
ALEGATOS DE CONCLUSIÓN PROCESO REPARACIÓN DIRECTA 660013333006-2019-00181-00 LUZ JANETH ARANGO LONDOÑO Y OTROS

Desde NOTIFICACIONES JUDICIALES HSVP <notificaciones.judiciales@hospisantarosadecabal.gov.co>

Fecha Mié 11/12/2024 9:50

Para Juzgado 06 Administrativo Circuito - Risaralda - Pereira <adm06per@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC Gilberto Serna Giraldo <gsernag@hotmail.com>; Notificaciones Judiciales Medimás <notificacionesjudiciales@medimas.com.co>; notificaciones.judiciales@husj.gov.co <notificaciones.judiciales@husj.gov.co>; felipeagudelo@alianza-seguros.com <felipeagudelo@alianza-seguros.com>

 1 archivo adjunto (652 KB)

Examen de Datos adjuntos seguros en curso;

No suele recibir correo electrónico de notificaciones.judiciales@hospisantarosadecabal.gov.co. [Por qué es esto importante](#)

Santa Rosa de Cabal, Risaralda. Diciembre 11 de 2024

Doctora:

SANDRA MERCEDES HERRERA GONZALEZ

Juzgado Sexto Administrativo del Circuito de Pereira

adm06per@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO: 660013333006-2019-00181-00
DEMANDANTE: LUZ JANETH ARANGO LONDOÑO Y OTROS
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
E.S.E. HOSPITAL SAN JORGE DE PEREIRA
MEDIMÁS E.P.S.
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

ASUNTO: **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**

EDWARD ALBERT GIRALDO SALAZAR, identificado con la cédula de ciudadanía número 9.727.502 expedida en Armenia Quindío, Abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional número 212.157 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de la Empresa Social del Estado **E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal Risaralda**, por medio del presente escrito procedo a presentar y desarrollar los **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**, encontrándome dentro del término legal de conformidad con lo preceptuado en el Art. 181 del C.P.A.C.A., con el fin de que sean desestimadas las pretensiones de la demanda y en su lugar se declare la existencia de las excepciones de mérito propuestas desde la contestación de la misma.

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl

Santa Rosa de Cabal, Risaralda.



Santa Rosa de Cabal, Risaralda. Diciembre 11 de 2024

Doctora:

SANDRA MERCEDES HERRERA GONZALEZ

Juzgado Sexto Administrativo del Circuito de Pereira

adm06per@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO: 660013333006-2019-00181-00
DEMANDANTE: LUZ JANETH ARANGO LONDOÑO Y OTROS
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
E.S.E. HOSPITAL SAN JORGE DE PEREIRA
MEDIMÁS E.P.S.
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

ASUNTO: **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**

EDWARD ALBERT GIRALDO SALAZAR, identificado con la cédula de ciudadanía número 9.727.502 expedida en Armenia Quindío, Abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional número 212.157 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de la Empresa Social del Estado **E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal Risaralda**, por medio del presente escrito procedo a presentar y desarrollar los **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**, encontrándome dentro del término legal de conformidad con lo preceptuado en el Art. 181 del C.P.A.C.A., con el fin de que sean desestimadas las pretensiones de la demanda y en su lugar se declare la existencia de las excepciones de mérito propuestas desde la contestación de la misma.

LAS ALEGACIONES DE ESTE APODERADO, SE DIRIGEN A LA DEMOSTRACIÓN OBJETIVA DE LA TESIS DEFENSIVA QUE SE FUNDA EN EL ANALISIS DEL RECAUDO PROBATORIO:

Tesis Defensiva Probada:

“El daño alegado por los demandantes, relacionado con el fallecimiento de la recién nacida Malay Osorio Arango, NO ES ANTIJURÍDICO y NO PUEDE SER IMPUTABLE a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl. Adicionalmente, NO EXISTE NEXO CAUSAL entre el daño alegado y la actuación de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl demandada en este caso.”

La tesis defensiva propuesta está soportada en que la atención médica brindada a la gestante madre de la menor fue oportuna, pertinente, necesaria, adecuada y de calidad, conforme a las guías y protocolos de la ciencia médica y acorde con los recursos del primer nivel de complejidad en salud, hechos probados por la historia clínica, la declaración del personal médico que atendió a la paciente en diferentes oportunidades, el dictamen pericial y la sustentación rendida por la profesional en psiquiatría.

Adicionalmente se soporta en que el deceso de la menor neonata no fue consecuencia de ninguna acción u omisión de la entidad demandada E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, habida cuenta de que se le garantizó una adecuada atención, apoyada en los signos, síntomas, examen físico clínico y en las herramientas diagnósticas, así como en la oportuna y acertada remisión a un mayor nivel de complejidad en salud, esto es, ante la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, con lo que se tiene que no está probada la falla del servicio que reclama la parte demandante, precisamente porque no existió, por lo menos y de manera clara frente a la entidad que represento E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, ante la evidente ausencia de la antijuridicidad del daño y del nexo causal. Resáltese que el régimen de responsabilidad en este caso es el de “**FALLA PROBADA DEL SERVICIO**” y no la falla presunta superada ya por la jurisprudencia nacional.

Es evidente la falta de aptitud probatoria respecto de estos especialísimos títulos de imputación, que encaminan el proceso a desestimar las pretensiones de la demandante. Con todo y eso, esta defensa logró demostrar que la atención que se le brindó por parte de los profesionales en salud de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, no tiene ningún nexo causal o relación con el daño que alega la parte demandante, el cual no es antijurídico y en consecuencia no se puede imputar a las entidades demandadas, con lo que se tiene necesario concluir que no existió falla en el servicio.

Ahora bien, para iniciar es pertinente recordar la fijación del litigio que se llevó a cabo por su despacho, en audiencia inicial datada del 06 de junio de 2022, que fijó los extremos de la Litis así:

“...el litigio el litigio se circunscribe a establecer si las accionadas son administrativa y patrimonialmente responsables por la presunta falla en el servicio que le produjo la muerte a la recién nacida Malay Osorio Arango el 10 de octubre de 2017; o si por el contrario, como lo manifiestan las demandadas su proceder fue diligente y oportuno, y las actuaciones estuvieron ajustadas a la Constitución y a la ley.”

Señora Juez, culminado el debate probatorio en el presente proceso, es perfectamente claro que, no se encuentra demostrado por ninguno de los medios de prueba legalmente decretados, practicados y/o arrimados al expediente, la existencia de falla en el servicio médico prestado a la madre gestante KELLY DAYANA OSORIO ARANGO, por lo menos en cuanto a la atención que se le brindo en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, pues como se abstrae del recaudo probatorio: NO existió atención inadecuada y mucho menos está probado una falla en el servicio médico.

Los medios de prueba incorporados y practicados a petición de la parte demandante, no demuestran la existencia de los elementos de la responsabilidad del Estado, mucho menos bajo el título de imputación de falla probada en el servicio médico, por lo que no ostentan la entidad suficiente para demostrar que la institución que represento tenga responsabilidad alguna frente a los hechos que aquí se discuten. Entonces, para ratificar la adecuada atención médica dispensada a la paciente, debe partirse entonces del análisis respectivo de la atención médica y hospitalaria brindada a la madre gestante del menor, señora KELLY DAYANA OSORIO ARANGO en las instalaciones del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, consultando la historia clínica que ha sido incorporada como prueba documental y que, soportada con los testimonios de los médicos tratantes, dan cuenta de una atención oportuna, pertinente, necesaria, adecuada y de calidad, conforme a las guías y protocolos de la ciencia médica.

Luego del debate probatorio, que como ya se advirtió: comprende el análisis holístico de la historia clínica de la paciente, en conjunto con las pruebas practicadas en audiencia de los días 09 y 15 de noviembre de 2022, así como del 08 de agosto de 2023 y finalmente del 28 de noviembre de 2024, es que no existe responsabilidad alguna de parte de la entidad que represento –E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal- en el fallecimiento de la recién nacida Malay Osorio Arango, ocurrida el 10 de octubre de 2017 en la E.S.E. Hospital San Jorge de Pereira.

Por lo anterior, no hay lugar a estudiar si existe o no derecho a indemnización de perjuicios, con miras al reconocimiento que pretende la parte actora.

Y es que, las afirmaciones realizadas por la parte demandante en este sentido carecen de soporte probatorio, en tanto no existen evidencias o elementos de juicio que den lugar a establecer de manera certera que la atención medica dispensada a la paciente gestante hubiere sido errática, pues –se reitera- no hay ningún soporte más allá de sus dichos, relacionados con este preciso tema, que incluso fue desvirtuado en audiencia de pruebas por los testimonios médicos que fueron escuchados por la señora Juez, como se expondrá más detalladamente adelante y que cuentan con soporte probatorio ampliamente demostrativo en la historia clínica de la paciente.

Ahora bien, es bastante claro que, desde la misma presentación de la demanda, se decantaba la oportuna atención brindada por la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, puesto que contrario a existir alguna imputación de responsabilidad contra la entidad que represento, lo que se leía en el libelo introductorio y se probaba con la evidencia de tipo documental relacionada con la historia clínica, era que la E.S.E. Hospital de primer nivel había actuado de manera oportuna y acertada,

Dicho lo anterior, Hay que reiterar que el análisis de la historia clínica que fue aportada como prueba, demuestra sin asomo de duda que la entidad que represento brindó los servicios de salud que el estado de salud de la paciente requería y acorde con las herramientas y limitaciones de un primer nivel de complejidad, que la remisión a un mayor nivel de complejidad fue pertinente y oportuna, aspectos confirmados por los testimonios que se muestran conducentes y útiles para soportar esta argumentación, puesto que confirmaron que la atención fue adecuada y acertada, con lo que se tienen probadas las excepciones que propuso está demandada con la contestación oportuna que reposa en el expediente.

Entre tanto, y para abarcar la fijación del litigio, esta defensa no solo logró desvirtuar los hechos de la demanda que configuraban la escueta imputación en contra la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, dando cuenta de la ausencia de asidero probatorio, configurándose una ausencia absoluta de aptitud probatoria, sino que, en desarrollo de la tesis defensiva y con apoyo en los medios de prueba, **se logró demostrar sin asomo de duda la inexistencia del nexo causal y en consecuencia la ausencia de la alegada falla en el servicio**, por lo que **respetuosamente solicito desde ya desestimar las pretensiones de la demanda y declarar probadas las excepciones de fondo propuestas por esta defensa.**

ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS PRACTICADAS EN AUDIENCIA DEL ART. 181 CPACA

Se dispondrá el análisis de los medios de prueba que fueron practicados ante la Señora Juez los días 09 y 15 de noviembre de 2022, 08 de agosto de 2023 y 28 de noviembre de 2024, así:

Análisis de la Historia Clínica de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, de la paciente KELLIDAYANA OSORIO ARANGO

Varios aspectos han quedado dilucidados luego de realizar el análisis a la historia clínica de la paciente, los mismos que es preciso resaltar en esta etapa de alegaciones finales, pues dan cuenta de la adecuada atención en el servicio de urgencias, la fase intrahospitalaria y finalmente la remisión de la paciente a una entidad de mayor complejidad, veamos:

Se observa que el día 09 de octubre de 2017, según descripción de médico Andrés Felipe Rivas García, quien así mismo lo ratificó en su testimonio el día 09 de noviembre de 2022, en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, le fue realizado a la paciente un monitoreo fetal (MEF) **CATEGORÍA 1**, cuyo resultado fue **NORMAL**; siendo este un procedimiento firmemente predictivo de estado ácido-base fetal normal en el momento de la observación, que no precisaba controles especiales, por lo que bastaba con observación rutinaria¹, puesto que el resultado obtenido claramente indicaba ausencia de hipoxia fetal.

Se resalta que la técnica MEF es utilizada en la mayoría de las unidades obstétricas, siendo la base para la valoración clínica del estado del feto, tanto durante el embarazo como en el parto, que en un resultado **NORMAL predice el bienestar del recién nacido en un 99% de los casos**, por ello es que, mediante la monitorización fetal se pretende reconocer las situaciones de hipoxia fetal durante el proceso del parto, con la intención de poder intervenir y evitar el deterioro fetal, teniendo en cuenta que la hipoxia fetal es una disminución del aporte de oxígeno en la sangre, que puede comprometer el bienestar del feto durante el embarazo o especialmente en el momento del nacimiento.

Ahora bien, se observa que en la nota de evolución realizada por el médico Fabián Felipe Saldarriaga Arias a las 08:23 del mismo día 09 de octubre de 2017, se confirmó un **ADECUADO BIENESTAR MATERNO-FETAL**, encontrando al tacto vaginal un borramiento de 80% y una dilatación de 3 cm; así, de acuerdo con el análisis del citado profesional, la paciente se encontraba en una **FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO**.

Ahora bien, según la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio - Guía No. 11-15 del Ministerio de Salud y Protección Social 2013, se encuentra que en relación con el tema, por un lado: *i)* Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el período del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cms de dilatación, por el otro: *ii)* Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el período del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cms y se acompaña de dinámica regular; resaltando que no es posible establecer la duración de la fase latente de la primera etapa del parto debido a la dificultad de determinar el comienzo del parto², por lo que la experiencia lleva a indicar que la duración máxima de la fase latente es de 20 horas en nulípara.

¹ https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones/web01-s2osa/es/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf

² Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. -España 2010

La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación; mientras que la fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación³. Este aspecto es en verdad importante a la hora de determinar las fases que atravesó la paciente y que están claramente identificadas en la historia clínica analizada en esta oportunidad.

Para la misma fecha 09 de octubre de 2017, se resalta que: *i)* El doctor Fabián Felipe Saldarriaga Arias valoró la paciente a las 08:23 (1 hora y 34 minutos después de la última evaluación por médico); *ii)* La auxiliar de enfermería consignó en la nota de evolución, que a las 06:49 el médico de Servicio Social Obligatorio, doctor Alzate valoró la paciente, *iii)* **La paciente estaba en fase latente y no se debía iniciar el partograma en este momento** (*El partograma se debe iniciar durante la fase activa del trabajo de parto*).

Según la literatura médica⁴, **no existe evidencia de diferencias entre el uso y no uso del partograma** sobre las tasas de cesáreas, parto vaginal instrumentado y puntuaciones Apgar⁵ menor de 7 a los 5 minutos (*estado fetal insatisfactorio o sufrimiento fetal*).

Ahora bien, el doctor Fabián Felipe Saldarriaga Arias el mismo día 09 de octubre a las 16:04 confirma un **ADECUADO BIENESTAR MATERNO-FETAL**, actividad uterina regular, y encuentra al tacto vaginal un borramiento de 90% y una dilatación de 5 cm; y nuevamente, de acuerdo con su análisis la paciente se encuentra en una **FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO**.

El análisis hasta este punto de la historia clínica derrumba el argumento falaz de la parte actora quien afirma que trascurrieron más de 7 horas sin evoluciones médicas a la paciente, lo que se desprende del historial clínico registrado es que el trabajo de parto estuvo monitorizado y con acompañamiento permanente, debiéndose recordar que la paciente cursaba con un trabajo de parto en **FASE LATENTE** y por consiguiente el progreso, evolución y el seguimiento es diferente (*se deben evitar los tactos vaginales*). Según la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15 – del Ministerio de Salud y Protección Social 2013, *“Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas”*, son estos los tactos vaginales que se deben realizar durante el **trabajo de parto en fase activa**. El riesgo de infección se incrementa con el número de los tactos vaginales. Además, el número de tactos vaginales en el manejo de la

³ *ibídem*

⁴ *ibídem*

⁵ En 1952 Virginia Apgar elaboró un sistema de evaluación sencilla, de aplicación rápida, conocido como Score de Apgar. El Score de Apgar describe la condición del recién nacido luego del parto, su cambio entre el minuto y los 5 minutos es un índice de la respuesta a las maniobras de reanimación en aquellos recién nacidos con Apgar menores a 7. Incluye 5 variables: frecuencia cardíaca (FC), esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja, y color. Cada uno recibe un puntaje de 0 a 3, y se evalúa al primer y quinto minuto desde el nacimiento. Un valor de Apgar es normal de 7 a 10. El diagnóstico de asfisia perinatal se basa en diferentes criterios que incluyen evidencia de depresión cardio-respiratoria, acidemia (definida como hallazgo de pH en sangre arterial menor de 7 o base exceso mayor de 12 mmol/L), pobre vitalidad postnatal (Apgar bajo a los 5 minutos) y evidencia temprana de encefalopatía hipóxico-isquémica²⁷. La depresión neonatal es una de las causas más frecuentes de ingreso de recién nacidos a unidades especializadas de atención neonatal. La asfisia perinatal es una de las causas de bajo puntaje de Apgar, siendo uno de los criterios clínicos para su diagnóstico.

primera etapa del parto tras la rotura prematura de membranas es el factor independiente más importante para predecir una infección materna y/o neonatal. Con más de cinco tactos vaginales, existe riesgo para desarrollar endometritis y además insatisfacción de la parturienta por la realización de los mismos. El tacto vaginal es siempre un procedimiento contaminado (incluso practicándolo en las mejores condiciones asépticas). La vagina contiene bacterias, una flora que es inocua en la vagina misma, pero los dedos, aún cubiertos por guantes estériles, arrastran bacterias hasta el cérvix y cavidad uterina. El trabajo de parto elimina las barreras naturales contra la infección (el cuello de 3 cm, el moco cervical y el pH ácido vaginal). Por tanto, solo debe ser realizado por personal experto, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles y solos cuando es indispensable⁶.

Luego, en la nota de evolución realizada por el doctor Fabián Felipe Saldarriaga Arias el mismo día 09 de octubre a las 18:10, de nuevo, confirma un **ADECUADO BIENESTAR MATERNO-FETAL**, actividad uterina regular, y encuentra al tacto vaginal un borramiento de 90% y una dilatación de 6 cm. Toma MEF (monitoreo electrónico fetal): CATEGORIA 1. Registra en el análisis: *“paciente en trabajo de parto activo en el momento sin complicaciones se continua vigilancia”*.

Señora Juez, **esta prueba documental desvirtúa por completo las afirmaciones de la parte actora**, relacionadas con la posible indicación de una falta de descenso de la cabeza fetal, o alteración del trabajo de parto, por lo siguiente: *i)* El progreso de la dilatación de un trabajo de parto en fase activa no se puede comparar con un trabajo de parto en fase latente, y *ii)* NO es cierto que una estación menos 1 sea indicio de falta de descenso fetal en una materna con una dilatación de 6 cm, lo que es contrario a la realidad y a lo que dispone la evidencia científica, tal y como se explicó al contestar la demanda y como se ratifica al evaluar la historia clínica documentada como prueba en este proceso.

Siendo las 18:53 del 09 de octubre de 2017, la auxiliar de enfermería Luz Danery Hernández Acevedo describió en la evolución un trabajo de parto irregular por una dinámica uterina anormal (2-3 contracciones en 10 minutos, intensidad ++, duración 20 segundos), consigna 8 valores de **frecuencia cardiaca fetal NORMALES** tomadas durante el turno y aclara ***“durante el día se realiza control estricto de signos vitales los cuales encuentran dentro de límites normales”***. Se confirma nuevamente **BIENESTAR MATERNO FETAL**.

En este punto es dable reiterar la explicación de este preciso tópico al despacho:

Dinámica uterina normal: Durante el trabajo de parto ocurren contracciones con una frecuencia entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 mmHg. Se caracterizan por el triple gradiente descendente, el cual consiste en que las contracciones se inician en el marcapasos uterino (usualmente localizado en uno de los cuernos uterinos), son más intensas y duraderas en el fondo uterino y se dirigen en sentido descendente desde el cuerno hacia el segmento uterino.

Posteriormente, la nota de evolución del 10 de octubre de 2017 a las 02:40 de la doctora María Paula González Taborda, quien así mismo lo ratificó ante el despacho en audiencia de pruebas del 09 de noviembre de 2022, permite concluir que a pesar de una actividad

⁶ <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2152>

uterina irregular, se encontró avance en el proceso de dilatación (8 cm) y en el descenso de la presentación +1. Lo que demuestra que para ese momento: la presentación ya había encajado y había empezado el descenso, orden esperado en una primigestante como ya se había explicado claramente y con mayor profundidad en la contestación al hecho veintiséis de la demanda. Adicionalmente, se demostró que la frecuencia cardíaca fetal se mantuvo normal.

Ahora bien, el partograma de la paciente, demuestra evaluaciones a las 19:00, 20:00, 22:00 del 09 de octubre de 2017 y a las 02:00, 03:00 y 04:00 del 10 de octubre del mismo año, con valoración de signos vitales de la madre, actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal; documentando, además, la realización de amniotomía en la evolución del 10 de octubre de 2017 a las 06:26 que encontró un **líquido amniótico claro**, lo que indicó que se conservaba una oxigenación adecuada y que hasta ese momento el bebé no había sido sometido a un déficit de oxígeno que ocasionara la expulsión de meconio.

La historia clínica continúa documentando y demostrando que el 10 de octubre de 2017, el doctor Daniel Fernando Patiño Zapata registró a las 06:26 en la nota de evolución lo ocurrido a las 04:15, 1 hora y 35 minutos después de la valoración de la doctora María Paula González Taborda, encontrando una **FRECUENCIA CARDIACA FETAL NORMAL**, con actividad uterina irregular y una dilatación de 8 cm. El profesional de la salud consideró que cursaba un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto por lo que realizó amniotomía obteniendo líquido amniótico claro. Se reitera lo demostrado por la historia clínica: **EL LÍQUIDO AMNIÓTICO CLARO Y LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL NORMAL CONFIRMAN BIENESTAR FETAL.**

La conclusión anterior, respecto a la adecuada atención en salud y la correlación de las decisiones médicas, esta soportada en la guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15 – del Ministerio de Salud y Protección Social 2013, que indica:

*“Cuando **se sospecha** un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda: Si las membranas están intactas se procederá a la amniotomía. Exploración vaginal dos horas después y **si el progreso de la dilatación es menos de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.** Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se ofrecerá la estimulación con oxitocina o se remitirá a una unidad obstétrica de nivel II o superior donde haya las condiciones para ofrecer esta alternativa”*

A las 05:25 (70 minutos después de la amniotomía) se demostró un progreso de la dilatación mayor de 1 cm, alcanzando una dilatación (10 cm) y borramiento completos (100%) por lo que se ordenó traslado a mesa de atención del parto. Después de una hora de expulsivo y con el uso de oxitocina, el médico observó que no había descenso de la presentación y con una frecuencia cardíaca fetal **NORMAL**, el profesional de la salud oportuna y adecuadamente **decidió remitir como urgencia vital para atención del parto a nivel superior.**

Estas decisiones médicas documentadas y demostradas por la historia clínica de la paciente, son totalmente coherentes con la *lex artis*, puesto que según la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15 – del Ministerio de Salud y Protección Social 2013 señala:

“Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:

- **Periodo expulsivo pasivo:** dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo. La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas⁷ es de hasta dos horas.
- **Periodo expulsivo activo** cuando, el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa. La duración normal de la fase activa del expulsivo en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuro axial.”

En conclusión, el análisis de la historia clínica, que es coherente con las declaraciones que rindieron los médicos tratantes escuchados en audiencia pública de pruebas dentro del proceso, demuestran que la segunda etapa del parto o período expulsivo puede durar hasta 3 horas en una primigestante; que la paciente KELLY DAYANA OSORIO ARANGO era primigestante y llevaba una hora de expulsivo cuando el médico ordeno trasladado a otro nivel de complejidad; que dicha decisión estuvo acorde con las guías de práctica clínica, lo cual permite indicar –soportado en el análisis probatorio- que: **LA PACIENTE NO CURSABA CON UN EXPULSIVO PROLONGADO y que su traslado se produjo en forma oportuna y pertinente, con un bienestar fetal comprobado, documentado y demostrado.**

Lo anterior desvirtúa por completo el falaz argumento de la parte actora que indicó que solo después de 27 horas del ingreso con un trabajo de parto totalmente disfuncional desde el ingreso se decide remitir la paciente a tercer nivel, pues los demandantes desconocen y no distinguen todo lo relacionado con la duración de un trabajo de parto en **fase latente** y un trabajo de parto en **fase activa**, e ignoran la diferencia entre el **periodo expulsivo pasivo y el activo**, aspectos clínicos de relevancia en este caso, pues soportan las decisiones médicas que adoptaron los galenos en desarrollo de la atención y que están soportadas en las guías de practica clínica, confirme a la *lex artis*.

Entonces, está probado que el trabajo de parto de KELLY DAYANA OSORIO ARANGO inició el 9 de octubre 2017 a las 16:00; y ii) Según la literatura médica y la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15 – del Ministerio de Salud y Protección Social 2013, se colige:

- No es posible establecer la duración de la fase latente de la primera etapa del parto debido a la dificultad de determinar el comienzo del parto. Algunos establecen que la duración máxima de la fase latente es de 20 horas en nulípara.⁸
- La duración de la fase activa del parto normal es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.

⁷ Entiéndase primigestantes

⁸ Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. -España 2010.
<http://www.archivos.ujat.mx/DACS/taller%20simulacion/parto.pdf>

- En las primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas.

Lo anterior concluye que, el trabajo de parto en una materna nulípara o primigestante sumando la fase activa y latente puede durar de 28 a 38 horas, sin contar las 3 horas del expulsivo; es decir, **el médico tratante de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, indudablemente tomó decisiones conforme a la guía de manejo de práctica clínica, lo que desvirtúa cualquier insinuación de falla médica en este caso.**

Con respecto a la remisión a mayor nivel de complejidad, la prueba documental apoyada en los testimonios de los médicos tratantes, indica que la misma se dio el 10 de octubre de 2017 a las 07:03, por lo que entre la decisión de remitir a la paciente y la llegada a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira trascurrieron solo 50 minutos, debiendo advertir que el proceso de remisión de una materna tiene un trámite y determinado tiempo.

Ahora bien, está documentado que cuando la paciente ingresó a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira a las 07:15, llevaba 1 hora y 50 minutos de expulsivo, aclarando que el expulsivo normal en una primigestante puede durar hasta 3 horas - conforme a las guías de práctica clínica-.

Durante el traslado a mayor nivel de complejidad la paciente refirió ausencia de movimientos fetales, pero en la misma nota de enfermería se consignó que **se confirmó posteriormente presencia de movimientos fetales**. De igual modo, en la nota de ingreso a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, el doctor Juan David Restrepo Mejía confirma que KELLY DAYANA OSORIO ARANGO ingresó en dilatación y borramiento completo estación +2, sin presencia de cabalgamiento⁹ ni caput¹⁰ y una frecuencia cardíaca fetal de 147 (**NORMAL**). Después de parto instrumentado, el bebé nace deprimido con circular laxa de cordón y posteriormente fallece.

Analizada la prueba documental, siendo contrastada con los testimonios de los médicos ANDRES FELIPE RIVAS GARCÍA, MARÍA PAULA GONZALEZ TABORDA y DANIEL FERNANDO PATIÑO ZAPATA profesionales en medicina tratantes de la primigestante KELLY DAYANA OSORIO ARANGO, resulta evidente que la atención en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad (primer nivel), fue oportuna y las decisiones que se tomaron fueron pertinentes, adecuadas, basadas en las guías de práctica clínica, a más de que se tomaron las precauciones debidas, es decir, que después de una hora de expulsivo y con el uso de oxitocina, cuando el médico DANIEL FERNANDO PATIÑO ZAPATA observó que no había descenso de la presentación y aunque con una frecuencia cardíaca fetal NORMAL documentada y comprobada, decidió ordenar y emprender inmediatamente el trámite para la remisión como urgencia vital a centro de atención de mayor nivel de complejidad, como en efecto ocurrió.

Se tomaron pues, decisiones al alcance del nivel de complejidad de la entidad que represento, para intervenir en forma oportuna el riesgo detectado en su momento, por lo

⁹ Superposición de uno de los huesos del cráneo a su contiguo, que se palpa como un relieve al nivel de una sutura. Consecuencia de amoldar la cabeza sobre sí misma para pasar por el canal del parto.

¹⁰ El caput succedaneum o simplemente "caput" se define como una inflamación difusa (no tiene márgenes definidos) del cuero cabelludo del bebé que se forma debido al trauma que experimenta en el proceso del nacimiento por vía vaginal.

que este análisis holístico de los medios de prueba que fueron incorporados a la actuación, demuestra sin lugar a dudas que la atención médica brindada en la E.S.E. Hospital de Santa Rosa de Cabal, fue oportuna a más de adecuada y conforme a la condición de la paciente gestante, acorde con las guías de práctica clínica que demandan la actuación de los profesionales de la salud, como así lo hicieron, por lo que es perfectamente claro y así se concluye, que no existió falla en el servicio médico y que el daño alegado por la parte actora no es antijurídico y por ende no es indemnizable al no haberse demostrado los elementos que configuran la responsabilidad estatal en asuntos de atención en salud, especialmente el nexo causal entre el fallecimiento de la recién nacida y la actuación de la entidad que represento.

Análisis de los testimonios de los médicos tratantes en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, Risaralda

Con relación a los testimonios que bajo juramento rindieron los profesionales de la salud que atendieron a la paciente para los días 09 y 10 de octubre de 2017 en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, hay que decir que se muestran coherentes y concordantes con las actuaciones registradas en la historia clínica ya analizada, dando soporte y fortaleza probatoria a la tesis defensiva relacionada con la ausencia de falla medica probada en este caso.

El medico ANDRÉS FELIPE RIVAS GARCÍA señaló la atención del día 09 de octubre de 2017, indicando que a la paciente le fue realizado un monitoreo fetal (MEF) **CATEGORÍA 1**, cuyo resultado fue **NORMAL**; siendo este un procedimiento firmemente predictivo de estado ácido-base fetal normal en el momento de la observación. Este testimonio es coherente con los registros clínicos pues da cuenta de que para ese momento la paciente no precisaba controles especiales, por lo que bastaba con observación rutinaria, considerando que el resultado obtenido claramente indicaba ausencia de hipoxia fetal. Este profesional de la medicina enfocó su labor en determinar si existía riesgo de hipoxia fetal, concluyendo ausencia de este tipo de situación y por ende del riesgo para el feto y lo hizo a través de la técnica demandada por la *lex artis*, esto es, el monitoreo fetal MEF

El punto de partida en la atención de la madre gestante avocado por el testigo RIVAS GARCÍA, sirvió de soporte para la evolución documentada por el profesional Fabián Felipe Saldarriaga Arias, que confirmó un **ADECUADO BIENESTAR MATERNO-FETAL**, encontrando al tacto vaginal un borramiento de 80% y una dilatación de 3 cm; así, con lo que se demuestra que la paciente se encontraba en una **FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO**.

La declaración de la doctora María Paula González Taborda confirmó su actuación el 10 de octubre de 2017 desde tempranas horas del día, siendo útil para el proceso y ahora para el presente análisis, puesto que, a pesar de encontrarse con una actividad uterina irregular, documentó un avance en el proceso de dilatación (8 cm) y en el descenso de la presentación +1. Esta declaración que es coherente con los registros clínicos de la paciente, permiten concluir que la presentación del neonato ya había encajado y había empezado su descenso, lo que era normalmente esperado en una primigestante. Adicionalmente, el testimonio demostró que para ese momento la frecuencia cardiaca fetal se mantuvo normal.

Por su parte, el médico DANIEL FERNANDO PATIÑO ZAPATA, quien atendió a la paciente desde las 04:15 del 10 de octubre de 2017, 1 hora y 35 minutos después de la valoración de la doctora María Paula González Taborda, declaró acerca de sus registros de evolución, en los que encontró una **FRECUENCIA CARDIACA FETAL NORMAL**, con actividad uterina irregular y una dilatación de 8 cm, considerando que la paciente cursaba un retardo en la fase activa de la primera etapa del parto, por lo que, conforme a la guía clínica y lo que demandaba la ciencia médica para este tipo de casos, decidió realizar amniotomía en la que obtuvo como resultado la confirmación de **BIENESTAR FETAL** por presencia de líquido claro y de frecuencia cardíaca fetal normal.

La declaración del mismo profesional, está alineada con el registro clínico que él mismo realizó y que ya fue objeto de estudio, pues está documentado que a las 05:25 (70 minutos después de la amniotomía) se demostró un progreso de la dilatación mayor de 1 cm, alcanzando una dilatación (10 cm) y borramiento completo (100%) por lo que se ordenó traslado a mesa de atención del parto, decisión coherente con la clínica que para ese momento cursaba la paciente. Después de una hora de expulsivo y con el uso de oxitocina, el médico observó que no había descenso de la presentación y con una frecuencia cardíaca fetal **NORMAL**, el profesional de la salud oportuna y adecuadamente **decidió remitir como urgencia vital para atención del parto a nivel superior.**

Análisis del dictamen pericial de psiquiatría y de la contradicción del dictamen pericial en audiencia de pruebas del 28 de noviembre de 2024

El dictamen pericial se mostró carente de especificidad, completitud y tecnicidad, en tanto no contó con suficiencia para dar cuenta de una pericia científicamente comprobada, a más de que solo se limitó al examen de los archivos contenidos en la demanda; pero fue útil al proceso para determinar que en efecto la demandante LUZ JANETH ARANGO no comportaba ninguna afectación en su salud mental ni reportaba daño alguno a la salud y mucho menos un daño psíquico como el que se anunciaba en la demanda.

También fue útil la experticia en tanto demostró que la demandante KELLY DAYANA OSORIO ARANGO ostentaba una problemática multifactorial que probablemente era causa del determinado daño psíquico moderado, causas entre las que se contaba el abuso sexual al que fue sometida por su progenitor y que reportó en atención por psiquiatría en la E.S.E. Hospital San Jorge, el embarazo no deseado a temprana edad, antecedentes familiares de afectaciones a salud mental, el consumo de sustancias alucinógenas, la mala adaptación al ambiente escolar, las malas relaciones familiares, la amenaza de desabrigo y protección en su hogar ante una probable decisión de abortar lo que la obligo a demeritar esa opción, entre otras, que no únicamente obedecían al fallecimiento de la menor recién nacida. En este sentido, la comprobada adaptación a la vida, a un ambiente universitario, con un proyecto de vida elaborado, también descartan un daño a la salud en razón de KELLY DAYANA por lo que no está probado dicho perjuicio, ni el daño a la vida en relación considerando que sobrelleva una vida adecuada y con notable desempeño en todos sus roles actuales.

El dictamen pericial dejó serias dudas sobre la metodología y las bases científicas del estudio, pues en primer lugar se tiene que Medicina Legal advirtió el día 7 de junio de 2022 que era necesario contar con la información completa del proceso y de historias clínicas de las evaluadas, entre otros documentos, sin los cuales no podía emitir concepto, aspecto concordante con su manifestación acerca de que la información

proporcionada para el análisis forense era escasa, aspecto que no se corrigió y que demuestra que se trata de un dictamen incompleto, el cual no es sólido científicamente; además de que la perito no pudo identificar en ningún momento las guías específicas técnicas o los estándares internacionales utilizados como referencia para determinar la presencia de un daño psíquico moderado en la evaluada KELLY DAYANA OSORIO ARANGO, sin poder justificar entonces su conclusión, pues a las preguntas de este apoderado y del despacho reconoció que no logro identificar elementos suficientes para fundamentar un diagnóstico clínico dentro de las nosologías internacionalmente aceptadas.

En este mismo orden de ideas, la perito no identificó el documento técnico exacto sobre el cual soportaba su conclusión, pues al indagársele por la nosología internacionalmente aceptada donde se encontraba dicho concepto, no atinó a precisarla, indicando únicamente y de manera abstracta que se trataba de las guías y complementos del Instituto de Medicina Legal y lo más importante, la perito no justificó su conclusión, pues no respondió de qué forma un estado de “*afecto ligeramente bajo*” y “*evasión de ideas*” podría representar un daño psíquico moderado de relevancia legal y médica.

La perito termino reconociendo que, al no existir seguimiento terapéutico ni un tratamiento psicoterapéutico establecido, las alteraciones psíquicas observadas podrían ser transitorias y no cumplir con los requisitos para ser consideradas como un daño indemnizable; aceptando intrínsecamente que la conclusión de daño psíquico moderado podría ser rebatida si se demuestran factores externos al evento obstétrico que explicasen mejor el estado emocional de la paciente.

En conclusión, se evidenciaron falencias en verdad significativas en el dictamen pericial, confirmadas en la diligencia de contradicción, tales como: su falta de congruencia interna, la escases de información proporcionada, la insuficiencia de bases científicas, la influencia de factores externos no atribuibles a la atención médica y la parcialidad en la interpretación de los hechos, situaciones que permiten a esta defensa desacreditar el dictamen como prueba determinante en el caso, salvando únicamente lo relacionado con la multilateralidad de los factores que pudieren contribuir a la leve afectación que la perito dictó y que no pudo justificar técnicamente en audiencia de pruebas, con lo cual este medio de convicción se torna inocuo.

Ahora bien, sería del caso analizar las declaraciones que fueron presentados por la parte demandante para demostrar los perjuicios reclamados en el libelo introductorio, sino fuera porque del estudio del recaudo probatorio se puede concluir sin asomo de duda que no existió la reclamada falla en el servicio médico, por lo menos en lo que respecta a la entidad que represento E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, pues quedó demostrado que no existe responsabilidad administrativa ni patrimonial en este asunto, lo que hace innecesario adentrarse en el análisis de los perjuicios que ha reclamado la parte actora, considerando que este proceso no resiste si quiera el estudio del daño como principal elemento estructural de la responsabilidad estatal aquí reclamada.

Entonces, del análisis probatorio se concluyen los siguientes títulos:

- i) El daño alegado por los demandantes no es antijurídico, ni puede ser imputable a la entidad demandada E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, pues la atención médica brindada fue oportuna,

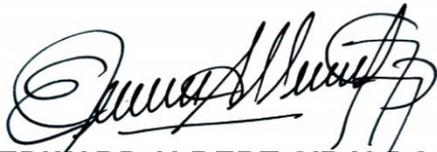
- pertinente, adecuada y de calidad, de acuerdo con los recursos y posibilidades del nivel 1 de complejidad y conforme a la ex artis.
- ii) No está probada la falla en el servicio y mucho menos una pérdida de oportunidad en este caso, pues el deceso no tiene ninguna relación probada con la atención del 09 y 10 de octubre de 2017. La historia clínica en conjunto con los testimonios de los médicos tratantes, dan cuenta de la atención oportuna, pertinente, adecuada y de calidad brindada por la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal.
 - iii) La remisión ordenada y materializada a un tercer nivel de complejidad fue acertada, oportuna, pertinente y necesaria.
 - iv) No se configuran los elementos constitutivos de la falla probada en el servicio médico y mucho menos de pérdida de oportunidad en materia de salud, de acuerdo a la jurisprudencia del Consejo de Estado.

SOLICITUD

En virtud de las anteriores consideraciones, que se soportan en el análisis integral del material probatorio que obra en este proceso, **respetuosamente solicito ante la señora Juez, DESESTIMAR las pretensiones de la demanda y declarar probadas las excepciones de fondo propuestas por esta defensa.**

De forma subsidiaria, solicito que en lo que respecta a la entidad que represento E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, sean desestimadas las pretensiones de la parte actora.

Con mi acostumbrado respeto,



EDWARD ALBERT GIRALDO SALAZAR
CC. No. 9.727.502 de Armenia Q.
T.P. No. 212157 CSJ