo del límite de lo normal.”*

Otra prueba que da cuenta de no tratarse de una infección asociada al cuidado de la salud, es el testimonio del médico Flavio Restrepo Gómez, cirujano especialista en ortopedia con subespecialidad en infección osteoarticular, quien también atendió al codemandante. Informó que ambas bacterias se encontraban en múltiples espacios incluso en los centros asistenciales, explicando que de ser gérmenes que habitan en el nosocomio, y especialmente en el quirófano como lo alega la activa, se supone que es multiresistente, lo que no ocurrió en este caso. Igual que el testigo anterior, aseveró que por la época de la intervención cuestionada, ningún otro usuario presentó cuadros infecciosos.

Finalmente, obra la declaración de la señora Elizabeth Santacoloma Jaramillo, bacterióloga y coordinadora del programa de calidad en la clínica demandada; hizo alusión a la muestra tomada con el fin de realizar el cultivo con el que se conocería si presentó infección y el germen que la produjo, asimismo describe el proceso que debe seguirse hasta obtener el resultado, que en este caso fue la presencia de

bacterias multisensibles a todos los antibióticos. Aclara que cuando se trata de agentes patógenos intrahospitalarios, son generalmente multiresistentes.

Pero es que, aún si se prescindiera del análisis precedente para determinar la condición de intrahospitalaria de la infección, tampoco puede deducirse ello de los tiempos de entrada, estancia y dado de alta de la clínica, pues obra prueba¹⁰ de la que se concluye que las dos bacterias aisladas tienen un periodo de incubación, que en este caso es mayor al tiempo transcurrido entre el accidente y la cirugía, incluso superior al momento en que fue dado de alta, por lo que bien pudieron los microorganismos causantes estar en ese proceso al llegar allí; hecho que cobra más relevancia cuando la evidencia muestra, como se verá más adelante, que la forma como ocurrió el accidente, el tiempo de rescate y el no cumplir con las recomendaciones médicas, hacen mucho más probable que se gestara el cuadro infeccioso por fuera de la institución.

Un último elemento argumentativo a tener en cuenta en este ítem., es que las bacterias aisladas tras los cultivos realizados sobre muestras tomadas del paciente, puntualmente la *Enterobacter cloacae*, no es exclusiva de lugares donde se dispensen servicios de salud; siendo infinitos los ambientes donde pueden hallarse, tal como lo indicó la señora perito y los testigos médicos antes mencionados.

3.4.5. Esclarecido que la afectación del señor Romero Velásquez no fue propiamente una infección asociada a la atención en salud, y dado que ello no descarta que la hubiera podido adquirir en la clínica accionada, preciso es entrar a verificar si los medios probatorios que adujo el censor, en verdad confirman que fue así como sucedió y que ello obedeció a la violación del deber de seguridad que a la institución le asistía.

Conviene a este propósito recordar, que en la demanda se expuso que la infección la produjo la bacteria "*eterobacter cloacae*" que aislaron en el segundo cultivo ordenado por la Clínica La Presentación y que fue "*contagiada*" en la sala de quirófanos de la Clínica Flavio Restrepo durante la primera intervención. Al formular sus reparos a la sentencia, expresó su desacuerdo con el análisis probatorio efectuado, ya que tales hechos encontraban respaldo en la historia clínica, el testimonio técnico de la Dra. Elizabeth Santacoloma, la confesión de la apoderada de la pasiva y el dictamen pericial rendido por la Dra. Lina María Vélez Cuervo, enfatizando en esta última prueba al sustentar el recurso, cuando adujo que la experta afirmó que la bacteria que afectó a la víctima es muy habitual en el

¹⁰ Así lo declaró el Dr. Flavio Restrepo Gómez, ortopedista con subespecialidad en Infección osteoarticular,

ambiente y en los escenarios hospitalarios, que en los ambientes quirúrgicos adquiere resistencia a los antibióticos y que su forma de inoculación en el hueso es directa, de donde deviene como hipótesis más probable la por él sostenida, aunado a que la fractura fue cerrada.

Atendiendo al contorno fáctico antes descrito, se aplica la Colegiatura en analizar los medios suasorios enunciados por el impugnante con miras a dilucidar si le asiste razón al decir que con ellos se logra establecer la responsabilidad del extremo pasivo en el cuadro infeccioso desarrollado por el codemandante.

(i) Frente a la supuesta *“confesión espontánea en la que incurrió la apoderada de la parte demandada al momento de formular los interrogatorios”* nada se dijo en los escritos de reparos y sustentación que explique en qué pudo consistir; es una manifestación que por sí misma carece de sentido y contenido, luego la Colegiatura queda relevada de cualquier pronunciamiento al respecto.

(ii) En lo que concierne al testimonio técnico de la bacterióloga Elizabeth Santacoloma Jaramillo, ninguna referencia hace el censor que permita comprender cuál fue el yerro en que incurrió la señora juez al valorarla; qué de lo narrado por ella se traduce en que la infección se gestó en la entidad demandada como él lo afirma.

Por el contrario, en su deponenciala profesional fue contundente al informar que de conformidad con los protocolos existentes en la institución, al señor Romero Velásquez se le tomaron todos los exámenes necesarios, se hizo la reserva de sangre previa a la cirugía verificando la compatibilidad de la misma con el paciente. Describió al detalle el procedimiento del cultivo adelantado en ese caso y expuso tener conocimiento de otro realizado de muestra tomada en la Clínica La Presentación, y refirió que aunque ambos aislaron bacterias diferentes tenían en común que eran multisensibles, propias de ambientes no hospitalarios ya que en éstos suelen ser multiresistentes. Finalmente hizo mención del análisis del evento adverso que realizó la clínica en cumplimiento de sus propios protocolos, el cual fue documentado y aportado a este proceso.

(iii) Con la historia clínica nada distinto ocurre, pues no hizo el impugnante ningún señalamiento sobre los apartes que la funcionaria judicial de primer grado dejó de valorar o lo hizo de manera equívoca; en otras palabras, que de lo allí consignado pueda comprometer a la convocada.

Frente a esta prueba es del caso recordar, que la Ley 23 de 1981, *“Por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica”*, establece en el artículo 34 que la

historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente; ordenando en el artículo 36, diligenciarse con claridad en todos los casos. Por su parte el artículo 1° de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen normas para su manejo, con mayor precisión estableció que se trata de un documento obligatorio en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención; sus características, según lo prevé el artículo 4 de la Resolución citada, son la integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad.

Tal normativa permite entrever la importancia que tiene el documento al que alude, dada la confiabilidad que representa cuando esté debidamente diligenciado; no sólo para el manejo médico y clínico del paciente, sino también como prueba de la atención brindada, como lo dijo la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en la sentencia SC2506-2016 (2 de marzo), M.P. Margarita Cabello Blanco.

La revisión que de tal instrumento realiza la Sala obliga a concluir: primero, que está acorde con los parámetros de ley, pues fue diligenciada en debida forma, es decir, completa¹¹, clara y sin alteraciones o enmendaduras, razón suficiente para derivar de ella mérito probatorio, a más que no fue tachada por los demandantes; y segundo, que las distintas anotaciones que la conforman ponen en evidencia el cumplimiento por parte del personal de la Clínica Flavio Restrepo de los protocolos de seguridad que garantizan la implementación de medidas de asepsia y antisepsia en toda la atención brindada al paciente y, puntualmente, en la intervención quirúrgica de corrección de la fractura del fémur, en la que, en criterio de los actores, adquirió la bacteria.

Lo anterior, de cara a las distintas anotaciones que conforman el historial en mención, de las que se resaltan por resultar relevantes para resolver este asunto, las siguientes anotaciones: - Nota de enfermería correspondiente a la atención inicial el 4 de abril de 2016 en la que se consigna que fue trasladado a la Sala de Procedimientos y *“el Dr. Silva tras previa asepsia y antisepsia de la herida ... se realiza lavado, se realiza sutura”*; -Nota operatoria del mismo día elaborada por el ortopedista que llevó a cabo el procedimiento, dejando registro del protocolo de asepsia y antisepsia: *“se pinta con isodine, colocación paños campos estériles y*

¹¹ La historia clínica electrónica consta de: Primera atención: epicrisis completa; órdenes médicas; notas de enfermería; evoluciones médicas; resultados de exámenes laboratorios; indicaciones de salida; bitácora de ambulancia con el informe respectivo del Cuerpo de Bomberos que lo trasladó; Registro de curaciones del jueves 7 de abril donde figura dicho paciente. Segunda atención: nota de enfermería de ingreso; epicrisis completa; evoluciones médicas; notas de enfermería; órdenes médicas, resultados de exámenes; consentimiento informado para transfusión; anotaciones de enfermería de la transfusión. (Fls. 143-192 C. 1)

antibiótico profiláctico”; -nota de enfermería de esa calenda, en la que se relata haber pasado el paciente a Sala de Cirugía y expresamente se dice: “Se realiza asepsia y antisepsia zona lumbar con isodine espuma y alcohol antiséptico... El Dr. Burón coloca campos estériles...”; - Notas de enfermería registrando “previo lavado de manos se realiza curación en herida quirúrgica con plena asepsia y antisepsia”.

También da cuenta el instrumento de la situación presentada por el paciente a su arribo a la clínica, los distintos exámenes clínicos y ayudas diagnósticas que se le tomaron para determinar su estado y evolución, el cultivo ordenado de muestra recogida en el sitio quirúrgico, el resguardo de dicha muestra y su posterior remisión al laboratorio que debía realizarlo, así como su resultado; la ausencia de complicación en la cirugía y la evolución favorable presentada tras la cual se le dio de alta, previas recomendaciones para el cuidado en casa; la necesidad del nuevo internamiento, las condiciones en que reingresó, el tratamiento brindado y los procedimientos realizados; la remisión a la Clínica de La Presentación. En fin, se consigna en detalle toda la atención dispensada, lo que convierte a este medio de prueba en fuente de certeza de la diligencia y cuidado con que obró la convocada para con el señor Romero Velásquez.

Con la historia clínica, la accionada allegó sendos documentos (no objetados por la parte demandante) con los que acredita:

- Que cuenta con un portafolio de Servicios autorizados por el Ministerio de Salud, entre los que se encuentran: Cirugía Ortopédica, Anestesia, consulta externa en Ortopedia y/o Traumatología, servicio de Urgencias y Radiología e Imágenes Diagnósticas. (Fls. 64-66 C. 1)

- Que tiene implementados los siguientes protocolos: (i) De barreras de seguridad respecto de las múltiples acciones desarrolladas en la clínica que pudieran ser inseguras, incluida la infección (Fls. 212-218 C. 1); (ii) Para preparación del paciente para el acto quirúrgico (Fls. 220-224 C. 1); (iii) De proceso de esterilización (Fls. 228-265 C. 1); y (iv) De asepsia y antisepsia en el servicio quirúrgico (Fls. 311-326 C. 1.) También llevan el instrumento denominado Controles de calidad específicos del ciclo de esterilización. (Fls. 272-289 C. 1).

- Que allí se lleva Libro de Registro de Indicadores en el que, entre otras, aparece registrada la cirugía practicada al señor Pedro Antonio el 4 de abril de 2016; entre los datos allí consignados está el atinente al instrumental utilizado y los estiques de control de éste, lo que denota que estaban esterilizados. (Fls. 69-71 C. 1)

- Que previo al procedimiento, el paciente había suscrito el documento denominado “Carta de Riesgos y Beneficios y Autorización de Tratamiento - Consentimiento Informado y Voluntad Jurídica del Paciente”, donde se le advierte acerca del diagnóstico (Fractura Diáfisis del Fémur); también aparecen consignados otros datos, como los riesgos anestésicos y quirúrgicos del procedimiento, entre los que están: Sepsis herida, osteomielitis, absceso y celulitis) (Fl. 67 C. 1)

- Que a raíz de la infección presentada por el señor Pedro Antonio, la Clínica, en cumplimiento de sus protocolos y en el respectivo Comité, dispuso estudiar el caso y documentarlo, análisis que finiquitó advirtiendo que no era posible concluir responsabilidad de parte de la entidad en el evento adverso. En ello tuvieron en cuenta la verdadera causa, fecha y hora del accidente; según lo instrumentado en la historia clínica, advirtieron también sobre las heridas presentadas y la necesidad de pasarle sonda vesical, como posibles focos de infección; la programación de las citas para curación; la nota de enfermería registrada el 10 de abril en la que se indica que el paciente había informado vía telefónica la presencia de secreción de la herida advertida por el auxiliar de enfermería que le había hecho la curación en su casa, por lo que se le había solicitado se presentara de inmediato en la clínica.

Se allegaron como evidencias al mencionado Comité: la relación de los pacientes intervenidos quirúrgicamente el mismo día que el señor Pedro, así como el seguimiento de procedimientos quirúrgicos realizados 72 horas posteriores sin evidencia de casos positivos para infección en sitio operatorio; la recopilación de los datos estadísticos de la incidencia de infecciones en la clínica durante los meses del primer trimestre del año, igual a 0.2086%; la realización de cultivos de superficie con el fin de buscar microorganismos patógenos, aunque no se hace alusión a los hallazgos; y la revisión de toda la atención brindada al señor Romero desde el momento en que llegó a esas instalaciones, coligiendo que la cirugía se le practicó fue oportuna dentro de los protocolos de asepsia y antisepsia, limpieza y desinfección, aplicando todas las técnicas de bioseguridad, así como la toma de paraclínicos con oportunidad, para dar manejo a complicaciones infecciosas.

De dicho comité hicieron parte la bacterióloga Elizabeth Santacoloma y la enfermera jefe Deisy Marina Medina, quienes fungieron como testigos en esta causa civil. En detalle explicaron cómo se desarrolló y los hallazgos obtenidos, e hicieron claridad en que tal análisis se adelanta frente a cualquier evento adverso de este tipo que se llegue a presentar.

Acerca del cumplimiento de los protocolos de seguridad en materia de infecciones durante la atención e intervención quirúrgica del señor Romero Velásquez, además

de las pruebas antes relacionadas, dan cuenta al unísono los testimonios de los Dres. José Manuel Burón De La Fuente y Flavio Restrepo Gómez, así como la Enfermera Jefe Deisy Marina Medina Morales, en quienes se denota amplio conocimiento del tema.

Concretamente al segundo de los citados se le indagó sobre ello, respondiendo: *“Si, nosotros tenemos; primero, cumplimos con los protocolos que están establecidos en el Ministerio de Salud y que son condición indispensable para poder tener licencia de funcionamiento; ... lo segundo es que tenemos un comité de infecciones y un comité de eventos adversos que se reúnen periódicamente para analizar todas las situaciones que hayan habido dentro de la clínica para determinar qué medidas especiales hay que tener, que medidas de mejoramiento hay que tener y eso se hace periódicamente. Se llama como un comité de control y calidad... los protocolos son pre establecidos...”*

En el mismo sentido obra dictamen médico pericial de auditoría médica rendido por la Dra. Gloria Marcela Giroza Montoya. Su conclusión, de cara a la historia clínica, fue que el señor Pedro Antonio recibió la atención por profesional de la especialidad idónea para el manejo y procedimiento efectuado, el que además fue oportuno y sin complicaciones; el suministro de antibióticos fue el indicado para dar cobertura a los gérmenes empíricamente y como profilaxis preoperatoria y posteriormente se ordena tratamiento antibiótico oral para su continuidad ambulatoria; que en los soportes de enfermería se describe realización de técnica aséptica antes del procedimiento quirúrgico.

Vistas así las cosas, decae el argumento vertido por el apoderado de los demandantes cuando afirma que la accionada no acreditó su diligencia y cuidado frente al señor Romero en razón a que los medios de prueba por ella allegados eran descriptivos de procedimientos generales, de avales y de estadísticas y ninguno corresponde al caso específico litigado, pues como se dejó consignado, fue copiosa y puntual la prueba del cumplimiento de dicha obligación en este caso.

(iv) La última de las pruebas que en opinión del apelante saca adelante su reclamo, es el dictamen pericial rendido por la especialista en ortopedia, Dra. Lina María Vélez Cuervo.

Al presentar la experticia, y pese a no tener conocimiento aún del verdadero accidente en el que se causaron las lesiones, al indagársele si la bacteria pudo adquirirse en el ambiente por las condiciones ecológicas o por la inaplicación de los protocolos de esterilización de la sala de quirófanos o falta de cuidado posoperatorio, expuso que no era posible precisarlo; agregando que *“según la*

historia se describe el aislamiento de Enterobacterclocae ampliamente distribuido en la naturaleza... Se les puede encontrar en el suelo, agua y como parte de la micro-biota de animales, insectos y tracto gastrointestinal humano."

Ya en audiencia, y advertida sobre lo realmente ocurrido al señor Romero Velásquez y el tiempo que tardó en ser atendido, expuso: *"ya entiendo... y es que esto cambiaría mucho los factores de colonización que puede existir alrededor, es decir, el medio en que se producen las lesiones. Esto tiene mucha influencia sobre todo cuando se trata de lesiones o fracturas abiertas asociadas a este tipo de traumatismo; ¿a qué me refiero exactamente?, los medios naturales tiene alta colonización por bacterias..."*, aclarando en respuestas posteriores que aunque con menor probabilidad, también podía darse el proceso de bacteriemia en tratándose de fracturas cerradas cuando se presentaran heridas o escoriaciones en otras partes del cuerpo que rompieran la barrera cutánea e hicieran foco en la herida quirúrgica o por inoculación directa.

Partiendo de ésta última posibilidad (inoculación directa), el apoderado de los demandantes, le preguntó si era mucho más probable que ello se hubiera dado al momento de osteosíntesis realizada en la clínica para corregir la fractura, a lo que respondió: *"Si se cumple con todos los criterios de asepsia y antisepsia que se establece para las intervenciones quirúrgicas, la posibilidad de una infección es muy vaga, sin embargo siempre es uno de los riesgos que va existir y de echo es de los que se le menciona como posibles complicaciones asociadas a una intervención quirúrgica en esa localización o en cualquier otra localización."*

También, por así haberle preguntado el mismo apoderado, orientó que la bacteria *enterobactercloacaesí* es común adquirirla en centros de salud, *"sobre todo en los casos en los que los pacientes permanecen mucho tiempo hospitalizados donde se cambia la colonización de gérmenes"*; no obstante le recordó: *"...ustedes me exponían si había posibilidades de que las bacterias que estaban localizadas en el medio ambiente o en el entorno donde se puede producir la lesión, podían como adherirse a la piel, yo les exponía previamente que la colonización en la piel podía comprender las bacterias que existían en el medio, **entonces no es posible determinar si es que la bacteria está en la institución y se produjo por esto, sobre todo cuando ustedes me exponen que estuvo también expuesto en una área ...por más de 10 horas en donde también esta bacteria se encuentra en abundante cantidad en dicho medio.**"*

Otra conclusión relevante que se extrae del decir de la señora perito, es que los síntomas presentados por el paciente al momento del ingreso a la Clínica, como fueron fiebre, escalofrío, dolor e inflamación, aunado al largo tiempo de espera

para finalmente fuera rescatado, son subjetivos desde el punto de vista clínico a un proceso infeccioso, del que da cuenta la historia clínica días posteriores al evento de osteosíntesis que se le realizó. Dichos síntomas fueron reconocidos por el señor Pedro Antonio al absolver interrogatorio de parte.

Agregó que cuando se teme que el germen sea hospitalario, se debe comparar con los reportes que tiene cada institución, determinado por los Comités de Vigilancia Epidemiológica. Ante esta respuesta, el aquí recurrente volvió a ahondar sobre el tema y partiendo del supuesto que el segundo cultivo se hubiera tomado directamente del hueso (que valga la aclaración no se logró establecer que así fuera, como efectivamente lo manifestó la perito por cuanto no obtuvo ella el reporte del laboratorio a efectos de corroborarlo) le pidió que señalara si en términos de probabilidades era más alta que se hubiera adquirido la infección cuando se hizo el procedimiento de osteosíntesis, pues ahí fue donde se tocó el hueso y se ancló el clavo, a que hubiese sido en otro escenario, sobre lo cual orientó: *“Responder a su pregunta es un poco complejo porque si la cirugía se ciñe a todos los protocolos de asepsia y antisepsia no tendría por qué existir esta situación”,* y agregó: *“sin embargo, para eso es muy importante, para determinar con exactitud si este es el germen más frecuente en los aislamientos del área quirúrgica u hospitalización si tendríamos que recurrir al servicio de epidemiología de la institución en donde salga el reporte de los gérmenes institucionales reportado...”*

Vistas las conclusiones de la señora perito, y tal como lo expuso la apoderada de la convocada, tampoco puede extraerse de esta prueba la conclusión que pretende derivar el opugnante, y por el contrario apuntala la estrategia de defensa.

A lo que dicho por la experta cabe agregar, que la pasiva trajo al proceso pruebas de la recopilación de los datos estadísticos de la incidencia de infecciones en la clínica durante los meses del primer trimestre del año igual a 0.2086%, aclarando que el único proceso infeccioso detectado fue el del señor Pedro Antonio. De ello da cuenta el documento que contiene análisis que se hizo del evento de infección presentada el 10 de abril de 2016 (Fls. 75-77 C. 1) y las Actas de reuniones de los Comités de Infecciones (Fls. 84-88 C. 1) y de Calidad (Fls. 78-83 C. 1), celebradas el 13 de mayo y el 10 de junio de 2016, en su orden; obra también la Gráfica de incidencia de infección durante el año 2016. (Fl. 89 C. 1).

Lo anterior se corrobora además, con las deponencias de los Drs. Flavio Restrepo (especialista en infecciones osteoarticulares), José Manuel Burón y la Bacterióloga Elizabeth Santacoloma Jaramillo, desprendiéndose de ellas que se exploró si en el día de la cirugía, los de la estancia hospitalaria, un mes antes y otro después hubo

más casos de infección¹², hallando que no se presentó ninguno; que es una exigencia de ley y del Ministerio de Protección Social aplicar protocolo de seguridad consistente en medición de infecciones, controlado por la Dirección Territorial de Salud, y la clínica jamás ha superado el rango permitido que va hasta el 1.2% de la población atendida.

Para la Sala la prueba analizada es sólida. Resultan creíbles los testimonios técnicos, en la medida que fueron amplios, claros, unánimes, responsivos y coherentes; provienen de profesionales de la salud que tuvieron contacto directo con el paciente durante el acaecimiento de los sucesos que dieron lugar al juicio de responsabilidad y están en consonancia con el resto del material suasorio allegado. El carácter de tales testificaciones muy lejos de sugerir la necesidad de desecharlas, invita a tenerlas en cuenta puesto que son fundamentales para lograr el esclarecimiento de los supuestos fácticos aducidos por las partes dado que en virtud de sus conocimientos científicos y técnicos especiales sobre la materia ofrecen una mayor comprensión de los hechos objeto de probanza, que sea de paso decir, revisten la complejidad propia del ejercicio de la actividad médica.

Los dictámenes periciales, cumplen con los supuestos contenidos en el art. 232 del C.G.P. de “*solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de los fundamentos*”, fueron sustentados en debida forma garantizando el derecho de contradicción y no hay duda de la idoneidad de las profesionales que los realizaron.

Es conveniente agregar que, si bien los testigos escuchados a solicitud de la activa aluden a la complicación postquirúrgica presentada, ningún elemento aportan en cuanto a la responsabilidad que en ello haya podido tener la Clínica demandada.

Lo hasta aquí discurrido es suficiente para concluir que en el *sub judice* no se probó que el origen de la infección padecida por el señor Romero Velásquez, estuviera relacionada directamente con el incumplimiento de la demandada de su obligación de seguridad para el paciente, pues ni siquiera hay un indicio serio que la bacteria “*enterobactercloacae*”, a la que la activa endilga su génesis, o la “*seudomonaAeroginosa*” también aislada en cultivo tomado de la secreción de la herida quirúrgica, haya sido adquirida en la sala de quirófanos de la clínica en su primera intervención o durante su estancia allí; diciéndolo de otro modo, de ninguna de las pruebas señaladas por el recurrente, se desprenden elementos que permitan colegir que su cuadro infeccioso se deba al mal manejo de los

¹² Medición que incluye a todos los pacientes incluidos los de Sala de Urgencias.

protocolos de seguridad, esterilización, asepsia y antisepsia; por manera que era a la parte que representa a quien le incumbía una prolija actividad probatoria que condujera al Funcionario Judicial al convencimiento de que se presentó una falla en la atención y que fue esa la causa generadora del daño.

Consecuencia obligada de todo lo dicho, queda relevado el Juez Plural de adentrarse en la disquisición de si la obligación que tenía la convocada era de medio o de resultado a efectos de determinar las consecuencias de una u otra, pues ni siquiera tímidamente se probó que fuera la sala de cirugía el lugar donde el actor obtuvo la bacteria *enterobactercloacae*, como se afirmó en la demanda.

3.4.6. Finalmente, y para dar respuesta a todos los planteamientos del censor, cabe precisar que las conclusiones de la *a-quo*, en cuanto a la duda que sembraba la forma en que se produjo el accidente, el tiempo que permaneció expuesto y la desatención de las recomendaciones en el postoperatorio, lo que impedía tener por probado el elemento de nexos causal para la declaratoria de responsabilidad, no surge como él lo afirma, del dicho de los testigos técnicos que tienen vínculo laboral con la convocada adocotrados para construir su propia prueba, sino que se trata de hechos suficientemente documentados e incluso confesados por la activa.

En efecto, fueron probados los siguientes:

- Que el accidente sufrido por el señor Pedro Antonio Romero Velásquez ocurrió el 3 de abril de 2016 y no el 4 como lo informó inicialmente, y consistió en rodar de una altura de 10 metros; al amanecer del día siguiente fue rescatado y posteriormente trasladado por el Cuerpo de Bomberos de La Dorada a la clínica demandada.

- Que la caída fue en zona boscosa y húmeda, en contornos de la cascada La Clara, donde permaneció lesionado por un lapso considerable de tiempo, tal como se colige del informe emitido por el comandante del Cuerpo de Bomberos Norcasia, colectivo que, igual que otros, participó del rescate luego que a las 7:20 p.m. recibieran la llamada de emergencia; vino a recibir atención a su arribo a la clínica a la madrugada siguiente (Fls. 92-99 C. 1). Sobre la hora del insuceso, también obra reporte noticioso en el que se informa que las labores de rescate se suscitaron desde las 7:30 p.m. (Fl. 100 C. 1); aunque la codemandante Karon Briyit y la testigo Clara Rosa Romero Velásquez quisieron hacer ver que fue más tarde, reconocieron sí que fue en la noche del 3 de abril de 2016.

- Que ni la verdadera causa de las lesiones sufridas por el señor Romero Velásquez ni el tiempo que transcurrió antes que fuera atendido, fueron reportadas

por éste a la clínica demandada, lo que impedía que se tuvieran como elementos de juicio para el manejo que habría de dársele. Así se deriva de lo consignado en la historia clínica, registrándose en la nota de ingreso que el paciente estaba consciente y manifestó haber sufrido “un accidente de tránsito el día de hoy” (4 de abril). Incluso en la historia clínica de la segunda atención, se siguió tratando su padecimiento como producto del mencionado accidente. También en sus interrogatorios de parte, el señor Pedro Antonio y la señora KarolBriyith, reconocieron haber informado a la llegada al Centro que se había tratado de un accidente en una motocicleta, con el objeto que fuera atendido por el SOAT, cuando en verdad había sido otro el escenario.

- Que además de la fractura cerrada de fémur por la que fue intervenido en la clínica accionada, también presentaba herida abierta a nivel de la región frontal izquierda y múltiples escoriaciones¹³ en ambas piernas, tal como se indica en la historia clínica (Fls. 143-192), y de lo que da fe el testigo José Manuel Burón de La Fuente, cirujano que lo intervino.

- Que en la historia clínica correspondiente a la segunda atención en el centro hospitalario, obra nota de enfermería que reza: *“Ingresa paciente... alerta, orientado, en compañía de un familiar... previamente a este ingreso realizó una llamada telefónica informando salida de líquido sanguinolento en sitio de la herida quirúrgica por lo que se le indica reconsultar de forma inmediata. Al llamado refiere que le fue realizada una curación en la clínica el día 7 y comenta que un familiar le realiza las curaciones y el día de hoy se le realizó una curación en casa y observó salida de material sanguinolento...”*.

El panorama fáctico antes descrito, para cuya acreditación fue robusta la prueba, siendo la menos relevante la indicada por el censor, deviene en importante elemento de juicio para arribar a las conclusiones a que acertadamente llegó la falladora, habida cuenta que pone al descubierto un panorama que, como lo señaló la perito, es mucho más propicio para la colonización de bacterias.

Cabe anotar que fue grave la omisión de los demandantes en la información de las verdaderas circunstancias de tiempo, modo y lugar en que sufrió la fractura por la que fue allí intervenido, y que incluso calló en el escrito demandatorio, erigiéndose en un indicio en su contra.

¹³ Escoriaciones: Se producen cuando se rompe la barrera de la piel.

3.5. Conclusión. La sentencia objeto de apelación será confirmada porque fue emitida con base en las pruebas legal y oportunamente aportadas, no logrando la parte demandante demostrar los hechos en que fundó sus pretensiones, tal como lo manda el artículo 167 del Código General del Proceso, razón por la cual no hay lugar a declarar responsabilidad civil en cabeza de la demandada.

3.6. Costas. De conformidad con lo previsto en el artículo 365 del C.G.P. y en atención a que la convocada desplegó actividad para defenderse en esta instancia, se proferirá a su favor y en contra de la parte demandante, condena en costas, por haber sido desfavorable el recurso interpuesto.

IV. DECISIÓN

Por lo antes expuesto, la Sala de Decisión Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **CONFIRMA** la sentencia proferida el 20 de noviembre de 2019 por la señora Jueza Segunda Civil del Circuito de La Dorada-Caldas, dentro del proceso de responsabilidad médica instaurado por el señor Pedro Antonio Romero Velásquez y la señora KarolBriyith Meneses Moreno, en nombre propio y como representantes de sus menores hijos Simón y María José Romero Meneses, en contra de la Clínica Flavio Restrepo S.A.S.

Además se realizan los siguientes ordenamientos:

CONDENAR en costas de esta instancia a la parte demandante en favor de la demandada, las cuales serán tasadas y liquidadas en la forma que determina el artículo 366 del C.G.P. Las agencias en derecho en esta sede serán previstas por la Magistrada Ponente, de conformidad con el numeral 3. del mismo precepto.

DEVOLVER oportunamente el expediente al Despacho de origen.

NOTIFÍQUESE

Los Magistrados

ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS

ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO

JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA