

# La responsabilidad del Estado colombiano por la falla en la detección temprana de enfermedades auditivas\*

## The Responsibility of the Colombian State for the failure in the early detection of auditory diseases

*William Eugene Ulrich Astaiza\*\**

---

Fecha de recepción: 17 de abril de 2018

Fecha de aceptación: 4 de marzo de 2020

---

### RESUMEN

El presente artículo presenta un análisis de la responsabilidad del Estado por la falla en la detección temprana de enfermedades auditivas, en el entendido de que le corresponde al Estado colombiano efectuar el Potencial Evocado Automatizado de Tallo Cerebral (peatc), a los recién nacidos dentro de las primeras 48 horas de su nacimiento, a fin de establecer de forma acertada su audición y las enfermedades que pudieren presentar de acuerdo con lo establecido en la Ley 982 de 2005. Esta falla por la omisión en la realización del peatc podría derivar en la pérdida de la oportunidad de acceder a un tratamiento, que si bien no es una cura definitiva, resultaría en una ostensible mejora de su estilo de vida.

**Palabras clave:** responsabilidad estatal, falla en el servicio, enfermedades auditivas, detección temprana, recién nacidos.

### ABSTRACT

This article presents an analysis of the responsibility of the State for the failure in the early detection of auditory diseases, under the understanding that it is up to the Colombian State to effect Automated Brainstem Implicated Potential (ABB) to newborns within the first 48 hours after his birth in order to correctly establish his hearing and the diseases he may present in accordance with the provisions of Law 982 of 2005, the failure of the State to omit this test could result in the loss an opportunity for those whose early detection was not done, preventing them from accessing a treatment that, although it is not a definitive cure, would result in an obvious improvement in their lifestyle.

**Keywords:** State Responsibility, Service Failure, Hearing Diseases, Early Detection, Newborns.

\* El presente artículo surge de una investigación financiada en su totalidad por la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Popayán. Agradezco a mi esposa Catalina Verutti, por su preocupación y cercanía con estos temas. De ella recibí la inspiración para escribir.

\*\* Abogado de la Universidad Cooperativa de Colombia, especialista en Derecho Administrativo de la Universidad del Cauca, magister en Derecho Administrativo de la Universidad del Cauca. Sus intereses de investigación son la responsabilidad del Estado y las acciones públicas. Correo: William.ulricha@campusucc.edu.co

## INTRODUCCIÓN

La responsabilidad del Estado colombiano ha sido sin lugar a dudas un tema apasionante y de complejas dimensiones dentro de la doctrina y la jurisprudencia. La importancia de la dignidad humana, la vida y la salud en la Constitución de 1991 aunados a la cláusula general de responsabilidad del Estado han creado un ambiente propicio para abordar temas relacionados con los servicios médicos prestados en hospitales públicos, situación que no se ha hecho esperar en el ámbito judicial.

Las dificultades que resultan de este régimen de responsabilidad son palmarias, la evidente naturaleza técnica de los procedimientos realizados y en ocasiones las dificultades de acceder a los medios probatorios pertinentes e idóneos han llevado a que accionar en contra del Estado argumentando una “mala praxis” sea, por decir lo menos, muy complicada.

El presente trabajo busca explorar las visibles dificultades de la responsabilidad del Estado por las fallas en la prestación del servicio médico y abordar la pérdida de la oportunidad que le es tan propia a un estamento como el médico, porque las acciones pueden llevar a la pérdida de ciertas expectativas legítimas que tienen los ciudadanos al someterse a los cuidados de los galenos en Colombia.

Atendidos los prolegómenos de este tema es necesario plantear la pregunta que se busca resolver con el presente trabajo: ¿Existe responsabilidad del Estado por la falla en el tratamiento temprano u oportuno de enfermedades auditivas en recién nacidos?

Es necesario tratar de forma previa el tema poniendo de presente que el avance en las ciencias de la salud ha permitido que en la actualidad se hagan procedimientos de detección y tratamiento temprano de diferentes tipos de enfermedades de naturaleza auditiva en recién nacidos. Los beneficios de la implementación de este modelo de salud son variados, entre ellos, la reducción de costos para el tratamiento de adultos y por supuesto la mejora en la calidad de vida para quienes efectivamente reciben atención.

Al amparo de la Ley 982 de 2005 se creó un sistema de protección de las personas sordas y sordociegas en Colombia y la equiparación de sus oportunidades, que propició la creación de un modelo de detección temprana y la concientización de las autoridades sobre el problema que presenta la hipoacusia para la población.

El Estado se encuentra especialmente obligado a la detección temprana y al tratamiento de la hipoacusia en los recién nacidos, que encuentra especial asidero en la prevalencia de los derechos de los niños, protegidos por la carta

constitucional. Ahora bien, en atención a esta situación es posible deducir la responsabilidad del Estado por la falla en el servicio de la salud al dejar de lado la especial protección que merecen los menores tratándose de su salud auditiva, tal como lo establece la Ley 982 de 2005, artículo 42).

Es necesario que desde la academia se busquen soluciones a problemáticas sociales reales y potencialmente dañinas para la sociedad y la salud pública, es así que atendiendo a las diversas fuentes académicas se propone al Estado como responsable de las fallas en la detección temprana de enfermedades, ya que su obligación es palpable y exigible.

Se propone con el presente trabajo una mirada netamente académica de una posible conducta antijurídica del Estado ya que, de configurarse el trinomio de la responsabilidad, es decir, un daño antijurídico y que este le sea imputable al Estado aunado a un nexo de causalidad estaremos ante una posible responsabilidad que de ser probada generaría una indemnización tal y como lo establece el artículo 90 de la Constitución Política.

El presente artículo analizará las particularidades de la responsabilidad del Estado por fallas en la detección temprana, es decir, hará un acercamiento a las enfermedades de naturaleza auditiva y el manejo de esta técnica en algunos estados de los Estados Unidos como modelo para la implementación en Colombia. También se analizará la falla en el servicio y la pérdida de la oportunidad como factores de innegable importancia para abordar este tema.

## **1. LA FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO COMO TÍTULO DE IMPUTACIÓN POR FALTAS EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES AUDITIVAS**

El derecho a la salud contemplado en el artículo 49 superior establece que este está establecido como un servicio público y que además el acceso a este es un derecho irrenunciable, por el cual el Estado debe buscar formas de acceso irrestricto sin distinciones de raza, edad, sexo o estratificación socioeconómica. En la Sentencia T-121 de 2015 la Corte Constitucional se pronunció sobre este tema: “El derecho a la salud implica el acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo”.

La falla en el servicio aparece como aquella situación anómala en la que el Estado presta un servicio ya sea de forma defectuosa o sustrayéndose de cumplirlo,

es decir, lo hace de forma tardía o simplemente no cumple en lo absoluto. De acuerdo con Güecha (2012):

[...]la administración no ha actuado, lo ha hecho tardíamente o la actuación ha sido anómala. Lo anterior significa que la actividad del Estado en este título de imputación de responsabilidad se enmarca en conductas positivas como en los casos en que la administración ha actuado mal y en conductas omisivas para las circunstancias en que no haya actuado o la actuación ha sido tardía. (p. 99)

Ahora bien, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Consejo de Estado (2015) ha sentado la postura de que la falla en el servicio es uno más de los títulos de imputación que puede utilizarse al buscar la responsabilidad del Estado, ya que la Constitución no privilegió ningún título en especial, tan solo basta con probar la antijuridicidad del daño cometido ya sea por acción u omisión, lo cual evidentemente deja en evidencia lo planteado, esto es, que no existe un título privilegiado.

La falla en el servicio médico aparece en diferentes modalidades, esto es, con respecto al servicio que se haya prestado y que haya resultado defectuoso en su aplicación o que simplemente no se haya aplicado o ejecutado. Tendremos entonces falla en el servicio diagnóstico o por error en el diagnóstico y falla en el servicio quirúrgico. El Consejo de Estado (2016) ha sido bastante claro al respecto:

[...] está demostrada la responsabilidad de la Clínica Casanare en el presente caso, pues esta institución no realizó todos los procedimientos recomendados por la ciencia médica para diagnosticar a tiempo la patología que sufría la señora Deyanira Vega Aguirre, lo que, a su vez, impidió que se le realizara oportunamente el tratamiento quirúrgico indicado (apendicectomía), hecho que ocasionó la muerte de la mencionada paciente (...). La causa determinante del deceso de la señora Deyanira Vega Aguirre no fue la demora en su traslado hacia Bogotá, sino la falta de un diagnóstico y tratamiento oportuno respecto de la patología que padecía.

Un aspecto fundamental sobre la responsabilidad médica es la infracción a la *Lex Artis* que implica la presunción de conocimiento y el correcto desempeño de una actividad profesional. La *Lex Artis* médica presenta un panorama de obligaciones tanto éticas como profesionales para quienes trabajan en el mundo de lo médico-sanitario que obliga a la prestación de un servicio competente y constantemente actualizado acorde con las técnicas que surgen en un mundo cambiante (Giménez, 2006).

Esta obligación de conocimiento y pericia exigible a los galenos en su actuar encuentra sustento en la Constitución Política y también en la Ley 23 de 1981 que define la relación médico-paciente, además de un decálogo de obligaciones para los médicos que tiene que ver<sup>1</sup> con su actuar. Entre otros, el diagnóstico y el acto de intervenir al paciente, que así lo requiera, cobra valor en la norma mencionada, ya que la falla en el diagnóstico o los procedimientos establecidos puede acarrear una sanción de estatura ética para el médico tratante y de corte pecuniario para el Estado.

La jurisprudencia del Consejo de Estado en este tema muestra su constante necesidad de adaptación en cuanto a los requerimientos técnicos de la ciencia médica. Resulta apenas evidente que, la persona común carece de los conocimientos necesarios sobre un procedimiento quirúrgico o la ciencia tras el diagnóstico y su importancia para el tratamiento efectivo, esto será de resorte de los médicos tratantes, quienes son los encargados de determinar el mejor tratamiento y manejo de las diferentes patologías, así las cosas, la comprensión y

El primer momento jurisprudencial traía consigo el título de la falla probada que exigía probar la actuación irregular del Estado junto con el daño y el nexo, pasando a un sistema de carga dinámica de la prueba, en la que el juez de acuerdo con las necesidades del proceso y la posición de cada una de las partes de probar un supuesto podía asignar la carga de la prueba, para llegar a un sistema en el que a la persona que alegue la falla en los procedimientos médicos le corresponde aportar las pruebas correspondientes, haciendo uso –si se requiere de los indicios– para aligerar su carga dada la complejidad de los conocimientos que requiere el tema médico. Así lo establece el Consejo de Estado (2016):

En lo que se refiere a las demandas de responsabilidad derivada del servicio médico, la Sección actualmente considera que, en los casos en los cuales el actor cuestione la pertinencia o idoneidad de los procedimientos médicos efectuados, a su cargo estará la prueba de dichas falencias, para lo cual podrá acudir incluso a la prueba indiciaria, teniendo en cuenta que, dada la complejidad de los conocimientos técnicos y científicos que involucra este tipo de asuntos, en ocasiones son los indicios los únicos medios que permiten establecer la presencia de la falla endilgada.

La prueba indiciaria en estos casos cobra una especial importancia, tal como se estableció anteriormente. Acorde con el nuevo modelo probatorio del Consejo de Estado tendrá una especial acogida dadas las dificultades probatorias que

1 Artículo 50. La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos: 1) por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes, 2) por acción unilateral del médico, en caso de emergencia, 3) por solicitud de terceras personas y 4) por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

necesariamente acarrea demostrar una situación de naturaleza técnica como la del saber médico. El máximo ente de lo contencioso administrativo ha dejado claro qué es un indicio:

Ahora bien, la existencia y convergencia de hechos indicadores, los cuales se encuentran debidamente acreditados, entraña una pluralidad simétrica de hechos indicados que corresponden a las conclusiones como producto de las inferencias, a partir de un número igual de hechos probados. Y es que como ya se sabe, el indicio se estructura sobre tres elementos: 1) un hecho conocido o indicador, 2) un hecho desconocido, que es el que se pretende demostrar y 3) una inferencia lógica a través de la cual, y partiendo del hecho conocido, se logra deducir el hecho que se pretende conocer. (Consejo de Estado, 2011)

Es el juzgador quien declara la existencia de un indicio, cuando establece un hecho indicador, aplica una o varias reglas de la experiencia e infiere lógicamente otro hecho indicado. Es el juez quien construye el indicio, en cada caso concreto. (Consejo de Estado, 2011)

Los protocolos médicos son adicionalmente un factor de gran importancia para la determinación de la responsabilidad por fallas médicas. Así lo determinó la Corte Suprema de Justicia (2010):

Si esas son algunas de las reglas más significativas de la *Lex Artis* de los referidos profesionales, es palpable que el incumplimiento de los deberes que la práctica les impone comporta una falta de diligencia que permite calificar de culposa la conducta de aquellos; por supuesto que los deberes allí contemplados sirven de parámetro para evaluar el grado de diligencia y responsabilidad empleados por el galeno. Del mismo modo, el incumplimiento injustificado de los deberes que la ley les impone a los establecimientos clínicos o sanitarios o de las exigencias de organización y funcionamiento, compromete la responsabilidad de estas; claro está, en la medida en que hubieren causado el perjuicio cuya indemnización se impetra.

La definición de qué es un protocolo médico muestra en gran parte la razón de un apego tan estricto a sus directrices, ya que contiene los procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación en salud como cuando se trata de pacientes con cáncer, vih, tuberculosis, entre otras enfermedades infecto-contagiosas. También aplica o direcciona el actuar de un profesional médico hacia la atención de pacientes que han sufrido quemaduras, accidentes o partos que muestran signos de complicaciones. Desconocer un protocolo médico o separarse de su texto con el evidente riesgo que esto conlleva y que cause

un daño que la persona no estaba obligada a soportar, comportará sin lugar a dudas responsabilidad de tipo patrimonial para el Estado y ética para el galeno.

Agotados los prolegómenos jurisprudenciales sobre la naturaleza de la falla médica es preciso ahondar en el tema descrito en el título: la falla médica como título de imputación para la falla en la detección de enfermedades auditivas. De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría (aap) tres de cada mil recién nacidos presentan pérdidas auditivas ya sea leves, moderadas o profundas. Estas pérdidas auditivas son aún más comunes en recién nacidos que deben ser trasladados a las unidades de cuidados intensivos. La falta de detección temprana de este tipo de deficiencias puede causar fallas en el desarrollo del lenguaje, el habla y la cognición. La detección temprana de una enfermedad auditiva puede, en Estados Unidos, llegar a ahorrar una suma tan escandalosa como 400 000 usd en educación especial para la época en que se recién nacido se gradué como bachiller.<sup>2</sup>

Resulta interesante resaltar que con procedimientos que van desde los 28 660 cop a 143 300 cop<sup>3</sup> pueden evitarse en un futuro costosos aparatos y educación quizás especializada que naturalmente resulta onerosa. Ahora bien, desde la óptica colombiana no se está tratando con un tema nunca antes visto, existe un precedente legislativo en la Ley 982 (2005, art. 42) que establece en el artículo 42: “Todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare”.

Esta obligación se refuerza aún más en la Ley 982 con lo siguiente:

Artículo 43. Será obligatoria la realización de los estudios que establezcan para tal efecto las normas emanadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del primer año de vida. (Congreso de la República, 2005)

Visto lo anterior resulta evidente que es obligación del Estado proteger, diagnosticar y en general velar por la salud auditiva de los recién nacidos ya que la desatención de este aspecto, sin lugar a dudas generará perjuicios que por la inexistencia o la deficiente prestación de un servicio se generan daños en la salud reflejados, como se vio, en fallas en el desarrollo del lenguaje, habla y cognición.

2 Los datos suministrados se obtuvieron de la página <http://www.ncsl.org/research/health/newborn-hearing-screening-state-laws.aspx>, consultada el día 28 de abril de 2017.

3 Cantidades obtenidas de la página <http://www.infantheating.org/> convertidas con la tasa representativa del día 12 de abril de 2018 en cuyo momento era de 2866 COP por cada dólar. Se convirtieron las sumas de 10 USD y 50 USD.

Esto en un Estado social de derecho resulta ser un claro daño antijurídico que debe ser indemnizado. (Consejo de Estado, 2006).

Resulta necesario aclarar entonces en manos de quién está la carga de la prueba en el caso de que un recién nacido no sea evaluado en su audición tal como lo establece la norma dentro de su primer año de nacido, cuestión agravada por los siguientes factores:

- Antecedentes familiares de hipoacusia neurosensorial congénita o de instauración en las primeras décadas de la vida hereditaria o de causa no filiada.
- Infecciones de la madre en el embarazo, confirmadas o de sospecha, por cmv, toxoplasma, herpes, rubéola, sífilis o vih, o rasgos clínicos o analíticos en el niño sugerentes de infección por esos agentes; anomalías craneoencefálicas y de cuello congénitas que afecten a la línea media o a estructuras relacionadas con el oído.
- Peso al nacer menor a 1500 gr.
- Hiperbilirrubinemias graves que precisen exanguinotransfusión o por encima de 20 mg/dl.
- Medicación en la madre gestante o en el recién nacido ototóxica, isótopos radiactivos y otros productos ototóxicos.
- Meningitis bacteriana.
- Accidentes hipóxico-isquémicos: test de Apgar: menor a cuatro en el primer minuto o menor de seis en el minuto 5; encefalopatías moderadas y graves.
- Ventilación mecánica más de cinco días.
- Traumatismos craneoencefálicos que afecten a la base del cráneo.
- Hallazgos en el recién nacido o en la familia de rasgos o alteraciones correspondientes a síndromes que se asocien con hipoacusia y trastornos neurodegenerativos. (Pozo, Almejar, Tapia Ma. y Moro, 2015 p.30)

Los anteriores elementos deben ser atendidos por los médicos tratantes de un menor de edad como posibles indicadores de riesgo para su salud auditiva. Evidentemente no tomarlos como tal resultaría en una desatención inexcusable



para el oficio médico ya que su naturaleza predice una posible afectación en la futura audición de un recién nacido. Claro está que no todo menor que encaje en los anteriores criterios podrá considerarse sordo o como una persona con dificultades auditivas, tan solo son indicadores que no pueden ignorarse como posibles causantes de enfermedades de este tipo.

El daño antijurídico puede originarse por la falta de valoración adecuada en un recién nacido que presente un cuadro como los anteriormente descritos. De acuerdo con la cartilla *Abecé Salud auditiva y comunicativa “Somos todos oídos”* del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia el 60 % de los problemas de audición y de oído son prevenibles y es muy deseable la prevención y el tratamiento oportuno de las enfermedades auditivas. A pesar de esta preocupación del Estado colombiano surge la pregunta: ¿En Colombia se examinan todos los recién nacidos para determinar su capacidad auditiva? De no ser examinados ¿qué razón existe para no hacerlo? Para responder a estas preguntas deben tenerse en cuenta las normas vigentes sobre la materia que, entre otras, establecen que el Estado está obligado a practicar estos exámenes y está claro que omitir este fundamental paso puede resultar en un daño para el menor y para su familia.

La falla se presenta en la omisión injustificada de hacer estos exámenes a un recién nacido; sin embargo, el daño solo se consolida cuando se presentan patologías que de haber sido detectadas a tiempo pudieron ser tratadas de forma efectiva. De este modo se previenen las consecuencias antes mencionadas y se evita una carga económica para la familia del afectado, incluso, para el patrimonio del Estado ya las prestadoras de salud deberán proveer tratamientos costosos como cirugías e implantes cocleares. De la American Speech Language Hearing Association (asha) pueden llegar a costar alrededor de los 40 000 usd es decir, 114 677 200 cop<sup>4</sup>.

Es posible declarar *prima facie*, vía pretensión de reparación directa, la responsabilidad del Estado y como consecuencia solicitar, a su vez, las indemnizaciones por los perjuicios causados. Como ya se expresó debe haber un juicioso ejercicio probatorio de los demandantes, que deberán demostrar cómo la actuación de la entidad causó el daño que se reclama, sin dejar de lado que los indicios pueden llevar al convencimiento necesario que requiere el juez para proceder a declarar probada la responsabilidad y obrar tal como lo ordena el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso-Administrativo.

4 Para este valor se tuvo en cuenta la TRM del día 12 de marzo de 2018 que fue de 2866 COP la información sobre costos fue obtenida de la página <http://www.asha.org/public/hearing/Cochlear-Implant-Frequently-Asked-Questions/> consultada el día 12 de marzo de 2018.

## 2. LA PÉRDIDA DE LA OPORTUNIDAD COMO PERJUICIO AUTÓNOMO DENTRO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR FALLA EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES AUDITIVAS

La pérdida en la oportunidad aparece como una propuesta novedosa y pertinente para el caso de la detección en la pérdida auditiva en recién nacidos, ya que no siempre el daño causado estará directamente relacionado con las actuaciones de un médico, sino más bien, con su falta de actuar en un caso específico que resulta en un daño de carácter especial, en razón a que lo que produjo el daño resulta de la falta de atención a los detalles específicos y a las señales que muestran determinadas patologías. En este caso será la no realización de los exámenes auditivos pertinentes, conocidos como potenciales evocados auditivos, que permiten una detección mucho más efectiva en recién nacidos (Denia y Lombardero, 2009).

La falta de actuar en los casos en los que se presenten factores de riesgo como hiperbilirrubinemias, procesos hereditarios, ingesta de la madre de medicamentos ototóxicos, etc. son cuestiones que un médico no puede pasar por alto y que al hacerlo crea una situación que el recién nacido ni su familia están en la obligación de soportar, es decir un daño de naturaleza antijurídica en las palabras del artículo 90 superior.

El Consejo de Estado (2010) define la pérdida de la oportunidad de la siguiente forma:

La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta este que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio –material o inmaterial– para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

Vista esta definición se esclarece la importancia de la pérdida de la oportunidad, que de acuerdo con la jurisprudencia del mismo Consejo Estado (2013), es un

perjuicio autónomo, es decir, no aparece como resultado de otra situación fáctica, sino más bien, como su propia línea de posible indemnización ya que la pérdida de la oportunidad es en sí un perjuicio, motivo por el cual podrá ser alegado de forma independiente a otro tipo de perjuicios.

Este tema no se ha abordado solamente en la jurisprudencia colombiana, en los Estados Unidos su uso ha sido amplio:

Tort lawyers in the United States often think of “loss of a chance” as a theory of “probabilistic causation” that only applies to medical malpractice misdiagnosis cases. The theory is that if a physician negligently fails to diagnose a curable disease, and the patient is harmed by the disease, the physician should be liable for causing the “loss of a chance” of a cure...<sup>5</sup> (Fischer, 2001, p. 605).

En Inglaterra también se ha tratado el tema de la pérdida de la oportunidad desde hace ya algún tiempo. El caso *Chaplin vs. Hicks* de 1911 es famoso porque se privó a una mujer de participar en un certamen en que probablemente resultaría ganadora:

The defendant, a theatrical manager, agreed to give positions as actresses to persons chosen by the votes of the readers of a newspaper. In response to his advertisement, about six thousand photographs were sent in, and from these a committee picked about three hundred. These were published in the paper and from them the readers selected five in each of the ten districts into which the country was divided. From this fifty, twelve were to be selected by a committee before which the candidates were to appear. The plaintiff's name was at the head of the five in her particular section. The defendant failed to give her proper notice of the meeting of the committee and she was thus deprived of her chance of winning a prize. The prizes were of considerable value, being appointments to positions for three years at salaries ranging from five to three pounds a week for the period named. The jury gave her one hundred guineas damages, and, on judgment being granted for this sum, the defendant appealed. The upper court dismissed the appeal, holding that she was entitled to recover substantial and not merely nominal damages. (Drake, 1913, p. 392)<sup>6</sup>

- 5 Los abogados en los Estados Unidos suelen pensar en la “pérdida de una oportunidad” como una teoría de la “causalidad probabilística” que solo se aplica a los casos de diagnóstico erróneo de mala praxis médica. La teoría es que, si un médico negligentemente, no diagnostica una enfermedad curable, y el paciente es dañado por la enfermedad, el médico debe ser responsable de causar la “pérdida de una oportunidad” de una cura.
- 6 El acusado, director teatral, accedió a dar cargos de actrices a personas elegidas por los votos de los lectores de un periódico. En respuesta a su anuncio se enviaron alrededor de seis mil fotografías, y de ellas un comité escogió unas trescientas. Estos fueron publicados en el periódico y de ellos los lectores seleccionaron

Resulta clara la importancia que la rama judicial colombiana le ha dado a este tema y también las altas corte del mundo anglosajón porque se ha tratado de forma clara y ha dejado un legado difícil de ignorar. En Colombia, a su vez, el Consejo de Estado planteó nuevas formas de acercamiento no solo teóricas sino también en atención a los asuntos de cuantificación de la indemnización, cuando se pruebe la pérdida de oportunidad.

Mediante Sentencia del 5 de abril de 2017 el Consejo de Estado planteó que para que haya pérdida de oportunidad deben registrarse, los siguientes elementos:

- Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar.
- Certeza de la existencia de una oportunidad.
- Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima.

En los tres requisitos mencionados se deja muy en claro que el elemento preponderante es el *alea* y la incertidumbre aunada al hecho de que existía una posibilidad palpable de esa dicha situación beneficiosa o que el perjuicio que se buscaba evitar se diera o se evitara, razón por la cual estaría legitimado por activa quien sufre este perjuicio para accionar en contra de quien o de quienes truncaron su posibilidad.

Debe aclararse que el mecanismo idóneo para la determinación de si la probabilidad estaba en el rango de lo posible o no está en manos de la estadística, ya que se deberá cuantificar en porcentajes mayores a 0 % y menores a 100 % la posibilidad de que ocurriera o se evitara el hecho, ya que al estar en uno de estos dos extremos percentiles estaremos hablando ya sea de un perjuicio inexistente si estuviera en 0 % o de un perjuicio en todo su volumen si estuviera en 100 %.

De acuerdo con este criterio debe establecerse cuál es el porcentaje para cada caso, y así determinar si la ausencia de tratamiento por la falta en la detección temprana influyó de forma tan efectiva que deba tenerse en cuenta como una verdadera oportunidad perdida, es decir, si el porcentaje que se presenta

cinco en cada uno de los diez distritos en los que se dividió el país. De estos cincuenta, doce debían ser seleccionados por una comisión ante la cual los candidatos debían aparecer. El nombre de la demandante estaba a la cabeza de los cinco en su sección particular. La demandada no le dio la debida notificación de la reunión del comité, por lo que se le privó de su oportunidad de ganar un premio. Los premios eran de considerable valor, siendo nombramientos a cargos por tres años a sueldos que iban de cinco a tres libras a la semana durante el periodo nombrado. El jurado le otorgó cien daños por guineas y, en sentencia dictada por esta suma, recurrió el demandado. El tribunal superior desestimó el recurso, sosteniendo que tenía derecho a recuperar daños sustanciales y no meramente nominales.

de haberse producido un tratamiento oportuno a ese recién nacido es lo suficientemente alto para considerarlo un perjuicio o si por el contrario es tan elevado que es un perjuicio en su total magnitud. Recuérdese que la pérdida de oportunidad es tan solo eso, una pérdida de oportunidad. El ente encargado de la detección temprana no es el causante del daño. Esto resulta como una situación anormal, resultante de situaciones congénitas o externas que pueden producir una patología como la hipoacusia.

La pérdida de la oportunidad en el caso de los problemas de detección en recién nacidos emerge como una categoría nueva y potencialmente costosa para el Estado, ya que no en todos los nacidos vivos se aplica una estricta política de detección de enfermedades auditivas, llevando así a una detección tardía y a una pérdida de la ventana de oportunidad que se presenta para el tratamiento y manejo de cada situación en particular. Esto, sin contar con los tratamientos y terapias con los profesionales del habla y la audición puede resultar en una serie de demandas de carácter administrativo porque, probados los perjuicios, podría crearse un precedente aplicable y de imposible elusión del Estado.

No obstante, la aparente desidia del Estado en la disposición de una política en esta materia existen casos aislados en los que de forma local se ha creado una política pública que busca acabar con este delicado problema. Tal es el caso del Acuerdo 507 del 5 de diciembre de 2012 del Concejo de Bogotá, que crea un programa de tamizaje universal neonatal auditivo gratuito para personas pobres, vulnerables y no aseguradas, lo cual resulta loable y agresivo de cara a este problema de salud pública y debe tenerse como un fuerte precedente para todos los concejos, asambleas e inclusive para el legislativo de la importancia del tema y de su urgente e imprescindible aplicación.

Además de este acuerdo del Concejo Distrital de Bogotá, existe la ley 1980 de 2019, en la que se exige un tamizaje neonatal para la detección de Errores innatos del metabolismo conocido como enfermedad de Hunter que, entre otros síntomas, produce sordera debido a cambios en la presión del oído, de ser posible anestesiado al paciente es posible proceder a la colocación de tubos que permiten evitar este problema llamados “Grommets”. dicha ley exige que el tamizaje que detectará esta enfermedad se haga a las 72 horas de nacimiento de la persona.<sup>7</sup>

Existe en Colombia un organismo dedicado al estudio de este tipo de desórdenes<sup>8</sup> para el que, desgraciadamente no existe cura, tan solo tratamiento para sus síntomas que no solo afectan la audición sino también la visión, el cerebro, el

7 La información con respecto a este proyecto se obtuvo de la página <http://www.senado.gov.co/noticiero-del-senado/item/26902-programa-de-tamizaje-neonatal-en-colombia-a-punto-de-ser-ley> el 20 de junio de 2017.

8 <http://www.javeriana.edu.co/ieim/cartillas/hunter.htm#veintitres>

corazón, articulaciones, columna, etc. Lo cual por supuesto es muy atinado y deseable dentro de nuestro sistema de salud y está claro debe efectuarse de acuerdo con lo dispuesto en la ley 982 de 2005, que presenta una obligación estatal de estudio temprano de la capacidad auditiva, aún así ello no resuelve de forma determinante el problema de los problemas auditivos de los recién nacidos ya que su implementación no es global, de acuerdo con Castaño (2002) resulta utópico que se implemente lo que él ha nominado como tamizaje universal auditivo neonatal (tuan), de acuerdo con este se presentan los siguientes obstáculos que impiden su implementación de forma efectiva: Limitantes de tipo económico manifestadas especialmente en falta de recursos (equipos, personal capacitado, servicios para seguimiento y control) y la imposibilidad de desarrollar programas sostenibles.

Lo anterior evidencia la debilidad del sistema de salud colombiano y, más aún, refleja la falta de voluntad política para una efectiva y juiciosa implementación de este tipo de pruebas en recién nacidos. La falta de estos elementos es una carga explosiva que tarde o temprano debe ponerse en evidencia y debe ser mediante órdenes judiciales y sentencias de tipo condenatorio que se llegue a una solución juiciosa y efectiva a este problema.

### **3. MODELOS LEGISLATIVOS ESTATALES DE LOS ESTADOS UNIDOS Y SU VIABILIDAD CON EL SISTEMA COLOMBIANO**

El modelo de salud de los Estados Unidos a pesar de sus estatus de superpotencia tanto en lo económico como en lo político es marcadamente mixto, con una fuerte dominancia del sector privado sobre el público, es decir, la obtención de beneficios de salud está, en un gran porcentaje, manejado por aseguradoras de tipo privado que deja por fuera, sin seguro de ningún tipo, a aproximadamente el 16 % de la población estadounidense, cerca de 50 millones de personas (National Research Council y Committee on Population, 2013).

A pesar de las deficiencias de este sistema, hay modelos estatales, o sea, pertenecientes a cada estado de la unión americana, que ofrecen el modelo de tamizajes neonatales universales sin ninguna dificultad. En ocasiones es obligatorio que las entidades de salud practiquen este examen. Los siguientes son los modelos en los estados más significativos.

#### **California**

El estado de California ofrece una muy importante legislación a propósito de la práctica de estos exámenes. El primer referente es el código de salud y segu-

ridad (Health and Safety Code) que, en su artículo quinto, subsección 123975, establece que en los pabellones de cuidados intensivos neonatales que el estado haya designado para este fin establecerán programas donde se haga el examen auditivo a todos los recién nacidos, con excepción de aquellos cuyos padres o tutores legales se opongan a la prueba sobre la base de que entra en conflicto con sus creencias religiosas.<sup>9</sup>

## Florida

El estado de Florida mantiene una similar política a la de California, pero con un acercamiento mucho más elaborado al respecto, esto es, el legislador estatal define ciertos parámetros para el cabal entendimiento del sentido de la norma<sup>10</sup> como la descripción de qué es un infante o *infant*: es un menor de entre 30 días de nacido y 12 meses; recién nacido o *Newborn* será aquel entre los 0 y los 29 días de nacido. Define, además, qué se considera un impedimento de audición o *Hearing Impairment* que será aquel mayor a los 30 decibeles o más en la frecuencia del reconocimiento del habla en uno o en ambos oídos. La normativa deja claro que todos los establecimientos de salud que ofrezcan servicios materno infantiles deberán hacer un examen para la detección de este tipo de enfermedades previo a la salida de los recién nacidos.

La norma también dispone, como en California, que el padre o tutor legal del recién nacido o infante podrá negarse a la práctica de este examen, situación en la cual el centro médico dejará constancia de ello. También es claro que quienes nazcan en un hospital deben ser examinados y que de no ser nacidos en un establecimiento hospitalario debe informarse a los padres de la importancia de la realización de estos exámenes en un lapso no superior a los tres meses.

Los costos de los exámenes los debe cubrir la aseguradora en salud del paciente y en caso de no contar con los recursos o simplemente no estar asegurados se debe suministrar un listado de instituciones que ofrezcan estos servicios de manera gratuita.

## Nueva York

El estado de Nueva York propone un modelo que no dista mucho de los demás estados, que consiste en un programa de atención a recién nacidos para la detec-

9 El código de Salud y Seguridad de California artículo 5 subsección 123975 fue consultado el día 24 de mayo de 2017

10 La norma en mención son los estatutos de la Florida título 29 capítulo 383 subsección 383.145 consultado el día 24 de mayo de 2017

ción de enfermedades auditivas a la menor edad posible. Sin mayor explicación indica que el programa estará supeditado a los fondos que se apropiaren para ese propósito y para pagar los costos de los servicios médicos.<sup>11</sup>

## Texas

El estado de Texas plantea un modelo muy interesante ante los problemas de audición en recién nacidos y hace un acercamiento muy pormenorizado de las circunstancias y definiciones especiales que se deben tener en cuenta. De similar manera a la ley del estado de Florida expone las definiciones necesarias para este tipo de situaciones como qué es un infante, un recién nacido, qué es pérdida auditiva, etc.

La norma estatal les exige a los proveedores de salud que practiquen el examen de audición a todos los recién nacidos ingresados a sus instalaciones antes de darles de alta. De igual forma, contempla la posibilidad de que el examen no se practique, en razón a las objeciones de los padres o de que la prueba se efectúe en instalaciones diferentes adonde ingresó el recién nacido.

Del mismo modo se plantea a los padres de los recién nacidos que cuando el resultado de la prueba de audición arroje un resultado negativo se proceda a una reexaminación con una tardanza no mayor a 30 días posteriores a su salida del hospital donde se efectuó el primer examen. También incluye un eximente de responsabilidad para los profesionales que practiquen los exámenes.<sup>12</sup>

## 3.1 Viabilidad de los sistemas estadounidenses con el modelo colombiano

Vistos algunos de los modelos de los Estados Unidos resulta evidente que la compatibilidad de estos modelos con el modelo de seguridad social en Colombia no se excluye entre sí, es decir, nada obsta para que de la misma manera en que se aplica en aquel país se pueda lograr con un éxito considerable en nuestro país. Ahora bien, es necesario considerar varios factores para un “trasplante” exitoso del modelo estadounidense a nuestro país. Se verá que no por el hecho de que ese modelo prospere dentro de la legislación de cada estado podrá ocurrir de la misma forma si se llegase a adoptar de forma definitiva en Colombia. Deben considerarse, de manera primordial, la voluntad política de quienes tienen el

11 La norma del estado de Nueva York es la ley de salud pública de esa ciudad, sección 2500-g.

12 Código de salud y seguridad del estado de Texas, título 2, subtitulo B, Art 47.



poder de implementar tales medidas, como el congreso de la República, en el orden nacional, las asambleas en las regiones y los concejos, a nivel local. Es posible que teniendo el precedente de lo ocurrido en el Concejo distrital de Bogotá pretendan aplicar un modelo que redunde en beneficio de los habitantes de sus circunscripciones. El primer obstáculo para sortear es el verdadero “querer” de estas corporaciones ya que ellos deben ser los llamados a aprobar tales iniciativas.

La voluntad política (Arnoletto, 2015, p. 96) viene a ser la piedra angular de la aceptación de la implementación de un tamizaje neonatal auditivo de carácter universal. El verdadero trabajo está en convencer de la popularidad en la implementación de este tipo de pruebas a aquellos que tienen la facultad legal y constitucional de crear políticas públicas de carácter permanente como leyes, ordenanzas, acuerdos, decretos, ya que de procederse a destinar recursos y tiempo para este fin no solo se logrará una política muy popular y aceptada por la población, sino que se protegerá ese imperativo constitucional de que el Estado vela por la salud de todos sus asociados, sin importar su edad, sexo o condición social.

La implementación del modelo estadounidense no ofrecería, a primera vista, un obstáculo para el sistema de salud actual, que en teoría sí avala este tipo de exámenes, pero no de forma automática y universal, tan solo los aplica en el caso de que exista un elemento de riesgo que permita a los profesionales inferir que podría presentarse la posibilidad de daños o enfermedades de carácter auditivo, lo cual es aceptable, pero no suficiente, ya que cuando se presente la ocasión para ello, posiblemente habrá pasado un tiempo considerable, el necesario para comprometer el desarrollo normal del menor.

Las EPS en Colombia están obligadas a prestar el servicio de salud a sus afiliados (Calderón, s. f.) de forma integral y digna, prestación de servicio que incluiría el tamizaje neonatal universal a recién nacidos dentro del Plan Obligatorio de Salud (pos)<sup>13</sup> ya que este contempla un ítem de salud para la infancia y más en

13 El POS incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva básica hasta diversos tratamientos avanzados de alta complejidad, y que entre otros, corresponden a las siguientes áreas de servicios: acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionados, entre otros, con 1) salud de la mujer, 2) salud para la infancia, con control de crecimiento y desarrollo, 3) planificación familiar y 4) vacunación definida en el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Maternidad. Atención integral a las mujeres en embarazo, nacimiento y lactancia y a su bebé. Consulta. Medicina general y especializada, se incluye optometría y psicología. Diagnóstico. Laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear, resonancia electromagnética y escanografía. Medicamentos incluidos en el listado del Sistema. Apoyo terapéutico. Terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje. Hospitalización. Tratamientos quirúrgicos en servicios de baja, mediana y alta complejidades. Odontología. Con excepción de ortodoncia, periodoncia. Tomado de la página <https://www.minsalud.gov.co/lists/faq/pos.aspx> el 30 de mayo de 2017.

el entendido constitucional de que los derechos de los niños son prevalentes en nuestro sistema:

Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. **Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.** (Constitución Política de Colombia, art. 44) (Negrilla, Subraya y cursiva fuera de texto)

Así mismo la Ley 1751 de 2015 estatutaria de salud, en su artículo 6° literal f, propone como principio la prevalencia de derechos, como el de la población prenatal hasta los seis años. Esto incluiría una atención de este tipo para los recién nacidos, no como examen resultante de una situación preexistente del recién nacido, sino como examen de rutina y de carácter obligatorio para todos los nacidos vivos sin importar su ubicación geográfica ya que la misma ley establece que la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica sino de la rentabilidad social, es decir, que el objetivo no es el dinero sino la protección de los derechos de las personas, y visto lo anterior *a fortiori* los derechos de los niños.

La Ley Estatutaria 1618 de 2013 provee un marco de obligada referencia adicional para soportar la posibilidad de la aplicación de un modelo universal de detección temprana de enfermedades auditivas: en el artículo 7°, numerales 1 y 2, establece que los gobiernos departamentales y municipales están obligados a adoptar un programa de detección precoz de enfermedades en niños, además de establecer políticas de protección para ellos.

Se vislumbra un panorama bastante alentador para una posible aplicación del modelo estadounidense de exámenes auditivos universales a recién nacidos, ya que el mismo sistema colombiano no repele esta posibilidad, es más, el sistema de seguridad social acorde con la tutela del derecho a la vida digna, la salud y la seguridad social encuentra especial asidero para su plena aceptación sin poder siquiera mediar excusas como recursos o infraestructura ya que, como se

vio, ningún pretexto es válido para coartar o interrumpir derechos de talante fundamental (Dworkin, 1984).

Se considera que la no aplicación de este modelo de forma asertiva y rápida repercutirá directamente en la posible responsabilidad del Estado por la falla en la detección temprana de enfermedades auditivas ya que con los supuestos normativos mostrados y la jurisprudencia de la Corte Constitucional con respecto al derecho a la dignidad humana (Sentencia T-291 de 2016), la seguridad social (Sentencia T-690 de 2014), la salud (Sentencia T-121 de 2015) aunado a los tratados sobre protección de los derechos de los niños, aparece una obligación inexcusable para el Estado, que no solo por convicción o por seguimiento de paradigmas morales o por la creencia de que su actuar constituye una concesión para los administrados deberá cumplir, afirmar que se hace por estas razones desdibujaría toda la noción de Estado social de derecho, debe hacerlo porque es su obligación constitucional y legal y el no hacerlo significa para él, ya sea por acción u omisión, la posibilidad de llegar a indemnizar de acuerdo con la cláusula general de responsabilidad.

## CONCLUSIONES

1. La falta de una política encaminada a ofrecer a los recién nacidos un tñan es, sin lugar a dudas, una falla atribuible al Estado y que compromete su responsabilidad ya que existe una obligación legal contenida en la ley 982 de 2005 que así lo establece y es claro que al ignorarla o evadirla se causa un daño antijurídico al recién nacido que no se examina y luego se diagnostica con una pérdida auditiva que pudo ser tratada.
2. El Estado colombiano podría verse condenado por este la falla en la detección temprana de enfermedades auditivas, ya que un precedente favorable en este sentido podría poner en serios problemas la sostenibilidad fiscal del Estado mismo, el número de medios de control de reparación directa que podrían resultar de esto son incuantificables ya que no existe una estadística cierta al respecto de cuántos recién nacidos no tamizados son luego diagnosticados con enfermedades auditivas que pudieron ser tratables que aun estén dentro del término de 2 años para incoar su pretensión.
3. Es inexcusable algún argumento fiscal o logístico que busque retraer al Estado de su obligación de dar atención prioritaria a los recién nacidos, ya que la misma ley estatutaria de la salud establece que no es posible argumentar que no existe el capital suficiente para dicha atención, cuestión que cobra especial fuerza tratándose de los niños cuyo régimen está constitucional-

mente fortalecido y consta de tratados internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad.

## REFERENCIAS

### Constitucional

Constitución Política de Colombia. [Const]. (1991). Recuperado de <http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>

### Normativa

Congreso de Colombia. (29 de agosto). Ley 985 de 2005: *por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones*. DO 45995.

Congreso de Colombia. (18 de febrero). Ley 23 de 1981: *por la cual se dictan normas en materia de ética médica*. DO 35711.

Congreso de Colombia. (16 de febrero). Ley 1751 de 2015: *por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. DO 49427.

Congreso de Colombia (27 de febrero). Ley Estatutaria 1618 de 2013: *por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. DO 48717.

### Doctrina

Arnoletto, E. (2015). Glosario de conceptos políticos usuales. Buenos Aires: Eumednet.

Calderón, d. L. A. T., esp, m., y pública, e. D. S. El sistema general de seguridad social de salud de Colombia, 96, 1-99.

Castaño, R. (2002). Tamizaje universal auditivo neonatal: una utopía para países en desarrollo. *Acta otorrinolaringol. Cir. cabeza cuello*, 30(1), 19-25.

- Denia, A., y Lombardero, B. (2009). “Detección, diagnóstico y tratamiento precoz de la sordera en la infancia”. En *Actas del Simposio Internacional celebrado en la Fundación Ramón Areces*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid.
- Drake, J. H. (1913). The Rule of Certainty in Damage and the Value of a Chance. *Mich. L. Rev.* 10, 392-4.
- Dworkin, R. y Guastavino, M. I. (1984). *Los derechos en serio*. (Vol. 8). Barcelona: Ariel.
- Fischer, D. A. (2001). Tort recovery for loss of a chance. *Wake Forest L. Rev.*, 36, 605.
- Giménez, T. (2006). *Lex Artis y responsabilidad médico-sanitaria: una perspectiva actualizada*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guechá, C. (2012). La falla en el servicio: uUna imputación tradicional de responsabilidad del Estado. *Revista Prolegómenos-Derechos y Valores*. Universidad Militar Nueva Granada, 29, 102.
- National Research Council and Committee on Population. (2013). *US health in international perspective: Shorter lives, poorer health*. Washington: National Academies Press.
- Pozo, M., Almenar, A., Tapia, M. C., y Moro, M. (2015). *Detección de la hipoacusia en el neonato*. Asociación Española de Pediatría. Recuperado de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/3\\_2.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/3_2.pdf)

## Jurisprudencia

### Corte Constitucional

- Corte Constitucional. (26 de marzo). *Sentencia T-121 de 2015*. [M. P. Luis Guillermo Guerrero Pérez].
- Corte Constitucional. (2 de junio). *Sentencia T-291 de 2016*. [M. P. Alberto Rojas Ríos].
- Corte Constitucional. (11 de septiembre). *Sentencia T-690 de 2014*. M. P. Martha Victoria Sánchez.

## Consejo de Estado

Consejo de Estado. Sección Tercera. (5 de marzo de 2015). *Sentencia 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102)*. [C. P. Danilo Rojas Betancourth].

Consejo de Estado. Sección Tercera. (13 de junio de 2016). *Sentencia 2005-00630*. [C. P. Carlos Alberto Zambrano Barrera].

Consejo de Estado. Sección Tercera. (24 de marzo de 2011). *Sentencia 2005683 05001-23-26-000-1995-01411-0117993*. [C. P. Enrique Gil Botero].

Consejo de Estado. Sección Tercera. (11 de mayo de 2006). *Sentencia 68001-23-15-000-1995-00935-01(14400)*. [C. P. Ramiro Saavedra Becerra].

Consejo de Estado. (11 de agosto de 2010). *Sentencia 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593)*. [C. P. Mauricio Fajardo Gómez].

Consejo de Estado. (30 de enero de 2013). *Sentencia 05001-23-31-000-1997-06020-01(26999)*. [C. P. Mauricio Fajardo Gómez].

Consejo de Estado. (5 de abril de 2017). *Sentencia 170012331000200000645-01* del 05 de abril de 2017. [C. P. Ramiro Pazos Guerrero].

## Corte Suprema de Justicia

Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. (22 de julio de 2020). *Sentencia 2000-00855*. [M. P. Arturo Solarte Rodríguez].