

**REPUBLICA DE COLOMBIA**

**RAMA JUDICIAL**



**JUZGADO VEINTIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO**

Bogotá, D.C., once de junio de dos mil veintiuno.

Proceso: Ordinario.  
Demandante: Mauricio Tehelen Burítica y otros.  
Demandado: Fundación Infantil Universitario de San José.  
Expediente: 04-2010-00431-00

El despacho dicta sentencia en el procesos civiles acumulados iniciados – en la demanda principal por Johana Marcela Ortegón Sánchez - y en la demanda acumulada por Mauricio Tehelen Burítica, Ana Mercedes Sánchez Romero, Sindy Paola Ortegón Sánchez, Gloria Alcira Sánchez Romero, Cecilia Sánchez Romero, María Emma Sánchez de Castellanos, Julio Andrés Riaño Sánchez y William Riaño Sánchez en contra de la Fundación Infantil Universitario de San José, en el cual fueron llamados en garantía Maphre Seguros Generales de Colombia S.A. y Fundación Sapsalud.

**Antecedentes.**

1. La demandante Johana Marcela Ortegón – en calidad de gestante – solicita declarar que la demandada es civilmente responsable por la atención “insegura, tardía, imprudente, deficiente, imperita y violatoria de reglamento”, que condujo a la muerte del feto que estaba por nacer el 3 de julio de 2009, en consecuencia solicitó condenarla al pago de 100 s.m.l.m.v. por perjuicios morales, 100 s.m.l.m.v. a título de perjuicios psicológicos, \$1.882.994 por lucro cesante, más la indexación de las condenas hasta el momento de la sentencia, y el reconocimiento de intereses moratorios comerciales desde la firmeza hasta el día del pago.

1.1. En demanda separada y acumulada, Mauricio Tehelen Burítica – en calidad de padre del óbito fetal - solicita idénticas pretensiones, e implora que

se condene a la demandada a pagarle 100 s.m.l.m.v. por perjuicios morales, 100 s.m.l.m.v. a título de perjuicios psicológicos y \$126.300 a título de daño emergente.

En ese mismo libelo:

- Ana Mercedes Sánchez Romero - en calidad de abuela -, implora que se condene a la demandada a pagarle 100 s.m.l.m.v a título de perjuicios morales.
- Sindy Paola Ortegón Sánchez – en calidad de hermana de la gestante -, implora que se condene a la demandada a pagarle 100 s.m.l.m.v. a título de perjuicios morales.
- Gloria Alcira Sánchez Romero, Cecilia Sánchez Romero, María Emma Sánchez de Castellanos – en calidad de tías de la gestante -, imploran que se condene a la demandada a pagarle 50 s.m.l.m.v. a título de perjuicios morales.
- Julio Andrés Riaño Sánchez y William Riaño Sánchez – en calidad de primos de la gestante -, imploran que se condene a la demandada a pagarle 50 s.m.l.m.v. a título de perjuicios morales.

2. Para fundamentar las pretensiones, argumentó los siguientes hechos:

- Johana Marcela Ortegón nació en la ciudad de Bogotá el 1º de octubre de 1983, convive con Mauricio Tehelen Burítica desde hace más de dos años, no tiene hijos, está afiliada a Compensar EPS, se encontraba embarazada desde el 21 de octubre de 2008, tuvo la última regla el 16 de octubre de 2008, y la fecha probable del parto era el 23 de junio de 2009.
- Su embarazo no era de alto riesgo, según los paraclínicos realizados por el médico Rafael Darío Gómez Maldonado.
- No se presentaron anomalías en los exámenes de glicemia, superficie, hepatitis, toxoplasma, hemograma, vih, uro cultivo, recuentos de anti hemogramas, que fueron practicados entre el 2 y el 23 de diciembre de 2008.
- Le practicaron ecografías los días 26 de diciembre de 2008, 21 de febrero de 2009 y 13 de marzo de 2009.

- El 15 de mayo de 2009, tenía movimientos cardiacos y corporales normales, placenta de fondo corporal posterior, y liquido amnióticos de tonalidad y aspecto normal.
- El 31 de mayo de 2009, ingresó con evidentes signos de alarma, como ausencia de movimientos fetales y dolor abdominal, por ende se clasificó como triage II y fue remitida a ginecología.
- Ese día le solicitaron ecografía de perfil biofisico y monitoria de frecuencia cardiaco fetal.
- La ecografía arrojó resultado de 8/8 de acuerdo con el Test de Manning, fue interpretada equivocadamente porque el feto solo experimento movimientos leves después de ser estimulado bruscamente.
- La monitoria fue interpretada equivocadamente por el médico Alejandro Franco Hernández como “monitoria fetal NST reactiva con variabilidad conservada” y línea de base de 150 latidos por minutos.
- La paciente fue dada de alta a pesar de presentar taquicardia fetal, es decir una frecuencia cardiaco fetal – FCF- mayor a 160 latidos por minuto, no se le proporcionaron signos de alarma y se le recomendó retornar dentro de tres días.
- El 3 de junio de 2009, acudió para que se iniciara el trabajo de parto y él bebé se le movía más.
- En el diagnóstico de ingreso se refiere actividad uterina irregular, niega aminorrea, sangrado, flojo vaginal blanquecino y pruriginoso, cefalea frontal, edema en extremidad; contradictoriamente se dice que no tiene vasoespasmo, a pesar de que los dos últimos síntomas son indicativos del padecimiento de esa patología.
- No se le interrogó sobre los síntomas de sufrimiento fetal agudo.
- Le realizaron monitoria de frecuencia cardiaco fetal a las 8:21 a.m., no se dejó registro alguno de sus resultados, fue interpretada erróneamente por un obstetra quien determinó que el paciente podía egresar del hospital y ser dado de alta.

- Desde esa hora la paciente es abandonada a su suerte, sin realizar más pruebas que permitieran establecer su bienestar fetal.
- Hasta las 11:43 a.m. la obstetra Clara Hinestrosa Córdoba consigna que la paciente consulta reiterativamente por hipoactividad, precisando que la monitoria de frecuencia cardiaca fetal con variabilidad disminuida persistente, y que la conducta a seguir es inducción al trabajo de parto y prueba de tolerancia a las contracciones.
- No se practica el plan médico diagnosticado, hasta la 1:48 p.m. se practica la ecografía obstétrica con perfil biofisico, donde el feto obtiene una calificación de 0/8 y se determina el óbito fetal.
- El ingreso al trabajo de parto se produce a las 14:14, no se refieren los antecedentes de ingreso y se ordena canalizar a la paciente.
- El 4 de junio de 2009, se produce el parto a las 16:14, se expulsa un feto del sexo femenino, fetocardía negativa, con signos de maceración y sin signos de vida.
- Hasta las 17:32 se consigna lacónicamente nudo de cordón umbilical, con el ánimo de justificar el óbito fetal.
- Tres horas y diez minutos después del parto, se consigna nudo de cordón umbilical con nudo verdadero, lo cual no es cierto porque los padres observaron un engrosamiento del cordón no un estrangulamiento del mismo.
- En patología se determinó que el feto tenía bajo peso en edad gestacional, cambios hipóxicos inespecíficos, cordón umbilical trivascular y membranas amnióticas esencialmente normales.
- Los demandantes padecieron daños morales y psicológicos derivados de la muerte del menor.

3. El Fundación Hospital Universitario de San José, tanto en el trámite de la demanda principal como en el de la demanda acumulada, presentó contestación de la demanda, escrito en que se replicó los hechos del libelo, se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones de mérito denominadas

*“inexistencia de requisitos para que se presente la responsabilidad de civil por parte de la demandada”, “inexistencia de la obligación de indemnizar eventuales perjuicios a cargo de la demandada, por cuanto a complicación presentada por la paciente y sus consecuencias no son atribuibles a su acción u omisión” y “cumplimiento cabal de obligaciones contractuales de la demandada”.*

Soportó sus meritorias, argumentando los siguientes fundamentos fácticos:

- El 31 de mayo de 2009, la paciente ingresó al servicio de urgencias con anamnesis de ausencia de movimientos fetales de doce horas de evolución, por consiguiente se verificó el bienestar fetal con monitoreo fetal y ecografía de perfil biofísico.
- La frecuencia cardíaca fetal fue de 135 latidos por minuto en el examen de ingreso, la monitoria cardíaca fetal tenía una línea de base de 150 latidos por minuto y la ecografía de perfil biofísico marco un puntaje de 8/8, todos resultados dentro del rango de la normalidad y no comprometían el bienestar fetal.
- La frecuencia cardíaca fetal de 166 latidos por minuto hallada durante la práctica de la ecografía es aislado, justificado en la actividad física que realiza el feto durante la práctica del examen.
- No hubo síntomas de sufrimiento fetal, ni de taquicardia fetal; tampoco hipoxia porque el cordón umbilical no tenía gases arteriales y el líquido amniótico estaba claro.
- Se le explicaron al paciente los signos de alarma, consistentes en: disminución de movimientos fetales, presencia de contracciones, salida de líquido de la vagina, dolor en la cabeza por visión borrosa, sensación de ardor en la boca del estómago y escucha de pitos.
- El 3 de junio de 2009, el paciente no refirió dolor pélvico, el embarazo era a término y se presentó para ginecología para valoración.
- La cefalea frontal aislada no es síntoma de vasoespasmio, el cual es causado por hipertensión inducida y suele ser un hallazgo frecuente en gestantes de tercer trimestre.

- De los registros de las notas de enfermería se desprende que a las 8:26 a.m. la frecuencia cardiaco fetal era de 153 latidos por minuto, a las 11:02 a.m. era de 144 latidos por minuto, los cuales son marcadores normales que no revelan bradicardia o taquicardia fetal.
  - No era necesaria la práctica de monitoria fetal con estrés, velocimetría doppler y ecografia de perfil biofisico, por cuanto no hubo alteraciones en la monitoria sin estrés, no había retardo en el crecimiento fetal y no era aconsejable una nueva ecografia.
  - La disminución de variabilidad no es indicativa de sufrimiento fetal agudo.
  - No había indicaciones para suministrar oxígeno, hasta antes de las 12:50 a.m. tampoco se requería la canalización del paciente.
  - Los tres nudos verdaderos del cordón umbilical están debidamente documentados, constituyen un hallazgo anormal en materia obstétrica y fueron presentados a la familia del mortinato.
  - La causa del óbito fetal era la presencia de tres nudos verdaderos de cordón umbilical, el cual es un acontecimiento imprevisible, pues no es susceptible de visualizarse de acuerdo a los lineamientos de la ciencia médica.
  - El líquido amniótico no presentaba meconio, aspecto que permite descartar el sufrimiento fetal agudo.
3. La demandada llamó en garantía a la Fundación Sapsalud con base en el contrato de prestación de servicios ajustado el 1° de marzo de 2008.
4. Dicha convocada se opuso a las pretensiones y formuló las meritorias denominadas “*caso fortuito*”, “*cumplimiento contractual*” y “*genérica*”.
5. La demandada llamó en garantía a Maphre Seguros Generales de Colombia S.A. con fundamento en la póliza de responsabilidad civil profesional vigente para junio de 2009.

6. Dicha citada se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones denominadas *“inexistencia de la obligación por no existir siniestro”*, *“inexistencia de la obligación de indemnización de los daños morales”*, *“limite de la indemnización”* e *“inexistencia de la obligación de pagar el lucro cesante”*.

7. Surtidas las etapas procesales respectivas, le incumbe al juzgado dictar la sentencia.

### **Consideraciones.**

1. La institución de la responsabilidad civil parte de reconocer la obligación que le asiste al causante de un daño de reparar a sus víctimas, puede ser contractual o extracontractual, dependiendo si los detrimentos son consecuencia de la desatención de obligaciones asumidas en negocios jurídicos, o si son resultado de encuentros sociales ocasionales entre personas que no tienen relación jurídica previa al accidente.

2. Con independencia del tipo de responsabilidad debatida, el buen término de las pretensiones de responsabilidad civil pende de la acreditación de los siguientes requisitos: (a) daño o detrimento padecido por los demandantes; (b) comportamiento culposo exteriorizado por los demandados; y, (c) relación de causalidad entre los anteriores elementos.

3. Las súplicas propenden por el resarcimiento de perjuicios derivados de la prestación de servicio médicos, por hechos acaecidos dentro del contexto del sistema de seguridad social integral, del cual se desprenden un conjunto de relaciones interdependientes entre sí, particularmente las habidas entre: (a) el paciente y la entidad promotora de salud (Eps); (b) la Eps y la institución prestadora del servicio de salud (Ips); y, (c) El paciente y la Ips.

4. No se realizarán disquisiciones sobre la naturaleza jurídica de las obligaciones asumidas por las Eps, por cuanto fue excluida del trámite y a que su situación jurídica quede sujeto a los efectos de cosa juzgada emanados del contrato de transacción.

5. Las Eps son aseguradoras del riesgo en salud, que prestan los servicios médicos al paciente de manera indirecta, es decir por conducto de Ips con las

que celebran convenios de atención particulares, quedando sujeto a los mandatos legales de continuidad, integralidad y calidad en la atención dispensada. Mientras las Ips concretan el servicio en salud, directamente y con el concurso de profesionales de la medicina vinculadas a estas, quienes en últimas son los que desarrollan la prestación del servicio médico sobre la humanidad del paciente.

6. Respecto de la naturaleza jurídica de la obligación de los facultativos, se resalta que son de medio y no de resultado, esto implica que la prestación se cumple cuando se comportan de manera prudente y diligente en guarda de obtener el objetivo perseguido con la actividad médica - consistente en la preservación y/o mejoramiento del estado de salud del paciente -, para ello deben observar durante los diagnósticos, exámenes, procedimientos quirúrgicos y atención post operatoria las reglas que el estado de la ciencia o arte manden para cada caso, también conocido con *lex artix*.

De ahí se deriva, que en materia médica el incumplimiento no aflora de la frustración del resultado perseguido con la intervención, sino de la desatención – ora por negligencia, imprudencia o impericia - de la correspondiente *lex artix*, pues en este evento incurre en culpa profesional que obliga a resarcir los perjuicios padecidos por el paciente o sus deudos, siempre y cuando se conjugue con los demás elementos de la responsabilidad.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia ha determinado que:

*“[M]ediante contrato el médico se compromete con su paciente a tratarlo o intervenirle quirúrgicamente, a cambio de una remuneración económica (...) para ese efecto aquél debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran, sin que como es lógico, pueda garantizar al enfermo su curación, ya que esta no siempre depende de la acción que desarrolla el galeno, pues pueden sobrevenir circunstancias negativas imposibles de preveer. Por tal razón, la jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por el acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el tratamiento propuesto con el tratamiento con el tratamiento o intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios, si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haber aplicado el tratamiento adecuado a su*

*dolencia, a pesar de que sabía que era el indicado (...) Así, el demandado podrá exonerarse de responsabilidad demostrando ausencia de culpa, por haber puesto todo el cuidado que el caso requería, caso fortuito, fuerza mayor o culpa del paciente por no haber cumplido con las prescripciones respectivas. Síguese de lo dicho que para que pueda darse la responsabilidad de que se trata será necesario establecer primero la existencia de la relación contractual entre demandante y el demandado, la cual puede haberse constituido mediante un contrato verbal, un contrato solemne o un documento privado. En segundo lugar, habrá de probarse el daño causado a la víctima, luego la conducta descuidada del demandado y por último que esta fue la causante del daño” (Casación Civil de 26 de noviembre de 1986, G.J., t. CLXXXIV, núm. 2423, págs.. 359 y s.s).*

7. La relación de causalidad es el nexo existente entre el hecho – o comportamiento culposos – del demandado y el detrimento padecido.

En nuestro ordenamiento jurídico se determina con arreglo a la teoría de la causalidad adecuada, la cual determina que el daño no se hubiera producido si el autor del daño no hubiere desplegado un comportamiento, que valorado de acuerdo a las reglas de la ciencia o arte de su contexto de producción, era idóneo para desencadenar el resultado adverso, y que era previsible para quien lo exteriorizó.

Tratándose de responsabilidad en materia médica, puede ocurrir que el daño se deba a una pluralidad de causas probables, evento en que debe surtir un estudio de la probabilidad de la ocurrencia de cada una, para establecer cuál de ellas tiene mayor probabilidad de ocurrencia, y en ese evento determinar que cual tiene el rol de prevaleciente o preponderante, pues será esta la llamada a considerarse como más adecuada o idónea para la producción del resultado.

Laborío en que asume especial importancia el dictamen pericial -, pues los expertos en determinada ciencia o arte los llamados a proporcionar herramientas, que le permitan al juzgador ponderar tanto el contenido de la lex artis en cada caso en particular, como las probabilidades de ocurrencia, previsibilidad o evitabilidad de las causas que puedan converger en la materialización de los daños.

Refiere la jurisprudencia qué:

*“[U]n dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantada en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas, o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan pero no ocasionan. De la misma manera, quedará al abrigo de la decisión judicial, pero tomada con el suficiente conocimiento de aportada por esas pruebas técnicas a que se ha hecho alusión, la calificación que de culposa o no se de a la actividad o inactividad del profesional, en tanto el grado de diligencia que le es exigible se sopesa y determina, de un lado, con la probabilidad de que el riesgo previsto se presente o no y con la gravedad que implique su materialización, y de otro, con la dificultad o facilidad que tuvo el profesional en evitarlo o disminuirlo, asuntos todos que, en puntos de la ciencia médica, deben ser proporcionados al juez a efecto de ilustrarlo en tan especiales materias” (Casación Civil, sentencia 193 de 26 de septiembre de 2002, exp. 6878).*

8. Descendiendo al caso particular, deben resolverse el problema jurídico consistente en determinar si la atención proporcionada a la demandante Johana Marcela Ortégón Sánchez en el Hospital Infantil Universitario de San José los días 31 de mayo y 3 de junio de 2009 fue ajustada a la *lex artis* médica, o si por el contrario comportó una atención descuidada y tardía de un estado fetal insatisfactorio o sufrimiento fetal agudo.

Planteado el eje de la discusión, se concluye que la atención dispensada a la referida gestante surtida el 3 de junio de 2009 no se ajustó a los lineamientos de la *lex medica* que debía agotarse en el caso particular, pues conoció que la paciente tenía registro de monitoria de frecuencia cardíaca con variabilidad disminuida persistente, el sugería estado fetal no satisfactorio e incrementaba el riesgo de mortalidad fetal, pero no actuó oportunamente para minimizarlo. Por el contrario, no se realizaron no realizó la prueba de tolerancia a las contracciones, que en caso de haberse verificado en oportunidad podían dar la indicación de un parto expedito a través de cesárea, ni la reanimación intrauterina del feto, para mejorar el suministro de oxígeno del feto y favorecer su supervivencia.

Y, aunque se documentó la existencia de un nudo verdadero en el cordón umbilical del mortinato, su descripción en la historia fue bastante lacónica, por ende no permite dimensionar como incidió en la muerte del feto. Sumado a que esos eventos sobrevienen en un porcentaje reducido de embarazos - uno entre cien -, y sobre ese porcentaje son abiertamente minoritarios los casos de mortalidad - diez entre cien -, de ahí que existan importantes probabilidades de conjurarlos en el parto o cesárea.

9. Para soportar el anterior argumento central, se recuerda que el proceso de gestación no presentó ninguna anomalía anterior a las actuaciones cuestionadas, por ende los progenitores de feto fallecido tenían la expectativa legítima de que el nacimiento llegará a feliz término; aquí se recuerda que el parto es la culminación del proceso de reproducción de la especie, normalmente es exitoso, y en sí mismo considerado no es un estado patológico.

10. Respecto del sufrimiento fetal, actualmente denominado estado fetal insatisfactorio, fue definido en este asunto por el dictamen rendido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el cual se determinó que:

*“El sufrimiento fetal agudo se usaba con frecuencia y sin restricciones en la práctica obstétrica, definiéndose como un estado en que la fisiología fetal se halla tan alterada que es probable su muerte o la ocurrencia de lesiones en un periodo de tiempo relativamente breve”.*

*“El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología definió el término sufrimiento fetal como impreciso y no específico, y convino en reemplazarlo por ‘estado fetal no tranquilizador’, seguido por una descripción de hallazgos o frecuencia cardíaca fetal, (Ejemplo: desaceleraciones variables o tardías, o repetitivas, bradicardia o taquicardia fetal, variabilidad ausente o disminuida”.*

*“Se sospecha un estado fetal no tranquilizador, cuando se presentan uno o más de las siguientes características y no mejora a pesar de la reanimación fetal: taquicardia fetal (frecuencia mayor a 160 lpm), bradicardia fetal (menor a 110 lpm), presencia de desaceleraciones variables o tardías recurrentes, patrón sinusoidal y puntaje bajo en el PBF. Algunos autores anotan que el cambio de coloración del líquido amniótico durante el trabajo de parto puede sugerir un estado fetal no tranquilizador”.*

11. Ya en torno a los procedimientos empleados para determinar el estado fetal insatisfactorio, el peritaje referido comento en torno de la prueba de monitoria de frecuencia cardiaco fetal - En adelante denominada como NST - que:

*“La reactividad de la frecuencia cardiaca fetal se piensa es un indicador de fracción autonómica normal del feto. La pérdida de reactividad se asocia más con ciclos de sueño fetal, **pero puede resultar de cualquier causa de depresión del sistema nervioso, incluso acidosis fetal.** Se observa que las aceleraciones de la FCF tienen un pico – pero que no necesariamente permanece – de al menos 15 lpm por encima de la línea de base. Puede ser necesario continuar el trazado por cuarenta minutos o más teniendo en cuenta el ciclo de sueño – bienestar fetal”.*

*“El NST es considerado normal o reactivo si hay dos o más aceleraciones de la FCF en un periodo de veinte minutos, con y sin movimiento personales percibidos por el paciente”.*

*“Un NST no reactivo es el que carece de suficientes aceleraciones de la FCF en un periodo de 40 minutos”.*

12. Continuando con el análisis del dictamen en comento, precisó que un “NST reactivo no siempre es indicativo de un feto enfermo”, sin embargo, la pérdida o disminución de la variabilidad si es un signo determinante del estado fetal insatisfactorio, según se desprende de la descripción de esa patología transcrita con antelación.

Frente al hallazgo de disminución de variabilidad, conviene realizar la prueba de tolerancia de las contracciones – en adelante denominada CST -, respecto de los cuales el peritaje consignó estas observaciones:

*“La PTC se llaman también test de estrés a las contracciones y expone la respuesta de la FCF a las contracciones uterinas, se basa en la premisa de que la oxigenación fetal puede estar transitoriamente comprometida por las contracciones uterinas”*

*“En un feto oxigenado de manera subóptima el compromiso interno tanto de la oxigenación, a su vez conduce a un patrón de FCF de desaceleraciones tardías”.*

**“Las contracciones uterinas también pueden provocar o acentuar un patrón de desaceleración variable causados por la compresión del cordón umbilical que se asocia con oligohidramnios – líquido amniótico disminuido”.**

“El CST es interpretado de acuerdo a la presencia o ausencia de desaceleraciones tardías de la FCF, que se definen como caídas de la FCF, que alcanzan su nadir después del pico de la contracción y que usualmente persisten más allá del fin de las contracciones”.

**“Un resultado negativo se asocia normalmente con un feto sano y un resultado positivo puede estar relacionado con hipoxemia fetal”,**

13. De cara tanto a la conjunta realización de la monitoria de frecuencia cardiaco fetal y la prueba de tolerancia a las contracciones, como a la interpretación de sus resultados, el peritaje de Medicina Legal reseñó que:

“Como la tasa de falsos positivos del CST es alta (mayor del 60%), la reactividad de la FCF es usada para diferenciar los test falsos positivos (no requieren intervención), de los verdaderos positivos (requieren intervención).

**“En un estudio publicado por Broly y Freamer (...) el 100% de la CST no reactivos y positivos fueron falsos positivos – Fetos realmente enfermos – Lo anterior explica la decisión de algunos obstetras de llevar a cabo un test adicional ante la frecuencia de un NST no reactivo”.**

14. Respecto de la conducta a seguir en un embarazo a término, como era el que ocupa la atención del juzgado, el comentado peritaje apunto que:

**“Si el feto está a término, el parto más que una evolución futura, se justifica desde que la hipoxemia fetal no puede ser definitivamente excluida cuando estas pruebas no son tranquilizadoras”.**

“La inducción a trabajo de parto con vigilancia continua de la frecuencia cardiaca fetal y de las contracciones uterinas es razonable en pacientes que planean un parto vaginal, **pero las desaceleraciones tardías, repetitivas o variables severas que pueden presentarse durante la inducción generalmente indica llevar a cabo un parto expedito por cesárea**”.

15. Aquí debe puntualizarse que la ausencia o disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaco fetal comporta marcador de estado fetal insatisfactorio.

El testimonio de Alejandro Franco Hernández - especialista que atendió a la paciente en la consulta de 31 de mayo de 2009 - comentó que las monitorias fetales están catalogadas, y con base en estas se perfilan categorías para establecer la presencia de esa patología, recalcando que la variabilidad ausente aconseja la necesidad de desembarazar de manera inmediata, y la disminuida de intensificar los controles para evitar una potencial asfixia.

De ahí que está fenómeno no gire en función del hallazgo del meconio, correspondiente a las heces fecales del feto, el cual es apreciado al momento de desembarazar.

16. Atendiendo a la lex artis traída en el dictamen pericial, se tiene que la paciente fue atendida en el hospital demandado en dos consultas surtidas el 31 de mayo y el 3 de junio de 2009, las cuales deben desglosarse a continuación:

16.1. En la consulta de 31 de mayo de 2009. La paciente arribó comentando ausencia de movimientos fetales, por esta razón fue remitida a ginecología y obstetricia donde se le práctica ecografía de bienestar y monitoria fetal.

La ecografía consolido un puntaje de 8/8 – de acuerdo con el denominado Test de Manning-, pues se colmaron los marcadores de movilidad fetal, tono fetal, índice de líquido amniótico y movimientos respiratorios, cada uno de los cuales aporta un marcador de 2/8. La Monitoria fetal fue reactiva con variabilidad conservada sobre una línea basal de 150. Hallazgos cuya valoración conjunta justifica la correspondiente alta hospitalaria.

No obstante, detallase que en alta hospitalaria no hubo una enunciación clara y detallada de los signos de alarma, sino apenas una mención abstracta de haberlos impartido.

16.2. Ya en lo atinente a la consulta surtida el 3 de junio de 2009:

a) La paciente retornó para conducción al trabajo de parto desde las 7:43 a.m., con el siguiente cuadro: niega aménorrea, niega sangrado vaginal, con actividad uterina irregular, movimientos fetales positivos, flujo vaginal blanquecino puriginoso, cefalea frontal u edema en extremidades.

b) El examen físico se surtió a las 8:10 a.m., allí se encontró una frecuencia cardíaca fetal de 140, útero grávido, altura uterina de 32 centímetros, y vagina MT con cuellos posterior cerrado.

c) Hacia las 8:21 a.m. se inicia la toma de la monitoria fetal, se consigna que hay un feto único vivo cefálico, con altura uterina de 32 centímetros, y frecuencia cardíaca fetal de 140.

d) Transcurren tres horas y veintidós minutos sin nuevos registros, a las 11:43 a.m. la gestante es hospitalizada por tener hipoactividad fetal y **monitoria fetal insatisfactoria con variabilidad disminuida persistente, con repetición de trazo y sin mejoría de variabilidad.**

e) El ingreso a trabajo de parto se realiza hasta las 12:30 a.m. pero en esos momentos se verifica que la gestante no registra fetocardía, a pesar de haber auscultado durante cinco minutos sin obtener respuesta, por ende fue remitida a ecografía para indagar sobre lo sucedido.

f) Una hora después (1:30 p.m.) se comunican verbalmente desde ecografía informando la ausencia de fetocardía.

g) Los resultados de la ecografía de perfil biofísico son consignados a la 1:48 p.m., en estos se refiere que la hay en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso izquierdo el cual tiene un DPB de 93 mm, PC de 329 mm, LF de 23 mm, PA de 339 mm, y peso estimado fetal de 3280 gramos.

Seguidamente, se describe actividad cardíaca, movimientos ausentes, no presenta flujo a la exploración con doppler color y pulsado, placenta de inserción corporal posterior grado II/III de maduración sin alteraciones.

Se consolidan los resultados de la ecografía, determinando una nota de 0/8, consultadas las variables de movimientos fetales, movimientos respiratorios y tono fetal, junto con la disminución del índice de líquido amniótico a 6.

Y, el ginecólogo que interpretó el resultado determinó óbito, también conocida como muerte fetal.

h) La paciente entra a trabajo de parto desde las 14:49 (2:49 p.m.), siendo las 12:23 a.m. entra a fase de parto activa donde presenta membranas rotas, liquido claro y feto cefálico sin déficit neurológico.

g) El trabajo de parto culmina hacia las 14:14 (2:14 p.m.), según el registro realizado en la historia clínica a las 17:32 (5:32 p.m.), donde consta que el feto era del sexo femenino, presenta signos de maceración cerebral, mucosas húmedas conjuntivas, sin estímulo respiratorio, normo configurados femeninos, presencia de flixcenas y que se encontraba un nudo en el cordón umbilical.

i) Con posterioridad, a las 19:20 (5:20 p.m.) se consigna que se observa un nudo verdadero en el cordón umbilical, acabalgamiento de suturas, desfacelado en brazo izquierdo y remisión de placenta a patología.

j) Y, el análisis de esta situación es consignado a las 17:23 p.m. del 9 de junio de 2009, en esta se concluyó que la placenta era monocorial moniomática con bajo peso para la edad gestacional, con cambios hipóxicos inespecíficos, **cordón umbilical trivascular y membranas amnióticas esencialmente normales.**

17. Con sujeción a los referidos datos de la historia clínica, puede colegirse que la institución prestadora de servicios de salud demandada incurrió en las fallas que a continuación se sintetizan:

a) Demoró la expedición de los resultados de la monitoria de frecuencia cardiaco fetal que se inició a las 8:21 a.m. y cuyos resultados fueron registrados en la historia clínica hasta las 11:43 a.m. **La tardanza surge porque el examen demanda hasta cuarenta minutos y porque no se consignó la hora de entrega de las resultas.**

b) No se adjuntaron los soportes de la monitoria en la historia clínica.

c) Debía sospechar clínicamente la presencia del estado fetal insatisfactorio, **pues el resultado de la monitoria es no reactiva con variabilidad disminuida persistente.**

d) Debía descartar la sospecha mediante la prueba de tolerancia a las contracciones, **y determinar la necesidad de un parto por cesárea.**

- e) A pesar de haberse previsto, no se practicó la prueba de tolerancia a las contracciones.
- f) El ingreso a trabajo de parto se surte a las 12:50 a.m., cuatro horas y treinta y nueve minutos desde que se inició la práctica de la monitoria, por ende hay un desfase de más de alrededor de cuatro horas, respecto del momento en que debieron ser entregados los resultados de la monitoria.
- g) No se explica porque la inducción del trabajo de parto es suspendida, para tomar una ecografía de perfil biofísico por ausencia de fetocardía, cuando era conocido que la monitoria fetal con variabilidad disminuida persistente, permitía sospechar un estado fetal insatisfactorio y la necesidad de desembarazar.
- h) No se explica porque frente los resultados de esa monitoria, se optó por iniciar labores de trabajo de parto natural y no por realizar cesárea, a sabiendas de que la disminución de la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal podía sugerir un estado fetal insatisfactorio.
- i) No se suministró oxígeno a la paciente, la cual fue canalizada solamente hasta el momento en que se iniciaron las labores del parto a las 12:50 a.m.
- j) No se practicó reanimación fetal intrauterina a pesar de haber un registro de monitoria de frecuencia cardiaca fetal con disminución de la variabilidad persistente.
- k) Por dejar de oxigenar y de agotar la reanimación fetal intrauterina, se priva al feto de recibir mayores cantidades de oxígeno que podrían conducirlo a mejorar su pronóstico vital, esto era posible porque no se realizaron actuaciones sobre la paciente desde cuando debía culminar la monitoria fetal, y hasta cuando se iniciaron los trabajos de parto.

18. Ahora bien, la demandada esgrimió como causa probable del óbito fetal el estrangulamiento generado por un nudo verdadero de cordón umbilical, este fenómeno es definido en el dictamen pericial de Medicina Legal en estos términos:

*“Los nudos verdaderos de cordón umbilical ocurren en el 1% de los nacimientos, en general son únicos y sueltos. Los nudos ajustados y múltiples*

*y los asociados con enrollamientos del cordón umbilical aumentan el riesgo de muerte intrauterina”.*

*“Los nudos del cordón normalmente se asocian a cordones largos, pacientes multigestantes y gemelos mono amnióticos, probablemente se desarrollen en la gestación temprana debido a los movimientos fetales necesarios para formarse”.*

*“El nudo puede no estar ajustado hasta el trabajo de parto, cuando el feto desciende y se encaja, generando tracción de cordón”.*

19. Con relación al porcentaje de mortalidad derivado de esos eventos, el dictamen apuntaló que:

*“Los nudos verdaderos pueden no solo causar muerte intrauterina o intraparto, sino también hipoxia fetal y daño neurológico, **tienen una mortalidad global de aproximadamente el 10%**”.*

Esa baja tasa de mortalidad es referida por el testigo Norman Alfredo Rodríguez, quien es el ginecólogo encargado de practicar el parto realizado el 4 de junio de 2009, quien incluso hace referencia a una tasa más baja de seis fallecimientos sobre un total de 1000 fetos.

20. Frente a los hallazgos de nudo de cordón umbilical, la pericia refiere que:

*“La historia clínica debe documentar, la presencia de edema unilateral del cordón sin relación con el nido, **lo ajustado o laxo de estos**, la presencia y si hay trombos en los vasos”.*

***“La identificación prenatal de un nudo verdadero de cordón umbilical es rara y difícil.** La apariencia ecográfica ha sido descrita como similar a un trébol de cuatro hojas, pero ese patrón no específico y puede ser visto en falsos nudos o en asas de cordón muy cercanas”.*

*“No existe un signo clínico o paraclínico específico que permita diagnosticar un nudo verdadero antes del nacimiento, **y los hallazgos que sugieren un estado fetal no tranquilizador pueden indicar cualquiera de sus causas**”.*

20.1 Prosiguiendo con la identificación del nudo, es difícil encontrarlo en ecografías, la asfixia o compresión si puede ser identificada con otros exámenes. Lo da a entender el testimonio de Alejandro Franco Hernández, quien ilustra que la compresión del cordón umbilical o el estado fetal insatisfactorio, se pueden inferir en monitorias fetales electrónicas y continuas, a partir de desaceleraciones variables profundas.

20.2. Bajo esos derroteros, tiene importancia la descripción detenida de la morfología del cordón umbilical, para efecto de clarificar su incidencia en el óbito fetal.

Resáltase que Norman Alfredo Rodríguez apuntó que la formación de los nudos no se produce de manera súbita o intempestiva, pues se forman durante la gestación y pueden existir durante meses. Por ende, debe documentarse como se produjo su trenzamiento, para dimensionar la oclusión de los vasos sanguíneos, pues esta es la que dificulta el transporte de oxígeno hacia el feto.

También, comentó que en los estudios de patología son los idóneos para determinar el grado de compromiso de las paredes del cordón umbilical, entre ellas que el derivado del influjo de fuerzas mecánicas que aplastan su estructura de tejidos cartilaginosos.

Y, también refirió que la hipoxia fetal se produce tanto el sufrimiento fetal agudo como en el accidente de cordón umbilical.

21. Ya en cuanto al nudo de cordón umbilical de la historia clínica, en el dictamen se expone que:

**“Pese a no contar con estadio anatómico e histopatológico del feto, ni con una descripción detallada del estado del cordón umbilical, se tiene registro de hallazgo de tres nudos verdaderos del mismos. Sin evidencia de otras alteraciones que puedan estar relacionadas con la muerte fetal, y teniendo en cuenta lo expuesto en los numerales 51, 53 y 56 la probable causa de la muerte es hipoxia fetal secundaria o nudos verdaderos del cordón umbilical”.**

22. Con base en las explicaciones del dictamen pericial, se determina que el nudo de cordón umbilical pudo incidir en el óbito, pero no es razón suficiente para desconocer las desatenciones comentadas, pues dado el contexto de producción del óbito fetal este podría evitarse.

Aquí, se recuerda que, según la estadística, los nudos de cordón umbilical no son eventos de ocurrencia frecuente, se presentan en uno de cada cien gestaciones, es decir 1/100. Empero, cuando ocurren la probabilidad de muerte es de diez de cada cien gestaciones, es decir 10/100.

Por ende, la probabilidad de supervivencia ante dicha contingencia es cercana al noventa por ciento (90 %), y el número de fallecidos por esta causa es de uno entre mil embarazos, es decir 1/1000.

Quiere esto decir que - a pesar de la dificultad subyacente a la identificación del nudo verdadero -, iniciado el parto o cesárea existe una importante probabilidad de sortearlos, calibrada en función de la pericia exteriorizada por el obstetra, la oportunidad de la cesárea y la estructura del cordón umbilical.

Aquí, esa probabilidad de sortear el nudo se diluyó como consecuencia de la demora en la realización de la cesárea, a pesar de que estaba aconsejada por la variabilidad disminuida persistente de la frecuencia cardíaca fetal, que era indicativa de un cuadro de estado fetal insatisfactorio o sufrimiento fetal agudo.

Además, la descripción del cordón umbilical en la historia clínica no es detallada, porque no militan notas que puntualicen su ajuste o soltura, o si presentaba edema u trombos en los vasos sanguíneos, que permitieran establecer que anomalías tenía su estructura en el caso concreto.

Por el contrario, la descripción del anudamiento realizada en la historia clínica se contrae a mencionar que se trata de un nudo triple.

Mientras en el estudio histopatológico realizado sobre el mortinato, sólo especificó “cordón umbilical trivascular” y “membranas amnióticas esencialmente normales”, lo cual da cuenta de dos arterias y una vena como en todos los cordones umbilicales, pero no revela que la estructura estuviere comprimida, aplastada o lesionada.

23. Queda así deducida que el comportamiento médico aquí juzgado – con arreglo a la probabilidad prevaleciente o preponderante – fue la causa más probable de la ocurrencia del óbito fetal, acreditando la culpa y la relación de causalidad requeridas para predicar la responsabilidad civil en este caso particular.

24. Respecto acreditación del daño – entendido como la lesión de intereses jurídicamente protegido - queda concretada en el óbito fetal producido por el comportamiento negligente e imperito, exteriorizada en la atención realizada en la Fundación Infantil Universitario de San José el 3 de junio de 2009.

25. En lo que tiene que ver con los perjuicios, considerados como las consecuencias del daño se observa:

a) Deben resarcirse los perjuicios morales causados a Mauricio Tehelen Burítica y Johana Marcela Ortégón, en condición de progenitores del mortinato.

b) El fundamento de ese reconocimiento, estriba en que los progenitores y experimentarían dolor, angustia, congoja o desosiego porque el mismo no alcanzó a nacer, máxime cuando el alumbramiento no se verifica por fallas atribuibles a los encargados de atenderlo.

c) Tal justificación se fundamenta en la cercana relación de parentesco entre el mortinato y dichos deudos, que se constituyen en un notorio hecho indicador que justifica aplicar la presunción judicial, conforme al cual las personas sufren por el deceso de sus parientes más cercanos, que como es sabido son los que se encuentran dentro del primeros grados de consanguinidad.

d) No ocurre lo mismo respecto de los demás reclamantes, concretamente Sindy Paola Ortégón Gloria Alcira Sánchez Romero, Cecilia Sánchez Romero, María Emma Sánchez de Castellanos, Julio Andrés Riaño Sánchez y William Enrique Riaño Sánchez.

Nótese que, si el nacimiento se hubiere producido, tales personas tendrían relaciones de parentesco ubicadas entre el tercer, cuarto e incluso quinto grado de consanguinidad.

Tales grados de parentesco no son suficientes – en sí mismo considerado –, para presumir que tales reclamantes padecieron perjuicios morales por el óbito fetal, de modo que es necesario que se compruebe la existencia de la afectación y su intensidad correspondiente.

Situación que no se colma en el caso particular, pues se contrae a las declaraciones de un solo testigo – en este caso el de Marleny Urrego Urrego –,

la cual declaró que dichos parientes experimentaron tristezas por el deceso del mortinato, sin especificar de manera precisa y detallada la intensidad de ese sufrimiento, su proyección en el tiempo y las repercusiones del mismo en la salud mental y sociabilidad de cada integrante de esa parentela.

De ahí que la intensidad del dolor deba ser corroborada con pruebas cuantitativa y cualitativamente más consistentes, pues el ser pariente apenas es un hecho indicador que requiere de la comprobación de otra pluralidad de circunstancias para poder inferir la causación de un detrimento afectivo.

e) No debe reconocerse los perjuicios deprecados por madre y padre a título de daños psicológicos, pues no está acreditado que los llamados a ser padres del mortinato hubieren experimentado deterioro permanente y persistente en su salud mental como consecuencia del óbito, y presumirlos simple y llanamente conduciría a resarcir dos veces un mismo perjuicio moral. Y, tampoco están llamados a resarcirse bajo la denominación de daño a la vida de relación, pues no se advierte que se hubiere perdido de manera definitiva un bien que hace más agradable la existencia, tal como una función fisiológica, o la posibilidad de disfrutar de una actividad.

f) Con arreglo a los criterios del arbitrio judicial, se determina que la indemnización de perjuicios morales para Johana Marcela Ortegón será de \$70.000.000, la de Mauricio Tehelen Burítica de \$70.000.000 y la de Ana Mercedes Sánchez Romero de \$30.000.000.

**Llamamiento en garantía de Fundación Sapsalud:** Está llamado a abrirse paso, por cuanto la llamada asumió expresamente la obligación de responder por los daños y perjuicios que pudiera derivarse de la calidad e idoneidad de los servicios de ginecología y obstetricia que presten en las instalaciones del Hospital Infantil Universitario de San José, según consta en la cláusula sexta del negocio jurídico aportado como fundamento de la citación en garantía.

**Llamamiento en garantía de Maphre Seguros Generales de Colombia S.A.:** Para la fecha de las actuaciones objeto de reproche – 3 de junio de 2009 –, el límite de cobertura de la póliza ascendía a la suma de \$1.000.000.000, que se encontraba vigente entre el 31 de marzo de 2009 y el 31 de marzo de 2010, según consta de la certificación emitida por la aseguradora el 21 de abril de 2009.

No obstante lo anterior, deberán aplicarse tres deducibles del 10% cada uno, uno por el deducible básico, otro por concepto de perjuicios morales, y el restante otro porque el daño no fue causado por personas vinculadas a través de contrato de trabajo.

Con arreglo a lo anterior, si la indemnización fue de \$170.000.000, se deducirá el conjunto de deducibles por \$51.000.000 y concurrirá al pago de \$119.000.000.

No se declarará probada ninguna excepción de mérito, pues el amparo de perjuicios morales fue expresamente asumido en el texto de la póliza, y la aplicación de los deducibles es propia de la tarea de singularizar la condena, más no es un eximente total o parcial de la responsabilidad civil aquí declarada.

**Tacha de falsedad:** La tacha presentada advierte precipitada, pues no consulta el cometido de la institución, que doctrinaria y jurisprudencialmente ha sido reconducido a la controversia sobre la adulteración o contrafacción material de los documentos traídos a juicio en oportunidad procesal, y no a controvertir la realidad o contenido de las declaraciones o representaciones que allí se consignan.

Con esto se quiere significar que la tacha de falsedad persigue la declaración de falsedad material, pero no es apta el reconocimiento de la falsedad ideológica.

De ahí que la competencia en ese incidente, se reconduzca a determinar si las fotografías adosadas fueron objeto de adulteración o contrafacción material, pero no se extienda la tarea de esclarecer si el óbito reproducido corresponde al producto de la gestación de Johana Ortégón Sánchez, pues de hacerlo emitirá un juicio de falsedad ideológica sobre el contenido de la representación gráfica.

Pretermittir esta situación, equivale a desconocer que en materia civil, solo se puede controvertir la falsedad material del documento aportado, de manera alguna la falsedad ideológica.

Circunscrito el objeto de la tacha admisible en este caso, se advierte que el único argumento admisible de debate en esta sede es aquel en donde se sindicó al aportante de las fotografías de haberlas adulterado por medios digitales para hacer parecer un feto de sexo masculino por uno de sexo femenino, pues solamente ese hace relación a la adulteración material de la fotografía.

No le corresponde determinar si las fotografías se acompasan a la descripción del óbito plasmada en la historia clínica, es decir si reproduce abdomen con maceración positiva, signos de maceración cerebral o extremidades con presencia de flictenas, pues se itera que esta valoración busca un juicio sobre el contenido de las fotografías que es extraño a las discusiones admisibles en sede de tacha de falsedad.

Y, tampoco determinar si las fotos revelan la interpretación que les otorga el demandante, correspondientes a desfacelamiento en cara, brazo, antebrazo y manos, inexistencia de acabalgamiento o suturas, inexistencia de hundimiento fetal y cordón umbilical en nudos, por cuanto esa ponderación comporta un juicio sobre la realidad del documento, y no una controversia sobre la adulteración o contrafacción material de la fotografía, que no es susceptible de emitirse en el trance de ese incidente.

Con arreglo a estas reflexiones, se concluye que el demandante no acreditó que las fotografías hubieren sido adulteradas para hacer pasar un feto de sexo masculino por femenino, al punto que no se aportó ningún medio técnico o científico que acreditará la falsificación y explicará cómo se alteró la integridad de la fotografía.

Y, esta situación implica que deberá ser sancionado con una multa de diez salarios mínimos por haber acreditado la falsedad que planteó, con arreglo al artículo 274 del Código General del Proceso.

**Condena en costas:** Se condenará a la demandante a pagar el sesenta por ciento de las costas, teniendo en cuenta que la prosperidad de las súplicas fue parcial, lo anterior de conformidad con el numeral 1º del artículo 365 del Código General del Proceso.

### **Decisión**

Con base en lo expuesto, el Juzgado Veintiocho Civil del Circuito de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la ley

### **Resuelve**

**Primero:** Declarar no probadas las excepciones de mérito formuladas por la demandada y los llamados en garantía.

**Segundo:** Declarar que la Fundación Hospital Infantil Universitario de San José es civilmente responsable de los daños causados a los demandantes Mauricio Tehelen Burítica, Johanna Marcela Ortegón Sánchez y Ana Mercedes Sánchez Romero por el óbito fetal presentado el 3 de junio de 2009.

**Tercero:** Condenar a la Fundación Hospital Infantil Universitario de San José a pagarle a los demandantes Mauricio Tehelen Burítica, Johanna Marcela Ortegón Sánchez y Ana Mercedes Sánchez Romero, las siguientes cantidades de dinero a título de perjuicios morales:

- a) Para Mauricio Tehelen Burítica \$70.000.000.
- b) Para Johanna Marcela Ortegón Sánchez \$70.000.000.
- c) Para Ana Mercedes Romero Sánchez \$20.000.000.

**Cuarto:** Declarar que la llamada en garantía Fundación Samsalud concurrirá con la demandada Fundación Hospital Infantil Universitario de San José, en el pago de la totalidad de la indemnización aquí reconocida.

**Quinto:** Declarar que la llamada en garantía Maphre Seguros Generales de Colombia S.A. concurrirán con la demandada Fundación Hospital Infantil Universitario de San José en el pago de \$118.000.000, correspondiente a la indemnización menos sus respectivos deducibles.

**Sexto:** Denegar las pretensiones de la demanda presentadas por los demandantes Sindy Paola Ortegón Gloria Alcira Sánchez Romero, Cecilia Sánchez Romero, María Emma Sánchez de Castellanos, Julio Andrés Riaño Sánchez y William Enrique Riaño Sánchez.

**Séptimo:** Declarar frustrada la tacha de falsedad formulada por los demandantes en contra de los documentos aportados por el testigo Norman Alfredo Rodríguez.

**Octavo:** Sancionar a la parte demandante a pagarle al aportante de los documentos tachados - Norman Alfredo Rodríguez - el equivalente de diez salarios mínimos mensuales vigentes.

**Noveno:** Condenar a la demandada a pagar el 60% de las costas. Para su cuantificación, el juzgado fija la suma de \$10.000.000 como agencias en derecho. Liquídense.

**COPIESE Y NOTIFIQUESE,**

**NELSON ANDRES PEREZ ORTIZ**  
**JUEZ**



República de Colombia  
Rama Judicial del Poder Público  
Juzgado Veintiocho Civil  
del Circuito de Bogotá D.C.

El anterior *sentencia* se Notifico por Estado

No. 048 Fecha 15 JUN 2021

El Secretario(a),