



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PEREIRA

Pereira, diecinueve de diciembre de dos mil veintitrés

Referencia:

Radicado: 66001-33-33-001-2020-00225-00

Reparación Directa

Demandante: Leidy Leandra Corrales Porras y otros

Demandado: E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario y otro

I. ASUNTO

Procede el despacho a emitir fallo de rigor dentro del presente asunto luego de realizadas las audiencias inicial y de pruebas establecidas en los artículos 180 y 181 de la ley 1437 de 2.011, se prescindió en la audiencia de práctica de pruebas de la celebración de la audiencia de alegaciones y juzgamiento, y en consecuencia, se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión dentro del presente asunto.

II. SANEAMIENTO

Cumplidas todas las etapas previstas en la ley para en el presente proceso de reparación directa, sin que se observen causales de nulidad, y cumplidos los presupuestos procesales del medio de control, este Juzgado procede a dictar sentencia en primera instancia de conformidad con la competencia atribuida por el artículo 155 numeral 6º de la Ley 1437 de 2011.

III. HECHOS

Indicó la parte demandante en síntesis¹, lo siguiente:

1. Diana Yeincy Corrales Porras, nació el 26 de marzo de 1987 y falleció el 26 de

¹ Folios 8-21, documento 1.

octubre de 2018, calenda para la que residía en el municipio de Santuario.

2. El 5 de septiembre de 2013 a las 10:45 horas, en calidad de afiliada al régimen subsidiado en salud a Cafesalud E.P.S., acudió al Hospital San Vicente de Paúl de Santuario para cumplir con el primer control prenatal, en consideración al embarazo que para ese momento cursaba la octava semana aproximadamente y el 17 de septiembre de 2013, se presentó nuevamente para la entrega de resultados de exámenes paraclínicos.

El segundo control prenatal, se adelantó el 8 de octubre de 2013, con 13.2 semanas de gestación en donde se consignan antecedentes de aborto durante el primer trimestre sin causa conocida, multigestante teniendo que en ese centro de salud de adelantaron los embarazos anteriores y por tanto se definió como un embarazo de alto riesgo.

Para el 12 de noviembre de 2013, en el tercer control prenatal, se registró una nueva impresión diagnóstica *HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA* y se reiteró el embarazo del alto riesgo, sin que en los controles posteriores se registrara novedad alguna.

El 9 de abril de 2014, la señora Diana Yeincy, consultó al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, por dolores, siendo hospitalizada hacia las 4:04 horas por fase activa de parto, el cual se dio hacia las 5:22 horas, registrándose en una extracción manual de placenta incompleta y sangrado vaginal, además de alto riesgo por endometritis por requerimiento de extracción manual de placenta.

Siendo las 8:00 horas, la auxiliar de enfermería registra que la paciente cursa con sangrado abundante; y, para las 13:52 horas el médico general, ordena remisión a institución de III nivel de atención, como urgencia vital, por código rojo.

En la misma fecha, la señora Diana Yeincy Corrales Porras, ingresó al servicio de urgencias del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, encontrando nota de las 17:36 horas en la que se advierte hemorragia por parto en unidad local y extracción manual de placenta con sospecha de retención de restos ovulares, por lo que el 10 de abril del mismo año, a las 14:17 horas, se decide practicar a la paciente un

legado obstétrico, en consideración al resultado dado en la ecografía pélvica, procedimiento que se adelantó hacía las 21:30 horas.

El 11 de abril de 2014, a las 13:53 horas, se produjo el egreso de la señora Corrales Porras.

El 13 de febrero de 2018, la señora Diana Yeincy consultó nuevamente al Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, ante el resultado positivo de una prueba de embarazo, registrándose en antecedentes un *EMBARAZO ANTERIOR NORMAL* y como ginecológico un parto del 29 de junio de 2008, datos que eran erróneos, pues la última gestación de la usuaria fue en el año 2014 y se trató de un embarazo de alto riesgo, antecedentes que se retiraron en la consulta del 7 de marzo de 2018.

Los demás controles prenatales se llevaron a cabo el 4 de abril, 2 de mayo, 6 de junio, 4 de julio y 1 de agosto de 2018, en donde antecedentes e información se ratificó, pero se omitió mencionar la hemorragia derivada del último parto y la remisión hacía el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, situaciones que no fueron tenidas en cuenta el 5 de septiembre de 2018, pero si se registró que el 22 de agosto de ese año, la señora Diana Yeincy fue valorada por ginecólogo obstetra quien recomendó que el parto fuera atendido en una entidad de salud de segundo o tercer nivel, por alto riesgo de código rojo.

El 8 de octubre de 2018, Diana Yeincy ingresó a urgencias del hospital local, con síntomas premonitorios de parto, con 41 semanas de gestación, que fue atendido por un galeno que no había atendido a la paciente las veces anteriores, anotando en la historia clínica que el último parto de la paciente fue vaginal, normal y sin complicaciones; consignado como diagnósticos: *1. DOLOR PELVICO Y PERINEAL. 2. PARTO UNICO ESPONTANEO SIN OTRA ESPECIFICACION. 3. OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATAS.*

Se justificó el incumplimiento de la orden dada por el ginecoobstetra desde el 22 de agosto, al indicarse que se comunicó a las 9:20 horas con el médico de turno del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, en donde se autorizó la atención del parto en la unidad local, al considerar que no había riesgo obstétrico por hemoclasificación ni riesgo de código rojo.

Ese mismo día a las 11:33 horas se presentó el alumbramiento, posterior a lo cual se registró un sangrado leve a moderado, siendo revalorada a las 12:00 horas, presentando retención de placenta y sangrado vaginal moderado, por lo que se dispone la remisión de la como urgencia vital y cifras tensionales en descenso y con choque hipovolémico como moderado a severo por retención de placenta y hemorragia.

Se indica que existen cuatro anotaciones de enfermería en la historia clínica de Diana Yeincy Corrales Porras del Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, en las que se referencia la atención del parto y la remisión que debió efectuarse por la activación de código rojo, fruto de la hemorragia.

La paciente ingresó al Hospital Universitario San Jorge de Pereira el 8 de octubre de 2018 a las 15:46 horas, encontrando que el ginecólogo ordenó la toma de paraclínicos urgentes y a las 16:06 horas transfusión de sangre, consignando en la historia clínica paro cardiorrespiratorio secundario a hemorragia obstétrica con choque hipovolémico severo e inversión uterina por acretismo placentario, requiriéndose el ingreso de la señora Diana Yeincy a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricas a las 17:53 horas.

A las 18:41 horas, la paciente fue intervenida por el ginecólogo de turno, practicándose una histerectomía total abdominal y salpingectomía bilateral total por laparotomía, anotándose a las 20:41 horas: *alto riesgo de mortalidad materna y otras complicaciones*, y para las 21:12 horas se encontraba en malas condiciones generales, falleciendo el 26 de octubre de 2018.

De conformidad con el informe de necropsia No. 2018010166001000526 de esa fecha, se determinó por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Regional Occidente, que la causa básica de la muerte de Diana Yeincy Corrales Porras fue una hemorragia posparto por placenta ácreta e inversión uterina.

El riesgo de hemorragia posparto de la paciente, como causa eficiente del fallecimiento de la paciente, era conocido por las entidades demandadas, específicamente por la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, porque el especialista en ginecología y obstetricia lo advirtió en consulta del 22 de agosto de 2018; y, además porque la condición o factor que lo desencadenó fue atendido

y manejado conjuntamente por dicho hospital y el Hospital Universitario San Jorge de Perera entre el 9 y 11 de abril de 2014.

De otro lado, la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, no podía autorizar la atención del parto de Diana Yeincy Corrales Porras, en una institución de primer nivel de complejidad, como lo era para el 9 de octubre de 2018, el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario.

IV. PRETENSIONES

Se solicita por la parte demandante² lo siguiente:

4.1. Se declare responsables conjunta, solidaria y administrativamente a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, a la E.S.E. Universitario San Jorge de Pereira y a La Previsora S.A. Compañía de Seguros, de la totalidad de daños y perjuicios inmateriales y patrimoniales causados a los demandantes con ocasión al fallecimiento de la señora Diana Yeincy Corrales Porras acaecida el 26 de octubre de 2018, consecuencia de fallas en la prestación de los servicio médicos asistenciales por acción u omisión del personal médico y de enfermería.

4.2. En consecuencia, se condene a las entidades demandadas, al reconocimiento y pago de la siguiente indemnización:

4.2.1. Perjuicios morales:

- Se reconozca y pague en favor de los señores Blanca Edilia Porras Molina, rodrigo de Jesús Corrales Ruíz, Kevin Alexander Soto Corrales, M.D.S.C., N.G.C., A.M.C., Leidy Leandra Corrales Porras, Claudia Lisle Porras Molina, Jhon Henry Corrales Porras y Eudimer Corrales Porras, el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno, al momento en que quede en firme la sentencia.

4.2.2. Perjuicios materiales

² Folios 6-8 documento 1.

- Se reconozca a favor de Kevin Alexander Soto Corrales, M.D.S.C., N.G.C. y A.M.C., en la modalidad de lucro cesante como periodo consolidado el valor de \$35.000.000 y como indemnización futura, la suma de \$180.000.000.

4.3. Se reconozca y pague a favor de cada uno de los demandantes, los intereses moratorios causados desde la ejecutoria del fallo hasta el pago de la obligación, como se dispone en los artículos 192 y 195 de la Ley 1437 de 2011, imputando cualquier pago a intereses, tal como se dispone en el artículo 1641 del Código Civil.

4.4. Se condene en costas a las demandadas.

V. ARGUMENTOS DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS

Dentro del término, según constancia secretarial obrante en el documento 28, comparecieron en el siguiente orden:

5.1. La Previsora S.A. Compañía de Seguros, presentó escrito que reposa en el documento 8, indicando que no le constan los hechos de la demanda y puntualizó que en efecto en el curso de la conciliación prejudicial, la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira solicitó la vinculación de la compañía de seguros con ocasión al contrato de seguros No. 1009021, cuyo tomador y asegurado es el mencionado centro hospitalario y tiene como beneficiarios los terceros afectados, con una vigencia del 07-02-2020 al 07-02-2021, con amparo por RC Clínicas y Hospitales por valor de \$1.500.000.000, un deducible del 10 % y mínimo de \$50.000.000, teniendo sublimitado el amparo por perjuicios extrapatrimoniales a la suma de \$150.000.000 por evento y a la suma de \$300.000.000 por vigencia, expedida bajo la modalidad *claims made* o por reclamación, es decir que aplica para el momento en que el tercero le presenta la reclamación al asegurado, más no para el momento de ocurrencia del hecho.

Se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, al evidenciar que al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, no le cabe responsabilidad alguna por los hechos endilgados en el libelo introductorio, pues no produjo daño alguno a la señora Diana Yeincy Corrales Porras, al no tener bajo su cuidado y atención a la paciente de otra institución médica, sin que exista certeza respecto de la afirmación

de que fue un médico de turno del Hospital, quien dio la orden de que la atención del parto fuera en una institución de primer nivel de complejidad y no tenía bajo su operación la remisión, pues el sistema de referencia y contrarreferencia está en cabeza de la E.P.S. y de la institución médica donde se encuentra el paciente, por lo que no puede predicarse responsabilidad de la asegurada por ese evento.

Adujo que coadyuva los argumentos de defensa y las excepciones que proponga en ese sentido la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira dado que las pretensiones se basan en hechos irreales, son injustificadas y no gozan de soporte probatorio adecuado.

Agregó que la póliza por la que se vinculó al trámite no ampara conductas voluntarias o dolosas ejecutadas por el asegurado, por lo que no se encuentran cubiertos los perjuicios ocasionados por errores u omisiones en la prestación de un servicio médico, como tampoco los tratamientos de estética y los siniestros iniciados antes de la expedición de la póliza o los que tienen su origen en hechos diferentes a los actos médicos.

Formuló como excepciones a la demanda las de falta de legitimación en la causa por pasiva; ausencia de elementos generadores de responsabilidad médica; carga de la prueba; insuficiencia de la prueba para demostrar hechos y perjuicios; irreal tasación de perjuicios; imposibilidad legal y contractual de aplicar solidaridad en contra de La Previsora Compañía de Seguros; inexistencia de cobertura por no tratarse de un acto médico y no ser paciente la señora Diana Yeincy Corrales Porras del Hospital Universitario San Jorge de Pereira; límite y sublímite de la suma asegurada y reembolso; y, deducible pactado.

5.2. La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, con escrito legible en el documento 12, precisando en cuanto a los hechos que la señora Diana Yeincy Corrales Porras, se presentó en la institución desde el 8 de octubre de 2013, cuando se hizo un segundo control prenatal, en donde el médico tratante le diagnosticó un embarazo de alto riesgo, dado que tenía antecedentes de aborto en el año 2003, era multigestante, por haber tenido dos partos en los años 2005 y 2008; y, dado que en el periodo intergenésico era superior a cinco años, situación que se exteriorizó a la paciente en todos los demás controles prenatales.

Arguyó que en efecto el 13 de febrero de 2018, se consignó en la historia clínica que la gestante presentaba un embarazo normal y que el médico se equivocó en el registro de los antecedentes clínicos, pero que dicha situación en nada influyó para el posterior deceso de la usuaria.

Aclaró que la señora Diana Yeincy ingresó al hospital local a las 09:06 horas, el 8 de octubre de 2018, con dilataciones de 7 a 8 cm y un 60 % de borramiento, informando que los dolores habían iniciado desde las 4:00 horas, lo que no se justifica dado que la paciente residía cerca del centro de salud.

Indicó que el médico tratante adelantó los procedimientos que se requerían para atender a la señora Corrales Porras, haciendo un triage inmediato para establecer el estado real de la paciente y una vez advirtió que ella necesitaba ser atendida en una institución de segundo o tercer nivel, se comunicó con el Hospital Universitario San Jorge de Pereira para que aceptaran la remisión, obteniendo una respuesta negativa, razón por la cual se aplicaron los protocolos médicos observando las recomendaciones dadas por el médico Gutiérrez del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, para la atención del parto, lo que se corrobora con la aplicación del medicamento nifedipino para las cifras tensionales, el cual fue recomendado por el galeno del mencionado hospital.

Exteriorizó que en la revaloración de las 11:20 horas se revaloró a la paciente quien ya se encontraba con las cifras tensionales dentro de metas, asintomática y sin premonitorios de preclamsia y a las 11:33 horas se produce el nacimiento del bebé y se inicia el alumbramiento de la placenta, pero pasados 30 minutos no se visualiza, por lo que se diagnostica con retención placentaria con un sangrado posterior leve a los 20 minutos; y, a las 11:50 horas de inicia sangrado vaginal abundante por lo que se ordenó la remisión como urgencia vital al Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Refirió que las complicaciones médicas de la señora Diana Yeincy Corrales Porras se pudieron haber evitado si la paciente hubiera ingresado al Hospital una vez iniciados los dolores al inicio de las contracciones uterinas, pues el hecho de que la paciente hubiera llegado al centro médico con cinco horas desde la primera contracción, pues el hecho de haberse presentado con un borramiento del 60 % y dilatación de 7 a 8 cm, conllevó a las complicaciones que se dieron en el posparto,

pues ella también conocía las condiciones riesgosas que presentaba, lo que le exigía cuidarse y presentarse en cuanto tuviera los síntomas del parto.

Adujo que el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, al momento del parto de la señora Diana Yeincy Corrales Porras, si bien contaba con sala de partos, equipo de atención de partos, protocolo de código rojo, contando con los equipos y recurso humano básico para atender un parto en condiciones normales, le faltaba para atender dicho código el ginecoobstetra y el quirófano.

Se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda y formuló como excepciones las de culpa exclusiva de la víctima; inexistencia de nexo causal entre el daño y el hecho generador del mismo; y, carga de la prueba.

Expuso como fundamentos fácticos y jurídicos de la defensa, indicando que para el caso de marras le corresponde al juez establecer si las pruebas presentadas por la parte demandante, acreditan que la señora Diana Yeincy Corrales, no fue debidamente atendida por el personal médico y por tal atención indebida se causó su muerte.

Agregó que con la historia clínica se acredita que la paciente conocía los riesgos a los que estaba sujeta con su último embarazo, sabía de las recomendaciones del ginecoobstetra y a pesar de ello asistió a las instalaciones del Hospital San Vicente de Paúl de Santuario con cinco horas de evolución preparto, lo que no hizo posible cumplir con la recomendación de trasladarla al Hospital de Pereira, ya que, por el mal estado en el que se encontraba la vía Santuario – La Marina, lo más seguro es que el alumbramiento se hubiera generado dentro de la ambulancia, en condiciones indebidas y poniéndose en riesgo la vida del binomio madre – hijo.

Llamó en garantía a Liberty Seguros S.A.

5.3. La E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, mediante escrito que reposa en el documento 19, contestó la demanda aclarando que la hora de ingreso de la paciente a las 14:17 horas, en malas condiciones generales debiendo ser atendida por el especialista en obstetricia en la unidad de cuidados intensivos, activándose los protocolos azul y rojo.

Puntualizó que las anotaciones se asentaron en la historia clínica a las 5:53 p.m., pero conforme se desprende de la misma nota, la atención de la paciente se dio a las 14:17 horas el 8 de octubre de 2018, pero el registro se dio una vez efectuadas las maniobras de reanimación que requería.

En cuando a la imputación que se efectúa en la demanda, sobre la autorización efectuada por uno de los galenos de la entidad para que el parto fuera atendido en el hospital local, pese a que se conocían los antecedentes de la paciente y la recomendación de que fuera atendida en un centro de mayor nivel de complejidad, exteriorizó que el sistema de referencia y contrarreferencia se encuentra reglamentado mediante el Decreto 4747 de 2007, por lo que al revisar la historia clínica, se evidencia que la enferma fue comentada como urgencia vital el 8 de octubre de 2018 a las 13:59 horas, siendo aceptada a las 14:01 horas y llegando a las 14:17 horas, sin que se encuentre registro de que con antelación hubiera información de comunicación por parte de la unidad local.

Agregó que al revisar la historia clínica del primer nivel, no se encuentra anotación del médico con el que presuntamente se comentó la paciente; y, tampoco que se pusieron en conocimientos los antecedentes de esta.

Puntualizó el antecedente de retención de restos placentarios y legrado en parto previo, no condicionaba de manera indefectible a un código rojo en parto posterior, además la condición de placenta ácreta no cambiaba con la remisión y tampoco con la forma de atención del parto, pues el acretismo placentario no fue sospechado durante los controles prenatales; por lo que al no tener la paciente orden de cesárea, la atención era por la vía vaginal y dado ello el código rojo no era evitable.

Citó literatura médica precisando que el acretismo placentario puede generar una inversión uterina, pero no es un factor determinante para la ocurrencia de esa situación, como sí lo es la atención del tercer periodo del parto, esto es, el alumbramiento, por lo que no se evidencia ningún tipo de responsabilidad de la entidad en el deceso de la paciente.

Propuso como excepción la de inexistencia del nexo causal.

Llamó en garantía a la Previsora S.A. Compañía de Seguros y Allianz Seguros S.A.

VI. ARGUMENTOS DE LAS LLAMADAS EN GARANTÍA

Dentro del término concedido a las llamadas en garantía, acudieron en el siguiente orden:

6.1. Liberty Seguros S.A. se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda al considerar que no existen elementos de pruebas para deducir la responsabilidad de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, sin que pueda constituirse esa situación con los hechos descritos por el extremo activo del litigio.

Indicó que la señora Diana Yeincy Corrales Porras conocía los riesgos por la hemorragia posparto, pero fue ella quien incumplió la obligación de evitar el daño o de no exponerse imprudentemente al daño, pues aunque tenía conocimiento de los riesgos no tomó las precauciones de asistir a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl inmediatamente iniciaron los dolores de parto a las 4:00 horas del 8 de octubre de 2018, sino que esperó hasta las 9:06 horas para acercarse al centro de salud cuando tenía 7 a 8 cm y un borramiento de 60 %, en un estado de parto avanzado, sin contar con el trámite que se requiere para realizar una remisión que puede durar varias horas.

Exteriorizó que las instalaciones de urgencias de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl son de baja complejidad por lo que no cuenta con el servicio de ginecobstetricia para la atención eventual de un código rojo, razón por la que desde su ingreso, el médico tratante tuvo en cuenta la recomendación de atención del parto de la señora Diana Yeincy en una entidad de mayor nivel de complejidad e iniciando el trámite de referencia y contrarreferencia para que la paciente fuera aceptada por la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, obteniendo una negativa por la inexistencia de riesgo obstétrico por hemoclasificación, ya que se le aplicó la Anti- D, sin riesgo de código rojo por gestación, riesgo que aumenta posterior a 4 partos, por lo que el médico procedió con la aplicación del protocolo médico con las observaciones del especialista de la unidad hospitalaria de superior nivel.

Relató que a las 11:33 horas se produjo el alumbramiento de la bebé, con retención

de la placenta y sangrado leve a moderado, por lo que a las 11:50 horas, el facultativo tratante ordenó la ubicación del médico de apoyo disponible para el acompañamiento en traslado de la paciente en remisión como urgencia vital a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, quedando a la espera de la llegada de la ambulancia la cual arribó a las 12:15 horas.

Señaló que no puede imputársele al centro local responsabilidad alguna en la atención de la paciente, dado que el compromiso del personal médico conllevó a la aplicación de su conocimiento para propender por el mejor fin, sin que de la prueba documental se demuestre incumplimiento de las obligaciones a cargo de la entidad y conforme su capacidad dado su nivel de atención y a pesar del resultado, la atención médica ofrecida a la paciente fue diligente y oportuna de conformidad con la capacidad instalada para el nivel de atención en salud, razón por la que no es procedente imputar responsabilidad a E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Santuario.

Se opuso al reconocimiento del lucro cesante, al considerar que no se presentaron pruebas considerando que no hay prueba idónea de la que se pueda establecer el ingreso percibido por la señora Diana Yeincy para el año 2017, por lo que la sola mención de eventuales ingresos de la demandante, es insuficiente para ese reconocimiento.

En cuanto a los hechos de la demanda, indicó que no se reprocha situación alguna respecto de la atención médica que se dispensó a la paciente en septiembre de 2013, ni en el año 2014.

Formuló como excepciones las de hecho de la víctima, incumplimiento por parte de Diana Yeincy Corrales Porras de la obligación de evitar el daño o de no exponerse imprudentemente al daño; inexistencia del daño antijurídico respecto de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Santuario; inexistencia de relación causal; ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad; actos médicos conformes con la *lex artis*; relatividad de la falla en el servicio; falta de prueba para reclamar perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante; falta de prueba de perjuicios morales; y, concurrencia de causas.

En cuanto al llamamiento en garantía admitió que se suscribió con la entidad

demanda San Vicente de Paúl la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas, hospitales, sector salud – *claims made* No. LB 442437, la cual tiene unos límites de los valores asegurados, vigencia, amparos, coberturas, deducibles, exclusiones y condiciones generales de dicho contrato de seguro, sin incluir ajustes, costas y gastos procesales.

Presentó como excepciones al llamamiento las de sujeción de las partes al contrato de seguro póliza de responsabilidad civil No. LB 442437; ausencia de cobertura por ocurrencia; límite asegurado; inexistencia de solidaridad; y, deducible a cargo del asegurado.

6.2. Allianz Seguros S.A., presentó escrito que reposa en el documento 34, cuaderno principal, expediente digital, portal SAMAI, precisando que se opone a todas y cada una de las pretensiones de la demanda y el llamamiento en garantía.

Indicó en relación con la presunta comunicación efectuada por el galeno de la unidad local, con el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, que conforme la información suministrada por esta entidad, antes de la remisión de la paciente como urgencia vital no existe ninguna anotación, ni registro de haber sido comentada, además que no se especifica en la historia clínica de la IPS con quién se comunicó, ni cuál era el médico de turno, lo que hace infundada dicha apreciación.

Relacionó los criterios aplicables al régimen de responsabilidad por fallas médicas, precisando que le incumbe a la parte demandante probar la falla en el servicio.

Formuló como excepciones las de inexistencia de responsabilidad atribuida al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, por falta de acreditación probatoria de los elementos estructurales de responsabilidad; cumplimiento a todos los reglamentos, *lex artis* y prestación del servicio médico asistencial en forma oportuna, perita y diligente; hecho exclusivo y determinante del un tercero; y, enriquecimiento sin causa.

En cuanto al llamamiento en garantía puntualizó que Allianz Seguros S.A., suscribió contrato de seguro con el Hospital Universitario San Jorge de Pereira bajo el número 022222063/0, con vigencia entre el 31 de enero de 2018 al 30 de enero de 2019, con un límite de valor asegurado por \$2.200.000.000, por lo que los hechos

que motivan la presente demanda no estaban cubiertos con dicha póliza, pues debe acreditarse que la primera reclamación se realizó dentro del periodo de la vigencia del seguro, evidenciándose que en el caso de marras ocurrió con ocasión a la conciliación prejudicial el 30 de julio de 2020, sin que se hubiera efectuado comunicación a la aseguradora.

Propuso como medios exceptivos los que denominó inexistencia de cobertura y consecuentemente de obligación indemnizatoria dada la modalidad temporal (*claims made*) suscrita en las pólizas de responsabilidad civil clínicas y hospitales No. 02222063; inexistencia de amparo y consecuentemente de obligación indemnizatoria en tanto no se realizó el riesgo asegurado previsto en la póliza de responsabilidad No. 02222063; límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza de responsabilidad; y, deducible pactado en la póliza.

VII. PROBLEMAS JURÍDICOS

Corresponde a este estrado judicial si la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y La Previsora S.A. Compañía de Seguros, son administrativa y solidariamente responsables de los daños ocasionados a los demandantes como consecuencia de la atención médica dispensada a la señora Diana Yeincy Corrales Porras en su embarazo, quien falleció el 26 de octubre de 2018:

- Determinar el régimen de responsabilidad aplicable al caso concreto, respecto de las entidades demandadas con relación a la atención médica que le brindaron a la paciente y la atención gineco-obstétrica.
- Establecer las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se prestó el servicio médico a la señora Diana Yeincy Corrales Porras en su embarazo durante el año 2018, la atención del parto y la remisión a un tercer nivel de atención.
- Determinar si se presentaron falencias, omisiones o errores médicos en la prestación del servicio dispensado a la paciente al interior de las E.S.E.s

demandadas.; y, en caso positivo, qué incidencia tuvieron en la consolidación del daño.

- En caso de encontrar jurídica y materialmente imputable el daño alegado a las demandadas, ¿se causaron los perjuicios reclamados y la intensidad de los mismos?
- En caso de prosperar las pretensiones de la demanda, las llamadas en garantía ¿Deben a su vez indemnizar a la entidad llamante, atendiendo el contrato que generó su vinculación?
- De ser así, ¿Cuáles son las exclusiones de la póliza y aplica alguna al caso concreto?

VIII. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Al traslado surtido a los distintos sujetos procesales, en la audiencia de práctica de pruebas celebrada el 7 de abril de 2022³, concurrieron oportunamente las siguientes partes:

8.1. La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario alegó de conclusión con escrito que reposa en el documento 60, reiterando que se configuró una culpa exclusiva de la víctima dado que la señora Diana Yeincy Corrales, generó el acaecimiento de su propia muerte al no haberse presentado al hospital local cuando iniciaron las primeras contracciones, pues al arribar al Hospital, ya presentaba 7 a 8 cm de dilatación y un borramiento del 60 %, por lo que se decidió atender el parto en la institución dado que por esa fecha el carreteable que conduce de Santuario a Pereira estaba siendo reconstruido, por lo que lo más seguro es que el parto se hubiera generado dentro de la ambulancia, en condiciones indebidas y que hubieran expuesto al binomio a una situación de riesgo.

Con fundamento en ello, solicitó declarar que la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, no incurrió en responsabilidad médica alguna.

8.2. La E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, presentó alegatos con

³ Documento 59.

memorial legible en el documento 61, precisando que las pretensiones de la demanda no se encuentran llamadas a prosperar pues no se constató que con antelación a la remisión como urgencia vital de la paciente, hubiera precedido para la atención del parto la llamada al servicio de ginecología del hospital, pues no hay reporte de esa situación en la historia clínica; y, en gracia de discusión, de haberse comentado no hay prueba que el médico de primer nivel hubiera exteriorizado los antecedentes de la pacientes relacionados con la retención de restos placentarios o hemorragia en parto anterior, lo que se corrobora con el testimonio del médico Julián Camilo Yepes, quien además indicó que desconocía el antecedente de retención placentaria y hemorragia posparto, lo que impidió que esa situación se comentara al médico de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Exteriorizó que no se cumplió con el trámite de referencia y contrarreferencia previsto en el Decreto 4747 de 2007; pues no se adelantaron las gestiones ante la E.P.S., para el traslado de la paciente desde el primer momento y que de haberse dado la mencionada aceptación, fue el médico del hospital local, quien tomó la decisión de no remitir a la paciente indicando el riesgo de alumbramiento en el trayecto hacía la ciudad de Pereira.

Reiteró que al ingreso al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, la paciente ingresó en graves condiciones generales que incluso conllevaron a la activación del código rojo y azul, debiendo llevarse a quirófano para realizar histerectomía total y salpingectomía total por laparotomía, siendo internada en la unidad de cuidados intensivos donde no fue posible su recuperación.

Refirió que de la historia clínica del primer nivel de atención y conforme la declaración del médico Yepes, cuando la paciente consultó ya había iniciado el trabajo de parto hacía 5 horas, hecho de gran relevancia, pues tal como lo explicó la ginecóloga Ana María Valencia en su testimonio, una multípara dilata 1.5 centímetros por hora, lo que hacía prever que tendría un parto pronto o en la próxima hora.

Solicitó despachar de manera desfavorable las pretensiones de la demanda y a cambio se exonere de responsabilidad, toda vez que, no lograron probarse los centros de imputación de responsabilidad que se le pretende endilgar.

8.3. Liberty Seguros S.A., a través de memorial que obra en el documento 62, indicó que no se probaron ninguno de los elementos de la responsabilidad extracontractual de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Santuario, pues como se ratificó en el dictamen pericial fechado 30 de diciembre de 2021, la paciente llegó en un estado avanzado de trabajo de parto lo que generaba un alto riesgo de que el alumbramiento se presentara en la ambulancia.

Ratificó los argumentos expuestos en la contestación al llamamiento, advirtiendo que el asegurado tuvo la oportunidad de hacer la reclamación hasta el 17 de marzo de 2021, para hacer efectiva la póliza y la notificación del auto que admite el llamamiento se produjo el 14 de mayo de ese año, esto es, por fuera de los dos años adicionales a la vigencia de la póliza, pues la modalidad de contratación *claims made* se erige como una limitación temporal al cubrimiento de los riesgos, dado que no basta que ocurra el hecho dañoso a un tercero sino que también es necesario que la víctima presente reclamación durante la vigencia del seguro.

Solicitó absolver a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario y por consiguiente a Liberty Seguros S.A.

8.4. La parte demandante, allegó memorial que reposa en el documento 63 haciendo un recuento fáctico del caso precisando que el fallecimiento de Diana Yeincy se encuentra soportado en la historia clínica y en el informe pericial de necropsia No. 2018010160010000526, en donde se estableció como causa básica de la muerte una hemorragia posparto por placenta ácreta e inversión uterina.

Precisó que la ginecóloga Ana María Valencia Montoya, quien atendió a la paciente el 22 de octubre de 2018, en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, aseguró que existió estrecha relación entre la hemorragia ocurrida el 8 de octubre de 2018, con el deceso de la paciente.

Indicó que tanto el Hospital San Vicente de Paúl como el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, incumplieron la orden impartida por el médico especialista en ginecología de atender el parto de la señora Diana Yeincy Corrales Porras en una institución de II y III nivel por riesgo de código rojo, evidenciándose que el médico Julián Camilo Yepes no conocía la causa por la que el especialista había ordenado la atención del parto en una entidad de ese nivel de atención.

Refirió que el Hospital Universitario San Jorge de Pereira incurrió en una conducta negligente e imprudente toda vez que su dependiente, que se identifica como el médico de turno descartó el riesgo de un código rojo, para el parto de la gestante, no pudiendo en calidad de médico general desautorizar la orden que había impartido el ginecólogo, evidenciándose además, que el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario también incurrió en una conducta negligente por medio del galeno Julián Camilo Yepes, al acatar la autorización de un médico general de otra institución que no tenía autoridad científica para desautorizar lo dicho por un especialista respecto de la atención del parto de la señora Corrales Porras.

Advirtió que los galenos tratantes no tuvieron en cuenta los antecedentes del parto de la paciente en el año 2014, pese a que había sido atendida en la misma institución, siendo de importancia tener conocimiento sobre el particular pues esa un factor de riesgo con incidencia directa en el hecho de la que usuaria repitiera una nueva hemorragia en el próximo parto.

Resaltó que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su dictamen, concluyó que influyó en el deceso de la paciente el desconocimiento de los antecedentes de los partos previos, puntualmente por su antecedente de hemorragia posparto, pues además de sus antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores, ya había una nota médica de alerta del 27 de agosto de 2018, en la cual se evidenciaba un posible riesgo y de allí que se recomendara la atención de ese parto en una institución de mayor nivel de complejidad.

Indicó que la señora Diana Yeincy Corrales entró en la fase final o expulsiva de parto, en las dos horas y media siguientes a su ingreso a la unidad de urgencias del Hospital de Santuario, tiempo superior y suficiente para su remisión a una institución de mayor nivel, esto es, al Hospital San Jorge de Pereira o con mayor razón al municipio de La Virginia que se encontraba a mitad de camino, sin que pueda aceptarse la justificación que en el recorrido se podía presentar el alumbramiento, pues no se acreditó que la vía presentara alguna anomalía o trabajos de reparación que impidieran el tránsito normal de los vehículos, tal como lo relató el médico Richard Montoya, al precisar que el desplazamiento fue continuo.

Reiteró las pretensiones de la demandan, al considerar que se acreditó la responsabilidad de las entidades demandadas.

8.5. La Previsora S.A. Compañía de Seguros, allegó memorial que reposa en el documento 64, haciendo un recuento fáctico de los hechos de la demanda y las contestaciones, indicando que conforme la historia clínica como el dictamen pericial, se pudo concluir que no existió responsabilidad alguna de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira en el hecho dañoso y por ende tampoco puede impartirse alguna orden a la aseguradora.

8.5. Allianz Seguros S.A., presentó alegatos con escrito legible en el documento 65, manifestando que el daño antijurídico no puede imputarse al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al demostrarse la inexistencia de una relación de causalidad entre dicho perjuicio y la actuación desplegada por la institución.

Refirió que a la parte demandante es a quien le corresponde probar los hechos que aduce en el libelo introductorio, así como las imputaciones, corroborándose con las pruebas que el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, atendió de manera oportuna y diligente a la señora Diana Yeincy Corrales Porras, realizando las maniobras a su alcance después de ser recibida en la entidad.

Indicó que la parte demandante no allegó los medios de prueba que acrediten la causación de los perjuicios que se solicitan, puntualmente el lucro cesante, pues no se evidencia que la señora Corrales Porras se encontrara activa laboralmente por lo que no habría lugar a ese reconocimiento; y, respecto del perjuicio moral, manifestó que no hay motivo alguno por el cual se permita, en caso de proferirse alguna condena, exceder los límites fijados por el Consejo de Estado.

En lo que respecta al llamamiento en garantía, ratificó lo manifestado en la contestación, puntualmente que el evento no acaeció bajo la vigencia de la póliza No. 022222063/0, la cual se contrató bajo la modalidad *claims made*.

Con fundamento en ello, solicitó negar las súplicas de la demanda; y, en el evento de que se profiera sentencia condenatoria en contra de la llamante, no se pierda de vista las limitaciones sobre la cobertura del contrato de seguros.

IX. CONSIDERACIONES

9.1. Excepciones.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros, formuló como excepciones las de falta de legitimación en la causa por pasiva; ausencia de elementos generadores de responsabilidad médica; carga de la prueba; insuficiencia de la prueba para demostrar hechos y perjuicios; irreal tasación de perjuicios; imposibilidad legal y contractual de aplicar solidaridad en contra de La Previsora Compañía de Seguros; inexistencia de cobertura por no tratarse de un acto médico y no ser paciente la señora Diana Yeincy Corrales Porras del Hospital Universitario San Jorge de Pereira; límite y sublímite de la suma asegurada y reembolso; y, deducible pactado.

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario formuló como excepciones las de **culpa exclusiva de la víctima**; inexistencia de nexo causal entre el daño y el hecho generador del mismo; y, carga de la prueba.

Por su parte, la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira propuso como excepción la de inexistencia del nexo causal.

Liberty Seguros S.A., en cuanto a la demanda, presentó las excepciones de **hecho de la víctima**, incumplimiento por parte de Diana Yeincy Corrales Porras de la obligación de evitar el daño o de no exponerse imprudentemente al daño; inexistencia del daño antijurídico respecto de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Santuario; inexistencia de relación causal; ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad; actos médicos conformes con la *lex artis*; relatividad de la falla en el servicio; falta de prueba para reclamar perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante; falta de prueba de perjuicios morales; y, **conurrencia de causas**.

Respecto al llamamiento en garantía, formuló las excepciones que denominó sujeción de las partes al contrato de seguro póliza de responsabilidad civil No. LB 442437; ausencia de cobertura por ocurrencia; límite asegurado; inexistencia de solidaridad; y, deducible a cargo del asegurado.

Allianz Seguros S.A., presentó como excepciones respecto de la demanda, las de inexistencia de responsabilidad atribuida al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, por falta de acreditación probatoria de los elementos estructurales de responsabilidad; cumplimiento a todos los reglamentos, *lex artis* y prestación del servicio médico asistencial en forma oportuna, perita y diligente; **hecho exclusivo y determinante del un tercero**; y, enriquecimiento sin causa.

Y en cuanto al llamamiento en garantía, las de inexistencia de cobertura y consecuentemente de obligación indemnizatoria dada la modalidad temporal (*claims made*) suscrita en las pólizas de responsabilidad civil clínicas y hospitales No. 02222063; inexistencia de amparo y consecuentemente de obligación indemnizatoria en tanto no se realizó el riesgo asegurado previsto en la póliza de responsabilidad No. 02222063; límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza de responsabilidad; y, deducible pactado en la póliza.

Respecto de las mencionadas excepciones, salvo las de culpa exclusiva de la víctima, concurrencia de culpas y hecho exclusivo y determinante del tercero, en realidad constituyen alegaciones que, en criterio de este Juzgado, no revisten el carácter de excepciones en estricto rigor, al no fundarse en hechos nuevos que por sí solos tengan la aptitud de modificar, aplazar o extinguir la indemnización reclamada por los demandantes, en el entendido que apenas constituyen alegaciones de oposición a la configuración de la responsabilidad que se les endilga en la demanda. Sobre este punto se ha dicho:

La excepción en el derecho ritual constituye una noción inconfundible con la defensa del demandado. La excepción es un medio de defensa, más no engloba toda la defensa. En su sentido estricto estriba en la negación del derecho alegado por el demandado. Y la excepción comprende cualquier defensa de fondo que no consiste en la simple negación del hecho afirmado por el actor, sino en contraponerle otro hecho impeditivo o extintivo que excluye los efectos jurídicos del primero y por lo mismo de la acción. La excepción es, pues, siempre autónoma de la acción.⁴

Existe una diferencia sustancial entre simples medios de oposición y excepciones, constituyendo las segundas una modalidad de ejercer la primera, es decir las excepciones resultan apenas una especie dentro del género que es la oposición, distinción que la doctrina explica en los siguientes términos:

La defensa en sentido estricto existe (en los procesos civiles, laborales y contencioso-administrativo) cuando el demandado se limita a negar el derecho pretendido por el actor, o los hechos constitutivos en que ese se apoya, o su exigibilidad o eficacia en ese proceso (...)

La excepción, existe cuando el demandado alega hechos impeditivos del nacimiento del derecho pretendido por el actor, o extintivos o modificativos del

⁴ MORA CAICEDO, Esteban – RIVERA MARTÍNEZ, Alfonso. Derecho Administrativo y Procesal Administrativo. Octava edición 2.008. pág. 391.

mismo, o simplemente dilatorios que impidan que en ese momento y en tal proceso se reconozcan la exigibilidad o efectividad del derecho, distintos en todos los casos de los hechos que el demandante trae en su demanda en apoyo de su pretensión o que consisten en diferente modalidades de aquellos hechos razón por la cual la carga de probarlos corresponde al demandado (salvo que sean notorios o indefinidos o que estén por ley presumidos)⁵.

Atendiendo lo ilustrado por los tratadistas en cita, los medios de defensa acabados de señalar, propuestos a título de excepción, en realidad no gozan de esa naturaleza, pues se reitera no revisten hechos nuevos sino alegaciones de oposición a lo pretendido en la demanda.

Por último, en lo que respecta a las excepciones formuladas por las llamadas en garantía, este Despacho supedita su estudio a resultar avante las pretensiones de la parte demandante respecto de la imputación realizada a cada demandada, por cuanto, *contrario sensu*, se tornaría inane realizar pronunciamiento alguno sobre las mismas.

9.2. Acervo probatorio

9.2.1. De folios 44 a 57 del documento 1, se encuentran los registros civiles de nacimiento de los que se desprende que la señora Diana Yency Corrales Porras era hija de los señores Blanca Edilia Porras Molina y Rodrigo de Jesús Corrales Ruíz.

A su turno, se encuentra que Leidy Leandra Corrales Porras, Claudia Lide Porras Molina, John Henry Corrales Porras y Eudimer Corrales Porras, eran hermanos de Diana Yeincy Corrales Porras.

De igual manera, se probó que Kevin Alexander Soto Corrales, Michel Daliana Soto Corrales, Nahara Giraldo Corrales y Ashlee Muñoz Corrales, eran hijos de la señora Diana Yeincy Corrales Porras.

9.2.2. Relacionado lo anterior, necesario es verificar las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se dispensó el servicio de salud objeto de la controversia que nos ocupa, para lo cual se efectuará un estudio cronológico de las atenciones brindadas a la señora Diana Yeincy Corrales Porras en la E.S.E. Hospital San

⁵ Devis Echandía, Hernando. COMPENDIO DE DERECHO PROCESAL – TEORÍA GENERAL DEL PROCESO TOMO I. Decimoquinta edición 2.012. pág. 210.

Vicente de Paul de Santuario y en la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, de conformidad con las historias clínicas aportadas por las entidades demandadas, tomando como calendas relevantes para esos efectos, las gestaciones de 2013 y 2018, en donde la paciente presentó complicaciones posparto.

9.2.2.1. Así, se tiene como antecedente la gestación de la señora Diana Yeincy Corrales Porras en septiembre de 2013, encontrándose una primera atención el 5 de septiembre de 2013, en el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, para iniciar controles prenatales, describiéndose en el motivo de la consulta:

MC: "a iniciar controles". Paciente de 26 años de edad quien acude a iniciar controles prenatales. Reporte de paraclínicos: CH Hb 12 Hto 38.4 Leucocitos 9400 N 79 L 19 Plaquetas 203.000; PO leucocitos abundantes, piocitos abundantes bacterias ++ moco ++; glicemia 79 mg/dl; hemoclasificación O negativo, VDRL negativo. Paciente G4P2V2A1. FUP 29/06/08. Paciente con FUM 1-2 semana de julio, se encontraba planificando con ACO, embarazo de de 7-8 semanas?. Paciente sin antecedentes patológicos de importancia. Niega alergia a medicamentos. Paciente quien refiere hemoclasificación del compañero sentimental A + (sin embargo refiere va a confirmar dicha información). Refiere partos sin complicaciones.

(...)

ANTECEDENTES

Familiares: [Ninguno]

Patológicos: [EMBARAZO ANTERIOR NORMAL]

Quirúrgicos: [Ninguno]

Toxico alérgicos: [Ninguno] Medicamentos: [MICRONUTRIENTES.]

Ginecológicos: [M:12PNF: MICROGYNON HEMOCLASIFICACION: O NEGATIVO. FUP:29/06/2008]

Siendo diagnosticada con *SUPERVISIÓN DE EMBARAZO NORMAL*. *NO ESPECIFICADO* y se solicitó ecografía obstétrica, realizándose una segunda consulta el 17 de septiembre de 2013⁶, sin cambios ni en los síntomas, ni en las anotaciones efectuadas por los médicos tratantes.

- Para el 5 de octubre de 2013, se realizó un 2º control prenatal, en el que se registran antecedentes de aborto *durante el primer trimestre de la gestación de causa desconocida sucedido hace 11 años* y se indica cambia el diagnóstico a *SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN* (fls. 22-23).

- La paciente asistió los demás controles prenatales entre el 12 de noviembre de

⁶ Fl. 21, doc. 13.

2013 al 1 de abril de 2014⁷, en los cuales se siguió catalogando su embarazo como de alto riesgo, se formularon medicamentos, se verificó la asistencia a las demás especialidades y las atenciones se efectuaron mediante consulta externa.

- El 9 de abril de 2014, la señora Diana Yeincy, se presentó al servicio de urgencias del hospital local en trabajo de parto, ordenándose su hospitalización y evolución a las 5:22 horas, en donde se indica:

En borramiento y dilatación (sic) completa se traslada paciente a mesa ginecológica (sic), se dirige pujo, se evidencia líquido amniótico (sic) claro, a las 04+49 horas se obtiene producto de sexo femenino cefálico (sic), APGAR al 1º minuto 7, al 5º minuto 9º adecuada adaptación (sic) neonatal, piel rosada buen tono beuno (sic) llanto se aspiran secreciones por boca nariz, se seca con compresas estériles (sic), secas, se pinza cordón (sic) umbilical de forma habitual, se toma muestra para tsh (sic) de cordón (sic) umbilical, se pasa RN a cuna de calor radiante, se toman tallas antropométricas (sic): peso 2800 grs (sic), Tall:49 PC 31,5 PT 32, se realiza profilaxis ocular con gentamicina oftálmica (sic), profilaxis con vitamina K intramuscular cuidados de muñón (sic) umbilical, se comprueba globo de seguridad de pinard, a los 20 minutos requerimiento de extracción (sic) manual de placenta incompleta, revisión manual de cavidad, se medica 10 und intramusculares de oxitocina y se dejan otras 10 unidades en 500cc de SSN 0,9% apsar (sic) e una hora, paccitne (sic) con sangrado moderado se administra metergil 1 amp im. para pasars (sic) en 6 horas, ssangrado (sic) vaginal (sic) aprox 700 cc .se pasa binomio madre hija a salas de hospitalización (sic) puerperio, se diligencias CNV N° 11989997- RN de sexo masculino, activo, reactivo, rosado, ORL sin alteraciones, pabellones auriculares sin alteraciones, fontanelas normotensas (sic). c/p rscrs sin soplos, ascsp bien ventilados, sin ruidos sobreagregados, abdomen blando, depresible, no doloroso, no masas, no megalias, peristaltismo positivo, muñón umbilical sin alteraciones, genitales externops (sic) masculinos testículos retractiles. neurológico (sic) moro, succión (sic), búsqueda (sic), prensión (sic) positivos, moviliza las cuatro extremidades, Madre: conciente (sic), orientada afebril, hidratada, mucosas húmedas (sic) y rosadas, cuello sin soplos, masas ni adenopatías, tórax (sic) simétrico (sic) sin signos (sic) de dificultad respiratoria, RsCrs sin soplos, AsCsPs bien ventilados (sic) sin agregados respiratorios. abdomen blandoddpresible (sic) con útero (sic) con adecuado tono e involución, sangrado vaginal escaso. PP renal bilateral negativa, extremidades sin edemas patológicos, Neurológicamente sin déficit (sic) ni signos de focalización. RN: con adecuada adaptación neonatal, madre con puerperio inmediato y mediato sin complicaciones (sic). **MADRE CON ALTO RIESGO ENDOMETRITIS POR REQUERIMIENTO DE EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA.** traslado a sala de GO del binomio para continuar Observación y cuidado. (Negrilla y subraya fuera de texto)

El mismo día, hacia las 13:52 horas, la paciente es remitida como urgencia vital por código rojo⁸.

- Hacia las 17:06 horas, ingresó a urgencias adultos del Hospital Universitario San

⁷ Fls. 34 – 44 y 92 ibídem

⁸ Fl. 99, ibid.

Jorge de Pereira⁹, registrándose:

PACIENTE DE 27 AÑOS, POST PARTO EN UNIDAD LOCAL DE HOY A LAS 04+49 HORAS A LAS 38.2 SEMANAS DE GESTACION. DE ACUERDO A NOTA DE REMISION PACIENTE PRESENTO RETENCION DE PLACENTA, REQUIRIO EXTRACCION MANUAL DE LA MISMA, SIN PODER ESTABLECER SI SE LOGRO EXTRACCION DE LA TOTALIDAD DE LOS RESTOS PLACENTARIOS. PRESENTO ADEMAS CUADRO DE HEMORRAGIA POSTPARTO QUE REQUIRIO MANEJO CON OXITOCINA, METHERGIN Y MISOPROSTOL. REFIEREN ADEMAS EN LA HISTORIA QUE PRESENTO 2 EPISODIOS DE LIPOTIMIA DURANTE ESTANCIA EN UNIDAD LOCAL. INICIAN MANEJO CON AMPICILINA Y GENTAMICINA POR SOSPECHA DE RETENCION DE RESTOS OVULARES. POR LO ANTERIOR DECIDEN REMITIR A NIVEL III PARA VALORACION POR GINECOBSTERICIA. (Subraya fuera de texto)

- Para el 10 de abril de 2014, hacía las 14:17 horas, se resuelve llevar a legrado obstétrico y se asientan como diagnósticos: *O731 RETENCION DE FRAGMENTOS DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS, SIN HEMORRAGIA*¹⁰, indicándose en el análisis:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TERCER PERIODO ANOMALO, CON RETENCION PLACENTARIA + MANIPULACION DE CAVIDAD, SE DECIDE INICIAR GENTAMICINA CONCOMITANTE A AMPICILINA, AL MOMENTO ASINTOMATICA, CON BUENA INVOLUCION UTERINA Y SANGRADO ESCASO, PERO CON RESTOS PLACENTARIOS EN CAVIDAD UTERINA, ISTMO Y CANAL CERVICAL. SE DECIDE LLEVAR A LEGRADO OBSTETRICO, SE INICIA AYUNO. PACIENTE QUE YA RECIBIO DOSIS DE ANTI D. (Subraya fuera de texto)

Siendo llevada a cirugía a las 21:59 horas, con los siguientes hallazgos operatorios, procedimientos y complicaciones:

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE ESPECULO, PINZAMIENTO LABIO ANTERIOR DE CERVIX, REVISION DE CAVIDAD CON PINZA FOSTER Y CURETA CORTANTE EXTRAYENDO RESTOS PLACENTARIOS EN ABUNDANTE CANTIDAD HASTA OBTENER LLANTO UTERINO Y SANGRADO ROJO RUTILANTE, CAVIDAD IMPRESIONA LIMPIA, QUEDA UTERO BIEN CONTRAIDO, PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO, NO COMPLICACIONES¹¹.

Después de ello, la señora Diana Yeincy es dada de alta, el 11 de abril de 2014, a las 13:53 horas, con medicación y relacionándose en los diagnósticos:

O731 RETENCION DE FRAGMENTOS DE LA PLACENTA O DE LAS

⁹ Fl. 1, documento 1, archivo 22

¹⁰ Fl. 12, documento 1, archivo 22.

¹¹ Fl. 15, documento 1, archivo 22.

MEMBRANAS, SIN HEMORRAGIA
Z365 PESQUISA PRENATAL PARA ISOINMUNIZACION
O721 OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATAS
Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

9.2.2.2. Después de esos eventos, acudió el 7 de marzo de 2018, por consulta externa, registrándose como motivo de consulta y enfermedad actual¹²:

vengo a control

Paciente de 31 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia G5 P3 C0 A1 V3 M0, asiste a control prenatal número 2, hemoclasificación (sic) O NEGATIVO, refiere hemoclasificación (sic) paterna O positivo, quien en el momento cursa con embarazo de 14.2 semanas por FUM 25/12/2017 aparentemente confiable por periodos menstruales regulares, y con ecografía (sic) de la semana 11.6 (23/03/2018), para el día de hoy con embarazo de 13.4, con útero (sic) de tamaño normal, con saco gestacional, en su interior embrión único (sic) vivo, en posición (sic) variable, con movimientos activos, con LCC 52 mm, con actividad (sic) cardíaca (sic) visible, con OCI cerrado, con cuello uterino morfología (sic) normal, con ILA normal, con FPP 06/10/2018, con antecedente de último embarazo con parto vaginal normal sin complicaciones (sic) institucional en primer nivel hospital San Vicente de Paul Santuario Risaralda, hace 4 años, con FUP 09/04/2014, y antecedente (sic) de haber (sic) presentado aborto de aparente causa desconocida hace 14 años, embarazo planificado, deseado, en el momento niega sintomatología respiratoria alta, y baja, gastrointestinal y urinaria, niega preconvulsivos: cefalea, tinitus (sic), epigastria o fosfenos. niega salida de líquido o sangre por vagina u otras pérdidas vaginales, percibe adecuadamente los movimientos fetales.

Ingresó paciente caminando en buenas condiciones generales.

(...)

ANTECEDENTES

Familiares: [Ninguno]

Patológicos: [EMBARAZO ANTERIOR NORMAL]

Quirúrgicos: [Ninguno]

Toxicoalérgicos: [Ninguno]

Medicamentos: [MICRONUTRIENTES.]

Ginecológicos: [M:12PNF: MICROGYNON HEMOCLASIFICACION: O NEGATIVO. FUP:29/06/2008]

(...)

Conducta

Paciente quien en el momento se encuentra en buenas condiciones generales sin alteraciones del examen físico, estable hemodinámicamente, quien ingresa a control prenatal, cursando con embarazo de 10.2 semanas por FUM 25/12/2017 aparentemente confiable por periodos menstruales regulares, con paraclínicos de ingreso al programa dentro de los límites de normalidad, sin alteraciones en ninguna de sus líneas, en el momento en buenas condiciones generales sin aparición de ningún tipo de sintomatología médica no respiratoria alta ni baja, no gastrointestinal ni urinaria, no pérdidas vaginales, no sangrado ni amniotórax, razón por la cual se indica nuevo control médico en 4 semanas con toma de ecografía de primer nivel, se llena clámp manual y sistema, se refiere acercarse a servicio de vacunación y odontología, así mismo se entrega ficha médica de micronutrientes se indica a paciente quien refiere entender y acepta (Negrilla y subraya fuera de texto)

¹² Fl. 143, documento 13.

- El 4 de abril de 2018, se realizó un segundo control prenatal, asentándose como antecedentes *ultimo embarazo sin complicaciones institucional en primer nivel hospital San Vicente de Paúl Santuario Risaralda, hace 4 años*, no se evidenciaron alteraciones, se formularon micronutrientes y se dieron signos de alarma¹³, mismas recomendaciones y servicios de salud que se dieron para los controles prenatales realizados el 2 de mayo¹⁴, 6 de junio¹⁵, 4 de julio¹⁶ y 1 de agosto de ese año.

- El 22 de agosto de 2018, la paciente fue valorada en la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, por la especialidad de Ginecología y Obstetricia, como se reporta en los folios 778 y 779 del documento 1, indicándose como enfermedad actual:

GRAN MULTIGESTANTE EN SU CUARTO EMBARAZO CON PERIODO INTERGENESICO DE 5 AÑOS PARTO VAGINAL ATENDIDO EN NIVEL 1 SIN COMPLICACIONES EMBARAZO ACTUAL DE DIFETENTE PROGENITOR DE MAS O MENOS 33 34 SEMANS POR AMENORREA 25 DE DIC 017 REMTEIN PARA DEFINIR VIA D E PARTO

Y en estado general se consignó:

Describir lo anormal: POSITIVO PRESION ARTERIAL SENTADA BRAZO DERECHO 140/80 RS CS RS SIN SOPLOS UTERO LLENO CON ALTURA DE 28 CM FETO EN PRESENTACION CEFALICO POSICION DORESO A LA DERCHA CON FCF 144 POR MINUTO REACTIVO A ESTIMULO EXTERNO MOVIMEITOS PRESENTES SE OMITE GINECOLOGICO (PELVIS PROBADA) RESTO NORMAL
(...)
DIAGNOSTICO Dx. Principal: Z359-SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
(...)

- Posterior a ello, se realizó el 7º control prenatal, el 5 de septiembre de 2018¹⁷, consulta en la que se insertó la recomendación dada por ginecobstetra, el mismo diagnóstico y las mismas recomendaciones que en los demás controles.

- El 8 de octubre de 2018, se registra a las 10:07 horas, la asistencia de la señora Diana Yeincy al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, informando como enfermedad actual *TENGO DOLORES*¹⁸, evidenciándose a folio

¹³ Fl. 149, documento 13.

¹⁴ Fl. 151, documento 13.

¹⁵ Fl. 154, ibidem.

¹⁶ Fls. 157-158, ibíd.

¹⁷ Fl. 49, documento 13.

¹⁸ Fl. 58, ibidem.

60, las siguientes anotaciones como conducta:

PACIENTE MULTIGESTANTE DE 41.0 SEMANAS POR FUM Y 40.2 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE, HEMOCLASIFICACION O NEGATIVO, INFECCIOSOS NEGATIVOS, COOMBS INDIRECTO NEGATIVO, APLICACION DE ANTI DE JULIO DEL 2018, INDICACION DE GINECOLOGIA DE PARTO EN 3 NIVEL POR RIESGO DE CODIGO ROJO, EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS FUERA DE RANGO, AFEBRIL, NO SIGNOS DE SIRS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SIGNOS DE FOCALIZACION O COMPROMISO NEUROLOGICO. SE INDICA PASAR PACIENTE A SALA DE GINECOLOGIA PARA REALIZACION DE MONIOREO FETAL ANTEPARTO, LEV 500 CC SSN AL 0.9% PASAR EN BOLO, REVALORAR

SE COMUNICA A LA 09+20 CON HUSJ MEDICO DE TURNO QUIEN REFIERE PACIENTE SIN RIESGO OBSTETRICO POR HEMOCLASIFICACION YA QUE HA SIDO APLICADA LA ANTI-D, NO RIESGO DE CODIGO ROJO POR GESTAS YA QUE RIESGO AUMENTA POSTERIOR A 4 PARTOS, PARTO PUEDE SER ATENDIDO EN UNIDAD LOCAL, POR LO QUE INDICA TOMA DE CIFRAS DE PRESION ARTERIAL SENTADA Y SIN CONTRACCIONES, DEPENDIENDO DEL RESULTADOS, INICIAR ANTIHIPERTENSIVO Y SULFATO EN CASO DE SER NECESARIO CON CIFRAS TENSIONALES SUPERIORES 160/110 MMHG POR DOS TOMAS CONTINUAR. Y SI PRESENTA ALTERACION EN PUERPERIO VOLVER A COMENTAR. SE REVALORA PACIENTE 10+00 CON CIFRAS DE PRESION ARTERIAL PRIMERA TOMA SENTADA SIN CONTRACCIONES 176/97 MMHG, SEGUNDA TOMA A LOS 30 MINUTOS 183/106 MMHG, POR LO CUAL SE INDICA NIFEDIPINO TAB 10 MG DAR 1 TAB VO CADA 20 MINUTOS POR 3 DOSIS, REVALORAR

SE REVALORA PACIENTE 10+35 POSTERIOR A TOMA DE 2 DOSIS DE NIFEDIPINO PRESENTA CIFRAS DE PRESION ARTERIAL 96/56 MMHG POR LO CUAL SE INDICA SUSPENDER ULTIMA DOSIS DE NIFEDIPINO. REVALORAR

SE REVALORA PACIENTE 11+20 CON CIFRAS TENSIONALES 115/75 MMHG, ASINTOMATICA, NO SIGNOS PREMONITORIOS.

SE REVALORA PACIENTE 11+25 QUE TIENE DESEOS DE PUJAR SE PASA A MESA GINECOLOGICA, SE REALIZA AMNIOTOMIA A LAS 11+30 HORAS CON SALIDA DE LIQUIDO CLARO EN ESCASA CANTIDAD, NO FETIDO, EUTERMICO, **SE DIRIGE PUJO CON PRODUCTO SEXO FEMENINO A LAS**

11+33 HORAS, SE INDICA OXITOCINA IM DOSIS UNICA CON SALIDA DE HOMBRO ANTERIOR, SE INICIA ALUMBRAMIENTO DE PLACENTA PERO NO SE OBTIENE AL PASAR 30 MINUTOS, NO SE VISUALIZA SANGRADO VAGINAL, POR LO CUAL CON IDX DE RETENCION DE PLACENTA,

POSTERIOR A LOS 20 MINUTOS SE INICIA SANGRADO LEVE A MODERADO, SENSORIO NORMAL, TA: 157/85 MMHG, FC: 85 SAT: 98%, CON PERDIDA APROXIMADAMENTE DE 500 CC, POR LO CUAL SE INDICA PASO DE LEV 1000 CC SSN AL 0.9% CRISTALOIDES A CHORRO,

SE REVALORA PACIENTE A LAS 12+00 HORAS CONTINUAR CON RETENCION DE PLACENTA, SANGRADO VAGINAL MODERADO, SIGNOS VITALES: TA: 140/75 MMH, FC: 95 SAT: 98%, SENSORIO NORMAL, **SE INDICA REMITIR PACIENTE COMO URGENCIA VITAL CON MEDICO.** SE

INDICA PASAR OXITOCINA AMPOLLA X 10 UI EN 500 CC SSN AL 0.9% PASAR EV EN BOLO, **SE REVALORA PACIENTE 12+04 CON AUMENTO**

DEL SANGRADO VAGINAL ESTIMAGO DE 500 CC, TA: 90/60 FC: 114 SAT: 98% POR LO CUAL SE INDICA OXITOCINA AMPOLLA X 10 UI PASAR 2 AMPOLLA EN 500 CC PARA 4 HORAS A 125 CC/HORA, NO SE INDICA METERGIL YA QUE PACIENTE PRESENTA CIFRAS TENSIONALES

ELEVADAS Y ESTA CONTRAINDICADO POR GUIAS, SE INDICA ACIDO AMP X 500 MG TRANEXAMICO AMPOLLA IM DOSIS UNICA SE APLICAR IM Y NO VENOSO COMO SE INDICA EN GUIAS AUNQUE ADMINISTRACION AUMENTA TIEMPO DE ACTUACION, SE INDICA ADEMAS MISOPROSTOL TAB X 200 MCG 4 TAB INTRARECTAL DOSIS UNICA, SE HACE EMPAQUETAMIENTO DE CANAL VAGINAL CON COMPRESAS ESTERILES EL ESPACIO QUE PERMITE LA PLACENTA EN SU INTERIOR, SE REVALORA PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES 40/17 MMHG, SAT: 93% POR LO CUAL SE INDICA OXIGENO SUPLEMENTARIO A 2 LITROS POR MINUTO POR CANULA NASAL, SENSORIO NORMAL, CON ESCASA FRIALDAD DISTAL, GLASGOW 15/15, SE INDICA PASO DE LEV 500 CC SSN EN BOLO. SE REVALORA PACIENTE ANTES DE SUBIR A AMBULANCIA, CON CIFRAS TENSIONALES: 86/40 MMHG, FC: 99, SAT: 89% CON OXIGENO CANULA NASAL A 2 LITROS POR MINUTO. SE ENVIA REMISION COMO URGENCIA VITAL CON MEDICO. SE COMENTA PACIENTE A REFERENCIA¹⁹. (Negrita y subraya fuera de texto)

- En la misma calenda, se insertaron tres notas adicionales a las 18:21, 18:39 y 18:49 horas, sobre la remisión como urgencia vital, las cuales se leen a folio 63 del documento 13, así:

Nota Numero: 1

Motivo "REMISION URGENCIA VITAL"

Nota PACIENTE SOMNOLIENTE CON RETENCION DE PLACENTE Y EVERSION UTERINA SE REALIZAN HEMOSTASIA CON MULTIPLES COMPRESAS, DADA LA HIPOTENSION SE PASA AMPOLLA DE METERGIN A LA 13+05 HORAS, PACIENTE CON INESTABILIDAD HEMODINAMICA SE PASAN LIQUIDOS A CHORRO EN TOTAL 3000CC DE SOLUCION SALINA, ANTE REACTIVACION DEL SANGRADO **SE INGRESA A LA VIRGINIA A LAS 13 + 40 MINUTOS DONDE REFIEREN NO CONTAR EL DIA DE HOY CON SERVICIO DE GINECOBSTERICIA, SE PROCEDE A CONTINUAR, A LAS 14+10 HORAS PACIENTE PRESENTA EPISODIO CONVULSIVO DE 2 MINUTOS**, SE PROCEDE A ASEGURAR VIA AEREA PERO PACIENTE PRESENTA VIA AEREA DIFICI (sic).

(...)

Nota Numero: 2

Motivo REMISIÓN NOTA 2

Nota VIA AEREA DIFICIL POR LO CUAL SE PROCEDE A REALIZAR OXIGENACION CON DISPOSITIVO AMBU, Y CONTINUAR REANIMACION HIDRICA CON SOLUCION SALINA, **PACIENTE LLEGA CON SIGNOS VITALES LIMITROFES A HUSJ A LAS 14+20 HORAS ENTRANDO EN PARO CARDIACO, SE PASA A SALA DE PARTOS Y SE INICIA PROTOCOLO DE CODIGO AZUL, LOGRANDO ESTABILIZACION DE LA PACIENTE EN PRIMER CICLO, SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL SE REALIZA ADEMAS ESTRACCION DE LA PLACENTA Y REANIMACION CON UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS, POSTERIORMENTE SE ESTABILIZAN SIGNOS VITALES Y ES TRASLADADA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS OBSTETRICOS, A LAS 15+00**

(...)

Nota Numero: 3

Motivo REMISION

NOTA 3 Nota PACIENTE POSTERIOR A ESTRACCION DE PLACENTA ESTABILIZADA CON BALON BAKRI ARTESANAL, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, A LA ESPERA DE EVOLUCION CLINICA, PARA TOMA DE

¹⁹ Fl. 60, documento 3.

NUEVAS CONDUCTAS SE LE EXPLICA A LA HERMANA SITUACION CLINICA DE LA PACIENTE, CONDUCTA TOMADA Y LA CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. (Negrita y subraya fuera de texto)

- La paciente ingresó el 8 de octubre de 2018, a las 15:46 horas al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, con diagnósticos de *CHOQUE HIPOVOLEMICO, PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO e INVERSIÓN DEL ÚTERO, POSTPARTO*²⁰.

Después de ello se encuentra una anotación retrospectiva que da cuenta de las malas condiciones de la paciente, en donde se indica el alto riesgo de mortalidad materna, registrándose:

****NOTA RETROSPECTIVA**** ATIENDO LLAMADO A SALA DE PARTOS POR CODIGO AZUL. ENCUENTRO PACIENTE EN PARO CARDIACO A QUIEN SE ESTAN REALIZANDO COMPRESIONES TORACICAS Y DANDO VENTILACION CON DISPOSITIVO BOLSA MASCARA, SE PROCEDE A REALIZAR INTUBACION OROTRAQUEAL POR PARTE DE MEDICINA INTENSIVA MIENTRAS SE CONTINUA CON LAS COMPRESIONES CARDIACAS. YA SE HABIAN ACTIVADO PREVIAMENTE EL CODIGO ROJO Y CODIGO AZUL, POR LO QUE REALIZO REVISION DEL AREA GINECOLOGICA EVIDENCIANDO INVERSION UTERINA GRADO IV Y PLACENTA CON CORDON UMBILICAL POR FUERA DE LA VULVA. DE INMEDIATO RETIRO LA CANTIDAD DE PLACENTA QUE SE LOGRA RETIRAR Y REALIZO MANIOBRA DE JOHNSON PARA CORRECCION DE LA INVERSION PERMANECIENDO CON LA MANO DENTRO DE LA CAVIDAD UTERINA HASTA LOGRAR MEJORIA DEL TONO UTERINO, LA CUAL NO SE LOGRA, PERO DADO LA INESTABILIDAD CLINICA DE LA PACIENTE SE CONTINUA MANEJO FARMACOLOGICO CON OXITOCINA 10 UDS IM Y 40 UDS EN 500cc DE SSN A 125cc/hora MAS MISOPROSTOL 800mcg INTRARRECTALES, ACIDO TRANEXAMICO 1g IV Y 2 AMP DE METHERGYN DADO QUE NO SE HABIA RELATADO HASTA EL MOMENTO LA PRESENCIA DE HIPERTENSION PREVIA. DADO ESCASA MEJORIA DEL TONO SE PROCEDE A COLOCAR BALON DE BAKRI ARTESANAL MIENTRAS SE LOGRA ESTABILIZAR PARA POSTERIOR CIRUGIA. DURANTE TODO ESTE PROCEDIMIENTO SE INICIO TRANSFUSION DE 6 UDS DE GLOBULOS ROJOS, 6 UDS DE PLASMA FRESCO CONGELADO Y 6 UDS DE PLAQUETAS. SE TRASLADA A LA UNIDAD CRITICA OBSTETRICA PARA SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO Y DOBLE SOPORTE VASOPRESOR. A SU INGRESO SE OBSERVA DISTENSION ABDOMINAL PROGRESIVA Y SE REALIZA ECO DE ABDOMEN POR RASTREO EVIDENCIANDO ABUNDANTE CANTIDAD DE LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL Y CON HIPOTENSION PERSISTENTE A PESAR DE DOBLE MANEJO VASOPRESOR POR LO QUE SE DECIDE TRASLADAR DE INMEDIATO A LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, HALLAZGOS YA DESCRITOS, SE REALIZA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y SE DEJA LAPAROSTOMIA CON VIAFLEX POR ALTISIMO RIESGO DE SINDROME DE HIPERTENSION INTRAABDOMINAL AL IGUAL QUE MANEJO ANTIBIOTICO POR MANIPULACION DURANTE EL CODIGO. SE TRASLADA DE NUEVO A

²⁰ Fl. 19, documento 1, archivo 22 – Anexos masivos

UNIDAD CRITICA OBSTETRICA PARA CONTINUAR VIGILANCIA Y ESTABILIZACION. SE HABLA CLARAMENTE CON LA HERMANA DE LA PACIENTE DESDE ANTES DE LLEVARLA A QUIROFANO EXPLICANDO ALTO RIESGO DE MORTALIDAD MATERNA Y OTRAS COMPLICACIONES. ****TRANSFUSIONES SANGUINEAS**** GLOBULOS ROJOS: NUMEROS DE BOLSA Y SELLOS DE CALIDAD: 18212715 - 18112124 - 18410952 - 18112280 - 18112186 - 18410958. PLAQUETAS: 18008499 - 18008493 - 18008491 - 18008488 - 18008339 - 18008498. PLASMA FRESCO CONGELADO: 17411302 - 18210025 - 18110085 - 18110115 - 17214678.

Para el 9 de octubre de 2018, a las 01:50 horas, se registra la evolución del turno de la noche en la Unidad de Cuidados Intensivos, persistiendo las malas condiciones de la paciente y puntualizándose en el análisis:

PACIENTE MULTIPARA, QUE FUE REMITIDA DE UNIDAD LOCAL (HOSP DE SANTUARIO) POR CODIGO ROJO OBSTETRICO, A SU INGRESO A LA INSTITUCION EN PARO CARDIORESPIRATORIO, REANIMACION EXITOSA, PERSISTIA HEMORRAGIA VAGINAL POR INVERSION UTERINA POR ACRETISMO PLACENTARIO, REQUIRIO CIRUGIA DE CONTROL DE DAÑOS, HISTERECTOMIA OBSTETRICA, NO REQUIRIO EMPAQUETAMIENTO ABDOMINAL, SE DEJO ABDOMEN LAPAROTOMIZADO CON VIAFLEX POR RIESGO DE SINDROME COMPARTIMENTAL, REQUIRIO PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA: 6 UNIDADES CGM 6 PLASMA, 6 PLAQUETAS. REINGRESA A LA UNIDAD EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, EN FALLA MULTIORGANICA, COAGULOPATIA VASCULAR DISEMINADA, SE CONTINUA REANIMACION GUIADA POR METAS DIRIGIDA POR INTENSIVISTA DRA OLAYA, SE CANALIZA LINEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA ECOGUIADO, SE REALIZA ECOFAST: NO EDEMA PULMONAR, ECOCARDIO CON ADECUADA CONTRACTILIDAD. SE ADMINISTRA OCTAPLEX POR HEMORRAGIA PERSISTENTE A TRAVES DE VIAFLEX, COAGULOPATIA DE CONSUMO. EN EL MOMENTO PACIENTE INESTABLE, CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA, EPINEFRINA Y VASOPRESINA. GASES ARTERIALES PERSISTE ACIDOSIS MIXTA SEVERA, TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION. SOPORTE VENTILATORIO CON PARAMETROS ALTOS, PENDIENTE CONTINUAR HEMOTRANSFUSION CON CONCENTRADO GLOBULAR, SE INDICA BICARBONATO EN INFUSION. TITULAR FIO2, EN EL MOMENTO CON DISMINUCION DEL SANGRADO ABDOMINAL, PERO ANURICA, ELEVACION DE AZOADOS, TRANSAMINASAS MUY ELEVADAS, SOLICITO ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR, SOLICITO INSUMOS PARA TERAPIA DE REPLAZO RENAL TEMPRANA. PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS DE CONTROL. PACIENTE CON SCORE DE MORTALIDAD CON RIESGO DE MUERTE MAYOR AL 95%, SE PERMITE A LOS FAMILIARES CONTACTO CON EL PACIENTE. SE EXPLICA NUEVAMENTE CONDICION CRITICA, ALTO RIESGO DE MORTALIDAD EN LAS PRIMERAS 24 HS. SE MANTIENE VIGILANCIA Estricta EN LA UNIDAD.

- Para la misma calenda hacía las 10:17 horas, la señora Diana Yeincy, es valorada por nefrología quien evidencia una insuficiencia renal aguda, por lo que ordena iniciar con tratamiento, indicando:

Paciente en malas condiciones generales, bajo sedación profunda, signos de hipoperfusión distal, acoplada a la ventilación mecánica. Mucosa oral húmeda, TOT permeable, RSCSRS taquicardicos, murmullo vesicular con hipoventilación basal. Abdomen blando, distendido, herida quirúrgica cubierta. Extremidades: llenado capilar de 5 segundos, livideces generalizadas, no edema.

(...)

Paciente en su puerperio mediato, quien presenta choque hemorrágico secundario a acretismo placentario e inversión uterina, con SDOM y progresión a lesión renal aguda KDIGO 3, acidosis metabólica severa persistente, hiperkaliemia, sobrecarga hídrica, por lo que se considera que es candidata para inicio de TRR continua tipo HVVC.

Desde esa calenda en adelante, se registra en las notas de evolución de UCI obstétrica, las malas condiciones de la paciente y su alto índice de mortalidad, dada la disfunción orgánica severa, tal como se aprecia a folios 90 y 91 del documento 1, anexos masivos 22.

- El 11 de octubre de 2018, siendo las 12:17 horas, en nota de evolución se asienta como sospecha diagnóstica *ECLAMPSIA*, indicándose²¹:

MONITORIA HEMODINAMICA PICCO. - PRECARGA: GEDV: 656 ML GEDI: 419 ML/M2 ITBV: 820 ML ITBI: 523 ML/M2. - RESPUESTA A VOLUMEN: VVS: 16% VPP: 15%. - POSCARGA: RVS: 1510 DS/CM5 IRVS: 2639 DS/M2/CM5-SALIDA: GCC: 3.93 L/MIN IC: 2.25 L/MIN/M2 VS: 48 ML IVS: 28 ML/M2 - CONTRACTILIDAD: GEF: 30% CFI: 6.3 L/MIN. DPMX: 1508 MMHG-FUNCIÓN DE ORGANO: EVLW: 411 ML ELWI:7.6 ML/KG CPO:0.69 CPI: 0.39 W/M2 PVPI:2.5 PACIENTE DE 31 AÑOS, HOY PRESENTA EPISODIO DE SUPROVERSIÓN DE LA MIRADA, SE REALIZA TAC DE CRANEO DE EMERGENCIA, DONDE SE OBSERVA EDEMA CEREBRAL, SIN HEMATOMAS, NI AREA ISQUEMICAS, POR LO QUE SE CONSIDERA POSIBLE EPISODIO CONVULSIVO, EN EL ESCENARIO DE LA PACIENTE POSIBLE ECLAMPSIA, POR LO QUE SE INICIA SULFATO DE MAGNESIO. SE CONTINUA CON NECESIDAD DE SOPORTE VASOPRESOR, AUNQUE HA PERMITIDO LA TITULACIÓN, SE REALIZA MONITORIA HEMODINAMICA DONDE SE OBSERVA QUE CONTINUA CON PRECARGA BAJA, GASTO CARDIACO EN META, RESISTENCIA CERCANA A LA META, VSS Y VPP EN META, SE SOLICITA ECOCARDIOGRAMA TT, CONTROL. PATRÓN RESPIRATORIO ADECUADO, SIN TRASTORNO DE LA OXIGENACIÓN, SE CONTINUA CON PARAMETROS VENTILATORIOS, CONTINUA OLIGOANURICA EN TRR CONTINUA, YA CON MEJORÍA DE LA ACIDOSIS METABOLICA, CON MEJORÍA DE LOS TRASTORNOS ELECTROLITICOS. PRESENTA MEJORIA DE LA HEPATITIS ISQUEMICA,CON LA OPTIMIZACIÓN DEL VOLUMEN, SE CONTINUA EN UCI PARA SOPORTE MULTIPLE, MONITORIA HEMODINAMICA. ALTO RIESGO PRONOSTICO AÚN RESERVADO. (Subraya fuera de texto)

Desde esta calenda se anota en la historia clínica una leve mejoría en la paciente, como se registró a folio 160 del documento 1 – anexos masivos archivo 22 y fue

²¹ FI. 132, documento 1 – anexos masivos archivo 22.

llevada a una laparotomía exploratoria el 16 de octubre de 2018, en donde se describen los siguientes hallazgos:

PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA HORA: 12+05 HR PM
PACIENTE BAJO ANESTESIA ///PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA ///
COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES /// SE PROCEDE APERTURA DE
BOLSA DE VIAFLEX, SE OBSERVA ASAS DISTENDIDAS E HIPEREMICAS
Y MARCADO ILEO INTESTINAL. SE TOMA CULTIVO DE SECRECION
SEROHEMATICA DE CAVIDAD, SE EXPLORA CAVIDAD
EVIDENCIANDOSE HEMATOMA RETROPERITONEAL QUE ABARCA TODA
LA CORREDERA PERIETOCOLICA IZQUIERDA NO PULSATIL. SE
INTERCONSULTA DE MANERA INTRAOPERATORIA CON EL CIRUGIA
GENERAL DR HINESTROSA, QUIEN REFIERE QUE PACIENTE REQUIERE
DE 2 TIEMPO QUIRURGICO PARA EXPLORACION DE HEMATOMA
RETROPERITONEAL, CON RESERVA DE COMPLEJO PROTOMBOTICO,
PLAQUETAS, GLOBULOS ROJOS. SE DECIDE REALIZAR LAVADO
PERITONEAL CON SOLUCION SALINA TIBIA 1000 CC SSN, SE COLOCA
BOLSA DE VIAFLEX Y SE PROGRAMA PARA SEGUNDO TIEMPO
QUIRURGICO.²²

Desde esa calenda hasta el 26 de octubre a las 3:50 horas, que se inserta en la historia clínica el fallecimiento de la paciente, en los siguientes términos:

PACIENTE QUE POSTERIOR A PARO CARDIACO INICIAL REANIMADO DURANTE 9 MINUTOS EN COMPAÑIA DE INTENSIVISTA Dr CASTAÑO, SALIO A RITMO DE TAQUICARDIA SINUSAL. SE CONTINUO MANEJO POST REANIMACION Y 10 MINUTOS DESPUES PRESENTA DE NUEVO PARO CARDIACO PARA EL QUE SE INICIA REANIMACION CON COMPRESIONES TORACICAS EVIDENCIANDOSE ASISTOLIA. SE REANIMA DURANTE 10 MINUTOS, SE COLOCAN NUEVAMENTE 3 DOSIS DE ADRENALINA DE 1mg, GOTEIO DE NOREPINEFRINA A 1mcg/Kg/min SIN LOGRAR TAMPOCO CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ADECUADAS, MEDICAMENTOS SEGUN GUIAS. TRAS 10 MINUTOS DE REANIMACION NO SE CONTINUAN MAS ESFUERZOS Y SE DECLARA HORA DE MUERTE A LAS 2:13am. SE ABRIÓ CARRO DE PARO CON NUMERO 001559. SE AVISA DE INMEDIATO A LOS FAMILIARES. ***RECIBIO TRANSFUSION DE 2 UDS DE GRE DE GRUPO SANGUINEO O NEGATIVO, COMPATIBLES Y CON NUMERO DE BOLSA Y SELLO DE CALIDAD: 18212739 Y 18212735. GASES ARTERIALES DURANTE REANIMACION: pH: 7.00, pCO2: 42, HCO3: 10.4, BE: -18.9, LACTATO: 12.1. DEMAS PARACLINICOS: CH: LEUC 27.970, Hb 5.4, HCTO 17.2%, PLQT 266.000. CREATININA: 2.5. BUN: 39. LDH: 1.107. TGO: 218. TGP: 87. SODIO: 141. POTASIO: 7.4. CLORO: 115. PCR: 25.3. TP: 18.7 (CONTROL: 14.6). BILIRRUBINA TOTAL: 3.62, INDIRECTA: 1.0, DELTA: 1.7. SE SOLICITA AUTOPSIA MEDICO LEGAL TENIENDO EN CUENTA LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE MATERNA, Y POR RIESGO DE DEMANDA POR LA FAMILIA A LA ATENCION RECIBIDA, (NEGLIGENCIA, IMPERICIA, ETC) SE SOLICITA AUTOPSIA MEDICO LEGAL

En ese momento se indican como diagnósticos de la muerte, los de *PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO; SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA;*

²² Fl. 231, ibidem.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA; y, CHOQUE HIPOVOLÉMICO²³.

9.2.3. De folios 780 a 790 del documento 1, reposa el informe de necropsia No. 201801016600100526 del 26 de octubre de 2018, en la que se indica el siguiente análisis y opinión pericial:

El estudio histopatológico del útero reportada en esta historia refiere: “patología de útero. Dx: útero y trompas uterinas. Útero gestantes con hemorragia post parto por placenta acretada a nivel de pared anterior, endo y exocérvis: sin alteraciones”. La paciente a pesar del tratamiento médico, evoluciona tórpidamente y fallece el 26 10 2018. En el examen exterior de necropsia se observa con signos de intervención médica. En el examen interior se observan los hallazgos relacionados en el resumen. Con base en la historia clínica aportada, se considera que el fallecimiento de la paciente se debió a la presencia de una placenta ácreta, patología que no permite la extracción pronta de ésta y esto produce una hemorragia masiva, que en el caso de la paciente comprometió la viabilidad de todos los órganos y la llevó a la muerte, a pesar del tratamiento médico. Además se presentó como consecuencia de la placenta ácreta una inversión uterina que consiste en la inversión del útero dentro de su propia cavidad, descendiendo por la vagina hasta asomarse por la vulva. Esta condición también provoca pérdidas masivas de sangre, que coadyuvaron en el choque hipovolémico grave que presentó la paciente y que por su refractariedad a llevaron a la muerte.

Se tomaron cortes de los tejidos, con los cuales se ampara este informe. Es de anotar que no se recibió la historia clínica de la atención del parto en el Hospital de Santuario y la historia de los controles prenatales, cuando la occisa se encontraba en embarazo. Se realizó la identificación por necrodactilia.

Causa básica de la muerte: HEMORRAGIA POSTPARTO POR PLACENTA ACRETA (RETEMCIÓN DE PLACENTA) E INVERSIÓN UTERINA
Manera de muerte: NATURAL. (Subraya fuera de texto)

9.2.4. Mediante oficio No. GER – 064 -2020 del 15 de mayo de 2020, se dio respuesta a un derecho de petición presentado por la señora Claudia Lisde Porras Molina, en el que se da como información relevante (fl. 802-807, doc. 1):

4. Infórmese si esa institución para los meses de septiembre y octubre de 2018, se encontraba en la capacidad – por estar habilitada – de prestar los servicios de ginecología y obstetricia, medicina materno fetal, anestesiología, transfusión sanguínea, cuidados intensivos y cirugía ginecológica ambulatoria u hospitalaria de mediana o alta complejidad. Anexará certificado respectivo de habilitación de servicios para la época mencionada.

RESPUESTA: Se anexa constancia de autoevaluación para la vigencia 2018.

²³ Fl. 448, doc. 1, ibid.

Servicios declarados en la Autoevaluación:

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
INTERNACIÓN	101	GENERAL ADULTOS
INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIÁTRICA
INTERNACIÓN	112	OBSTETRICIA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA
URGENCIAS	501	SERVICIO DE URGENCIAS
TRANSPORTE ASISTENCIAL	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	724	TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	741	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	907	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	908	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES

9.2.5. Oficio No. 33286 del 30 de noviembre 2021, suscrito por la Secretaria de Infraestructura del departamento de Risaralda (doc. 53), en el que se informó:

...en la Secretaría de Infraestructura no se encontró información relacionada con contratos de obra pública que se hayan ejecutado por el Departamento de Risaralda en la Vía Santuario - La Marina en el año 2018. Con relación a contrato ejecutados en esa vía con código 522, en el año 2019 encontramos el contrato de obra pública Nro. 1439 del 4 de septiembre de 2019, cuyo objeto es "REHABILITACIÓN DE LAS VIAS SECUNDARIAS Y Terciarias en los Municipios de Dosquebradas, Marsella y Santuario del Departamento de Risaralda", contratista C&C, por valor de \$ 5.156.426.161 valor inicial. (Negrilla y subraya fuera de texto).

9.2.6. Declaración de terceros

En la audiencia de práctica de pruebas realizada el 7 de abril de 2022 (doc. 59), se recibieron los siguientes testimonios:

- Julián Camilo Yepes Obando, relató que se encontraba de turno en el servicio de urgencias el 8 de octubre, teniendo que a las 9:10 de la mañana ingresó una paciente con cuadro clínico de 5 horas de evolución, consiste en dolor tipo contracción uterina con dolor intenso sin pérdida de sangre como tal pero sí salida de líquido, por lo que al pasar a realizarle la valoración ginecológica evidenció dilatación de 7 a 8 cm con un borramiento del 60 %, en fase activa, y que al realizar el triage se toman los signos vitales y se evidencian cifras tensionales, en ese momento, sobre el límite superior.

Añadió que revisó la historia clínica y control previo prenatal que se le había hecho y encontró una nota de ginecología en donde se reseñó que era una paciente con factores de riesgo, con grupo sanguíneo O negativo, aunque se le había aplicado la vacuna Anti-D y un antecedente de un aborto, además en la nota decía que debía ser atendida en un segundo o tercer nivel porque podía presentar código rojo.

Adujo que en ese momento procedió a llamar al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, porque se clasificó la paciente de alto riesgo, donde es atendido por el médico de turno quien le dice que la paciente no presenta peligro porque ya se aplicó la Anti-D y porque de código rojo se debería considerar por encima de los cuatro partos, además le refirió las cifras tensionales y se le explicó que en caso de superar los 160/110, que iniciara manejo antihipertensivo, suministrando únicamente dos dosis.

Afirmó que la usuaria no presentó síntomas de preclamsia ni premonitorios como cefalea, pitidos en los oídos y cuando la revalora, la encuentra en un 100 % de dilatación, con un pequeño inconveniente y es que la sala de partos de la unidad local se encontraba ocupada por otra materna, por lo que se atiende en urgencias, obteniéndose el alumbramiento de una recién nacida, pero pasados 20 minutos empieza a hacer retracción y no se obtiene salida de la placenta, por lo que al no presentar la expulsión, determina que debe remitirla como urgencia vital.

Arguyó que no inició la remisión desde el ingreso de la señora Diana Yeincy, dado que en ese momento estaba en trabajo de parto muy avanzado, siendo muy complicado atender un parto en una ambulancia, por las altas probabilidades de que hubieran nacido en el camino, máxime cuanto la carretera en ese momento no era la mejor, por lo que la demora en llegar a la ciudad de Pereira era de

aproximadamente una hora y media; y, 45 minutos a La Virginia que es el segundo nivel más cercano.

Manifestó que por ello tuvieron que atenderla en el Hospital y después del parto se presentó la retención de la placenta, generándose el sangrado abundante, por lo que se inició al protocolo para código rojo, con oxitocina y no se pasaron líquidos dadas las cifras tensionales altas, por lo que pasar un bolo conllevaría a su aumento, lo que no era recomendable; sin embargo, la tensión arterial empezó a bajar y en ese momento llegó la ambulancia por lo que decidió remitirla como urgencia vital, para lo cual se comunicó inicialmente con el Hospital San Jorge de Pereira, donde le manifestó que era necesario que llamara a referencia y contrarreferencia donde fue atendido por la jefa Luisa Martínez, a quien sólo informó que la enviaba como urgencia vital y hasta allí realizó su intervención.

Exteriorizó que revisó los antecedentes de la paciente al momento de su ingreso y además le preguntó por sus antecedentes o si había sufrido alguna alteración en los embarazos anteriores, a lo que contestó negativamente, refiriendo que no sufría de nada, pero que leyó los controles prenatales y en los mismos no se evidenciaba alteración alguna, pues se verifica que el feto esté ganando peso, con la ecografía se busca descartar la presencia de coágulos y ella tenía factores de riesgo por la multiparidad, un aborto previo y su tipo de sangre que era O-, aunque ya le habían aplicado la vacuna, además de las observaciones asentadas por el ginecobstetra de alto riesgo por código rojo.

Expuso que hay una retención de placenta cuando pasados 30 minutos no se expulsa, lo cual se puede generar por distintas causas, lo cual le pareció extraño pues el sangrado era escaso y a los 20 minutos ya se había adherido, lo cual no es común cuando haya adherido. Con la falta de riesgo que tenía asociado no espere los 30 minutos sino que a las 20 y ya manejé protocolo de código rojo y hice la remisión. No señora simplemente se tiene que hacer tracción y contracción del cordón umbilical nada más y la oxitocina. Pues que uno tiene que poner en con la salida del hombro anterior del bebé se lo tiene que poner al amasar para ayudar a alumbramiento de la placenta es lo único que se debe hacer y lo único que se hizo. Sí señora. No señora no suelen dar nombres.

Reiteró que no remitió a la paciente cuando esta arribó al hospital, porque

posiblemente se hubiera atendido el parto en la ambulancia, lo que ponía en riesgo la vida del neonato y de la misma materna y aunque cuando hubiera llegado a un centro de segundo nivel que es de referencia, el sangrado se hubiera presentado en la misma forma.

Adujo que la materna llegó en fase activa de parto, pues la misma puede considerarse desde los 3 a 5 de dilatación, más cuando hay factores como la multiparidad, incluso tener un alumbramiento a los 20 minutos o media hora, contrario a lo que sucede con las primigestantes

Explicó que cada E.P.S. tiene un sitio de referencia de mayor complejidad, que en el caso de la paciente por estar afiliada a Medimás era el Hospital Universitario San Jorge de Pereira y se comunica directamente con servicio de ginecología o el servicio que requiere cada paciente y en el caso concreto, como ella tenía factores de riesgo necesitaba comunicarse directamente con ginecología obstetricia, lo que procedió a hacer, pues cuando se comunicaban con la E.P.S., podía suceder que los pacientes pernoctaran por varios días en el hospital, por ello en ese momento toma la decisión si sigue la recomendación del médico y la remite aunque lo regañen o le llamen la atención, pero en el momento en que él decide enviarla en la ambulancia, es porque no tenía otra opción y aunque lo ideal hubiera sido que la aceptaran antes, también se arriesgaba a que se presentara el alumbramiento en el camino.

Adujo que él había recomendado a la paciente con el servicio de ginecología y le se lo negaron y en cuanto a la programación del parto, refirió que tiene entendido que la debe programar el especialista que la atendió.

Relató que en el triage la atención puede durar de 10 a 15 minutos para hacer el ingreso, tomar los signos vitales, cuestionar al paciente, el motivo de la consulta y sólo se ingresa a sala de ginecología cuando la materna está en trabajo de parto en fase activa y 10 centímetros de dilatación, por lo que se debe proceder de inmediato a valorarla y después hacer la historia clínica.

Precisó que la paciente no cursaba con síntomas premonitorios de preclamsia, como dolor de cabeza, tinnitus o visión distorsionada, hinchazón de las piernas entre otros, que van relacionados con cifras tensionales y que en los controles que

él revisó no aparecía el reporte de antecedente de hemorragia postparto, ésta que sucede cuando se presenta un sangrado masivo de 500 cc cuando el parto es vaginal o 1000 cc cuando es por cesárea.

Manifestó que en el centro de salud, cuenta con un equipo básico de atención para el código rojo, con el personal que está disponible en ese momento, pero lo ideal sería que esa emergencia sea atendida en un hospital de tercer nivel, pues existen múltiples causas de código rojo, que no solamente es por sangrado y por retención de restos placentarios, pues puede darse el caso que el útero no coge el tono adecuado para volver a su estado habitual y puede presentar sangrado, puede ser por traumas al nacer el producto por el canal cervical, puede generar un trauma o un desgarro que pueda presentar un sangrado masivo, caso en el cual lo puede manejar un médico general o si es un grado dos o tres hacia arriba lo tiene que corregir un ginecobstetra, pues hay casos en los que el único tratamiento es la intervención quirúrgica pues se debe extraer la placenta y sacar el útero, teniendo que para el momento de atender a la paciente no se conocía la causa del sangrado.

Indicó que al momento de comentar a la paciente, se indican aspectos como edad y los antecedentes con las notas relevantes de la historia clínica, pero que el médico que lo atendió le dijo que no hacía falta trasladarla pues el parto se podía atender en ese centro de salud local.

Refirió que no se comunicó con el especialista que la vio por consulta externa, pues en ese momento es imposible adelantar la gestión de ubicarlo, en primer lugar porque él se encontraba en el servicio de urgencias, atendiendo otros pacientes y una materna en fase expulsivo y no tenía el contacto directo del ginecólogo para realizar la averiguación correspondiente.

Expuso que el sistema les da la posibilidad de verificar en el sistema la historia clínica pero era necesario devolverse demasiado tiempo par revisar cada atención, más en el servicio de urgencias donde todo se desenvuelve de manera más rápida y por las condiciones en las que se encontraba la paciente no daban tiempo adicional para actuar, sino que era necesario estar pendiente de ella porque en cualquier tiempo podía darse el alumbramiento y además, reitera que habían otros pacientes que él manejaba porque el médico de apoyo estaba ocupado en otra atención.

Expresó que la materna no refirió antecedentes patológicos cuando se le preguntó y que era múltipara, lo que se traduce en que ha tenido varios embarazos y un aborto, cursando con un cuarto embarazo, que al momento de la remisión que fue cerca de la 1:00 p.m., se comunicó con el médico que iba con ella en la ambulancia para saber las condiciones en las que iba y qué conducta tomaron con la materna o dónde arrimaron, pero que no tenía conocimiento de que hicieron una parada en el Hospital de La Virginia.

Declaró que cuando remite una paciente es porque se ha aceptado en la institución receptora y que no la van a demorar en el ingreso al servicio de urgencias, pues ya la están esperando, por ello cuando llamó a las 9:20 a.m., decidió atenderla en el primer nivel porque si la hubieran aceptado o se precipita el parto, lo cierto es que ya sabe que están esperando a la materna con los especialistas y no las dejarán esperando, teniendo que inicialmente se busca en el lugar más cercano y si hay la oportunidad poder ubicarlos en lugares como Armenia o Manizales, lo cual tarda más horas.

Aseguró que en el centro de salud local no se dispone de recursos, dado que en ocasiones el internet no funciona o es lento para enviar correos, para comunicarse directamente con un sitio, en otras ocasiones la E.P.S. no contestan, pero es una paciente que hay que atenderla en el servicio de urgencias, máxime que está esperando atención y por lo tanto la única vía que queda es la telefónica.

Hizo alusión a que el médico en el camino entró a La Virginia porque la paciente presentó mayor sangrado y según refirió el galeno, apretaba los dientes por lo que impedía la colocación de una cánula para facilitar la respiración porque estaba perdiendo bastante sangre y con signos vitales inestables, pero no se dejó en dicho centro asistencial porque no había disponibilidad del servicio, por lo que se continuó con el trayecto hacía Pereira.

- Richard Montoya Mora, indicó ser el médico de apoyo durante la atención de la paciente, encargándose del traslado en la ambulancia hacía el Hospital Universitario San Jorge de Pereira para brindarle los medios de apoyo para que llegara en las mejores condiciones posibles, pero no la atendió en el parto porque se encontraba atendiendo otro alumbramiento.

Indicó que revisó la historia clínica de la paciente y entre los hallazgos encontrados, verificó que era una materna con código rojo, a quien se le había realizado el protocolo para esa contingencia y el suministro de los medicamentos, el parto ya había sido atendido obteniendo una bebé en buenas condiciones generales, pero con la materna en sangrado activo; y, en cuanto a los controles prenatales pues solo se revisan en el traslado para verificar los riesgos y las posibles conductas a seguir durante el recorrido, pese a que los recursos en la ambulancia son limitados, pero dentro de lo que cabe, si se revisaron los factores de riesgo que tenía la señora Diana Yeincy y en lo que pudo revisar se percató que la paciente ya había presentado un código rojo con antelación por eso se consideraba en este caso como de mayor riesgo, por lo que en el camino se le suministraron medicamentos para dicho código, se le administraron líquidos intravenosos para mantener el volumen sanguíneo, se colocó soporte de oxígeno, se hizo la compresión aórtica y masaje uterino para reducir el sangrado y mantener el estado de signos vitales de la paciente, aún así por la gran pérdida de sangre y el deterioro de su condición clínica se continuó hacia el Hospital San Jorge de Pereira, donde se realizó la atención definitiva.

Advirtió que se intentó ingresarla al Hospital de La Virginia, pero en ese momento no había servicio de ginecología por lo que continuaron el camino y se acercaron a dicho centro de salud dado que la hemorragia era abundante y por ello era importante una pronta evaluación, máxime cuando el traslado desde Santuario a Pereira era de aproximadamente 2 horas lo que se traduce en que la paciente iba a presentar mayores complicaciones, pero al no tener los servicios siguen al tercer nivel donde es atendida por el servicio de ginecología, él la entrega y ya se activan los protocolos de código rojo, sin que tenga conocimiento de qué sucedió después, pues solo sabe que antes de ello se tomó contacto con el Hospital Universitario San Jorge para comentar lo de la paciente ver la viabilidad de la remisión y ver los riesgos que podía presentar en el traslado en ese momento porque pues era una paciente de alto riesgo y ameritaba la atención en un centro de mayor complejidad sin embargo ante el alto riesgo ya la dilatación completa de la paciente y pues un riesgo durante el traslado del hospital San Jorge se sugiere que el parto sea atendido acá y que se traslade de forma inmediata una vez atendida Porque como usted a mí no me preguntó antes nosotros leímos todo lo que ha pasado antes de realizar un traslado o realizar una atención.

Manifestó que el día de los hechos ingresó a prestar el servicio aproximadamente a las 9:00 a.m., que la paciente presentaba varios factores de riesgo pues era múltipara clasificada de alto riesgo por el por el código rojo del embarazo anterior, había presentado un aborto previamente, aunado a que ya había sido valorada por ginecología quien indicó que la atención de la materna debía ser en un nivel superior de atención.

Refirió que la señora Diana Yeincy era conocedora que no podía volver a quedar en embarazo porque corría el riesgo de que fuera un embarazo de alto riesgo, lo cual se estableció desde la atención del parto previo, además que cuando arribó al hospital refirió que había iniciado trabajo de parto 4 horas antes de consultar, pese a que se le había dicho que cuando tuviera síntomas se presentara inmediatamente al servicio de urgencias.

Explicó que el protocolo para la recepción de un paciente, es ponerse en contacto con el hospital receptor para que tengan conocimiento, sin que recuerde cuántas veces se intentó el ingreso.

Puso de presente que las condiciones de la vía eran negativas para el estado en que se encontraba la materna, pues generaban retrasos y pérdida de tiempo en el proceso de atención, pues se trataba de un carreteable que no tenía huecos, por lo que el traslado debió ser más rápido, pues desde Santuario a Pereira se tardan aproximadamente un poco más de una hora, pero en esas condiciones se demora más de hora y media, porque habían baches, falta de pavimentación lo que hacía que la ambulancia tuviera que reducir la velocidad para poder transcurrir de manera efectiva sin tener riesgos de accidente, debiendo considerarse que esas situaciones aceleran la dilatación de una forma bastante significativa, por eso no se hizo la remisión previamente, pues generaba más riesgos que beneficios para el binomio madre – hijo, desencadenándose un parto antes de tiempo y pues tenía que atenderse en la vía, lo que generaba menores probabilidades para que la madre superara la situación, incluso exponía a la recién nacida.

Relató que después de un trabajo de parto, máximo en media hora se tiene que dar la expulsión de la placenta, cuando no se da la expulsión uno puede sospechar de muchas enfermedades entre las que están riesgo de infección, sangrado que fue el caso de la paciente, entre otros, por lo que se tiene que trasladar una vez superado

ese tiempo mínimo de expulsión, siendo lo más común una placenta adherida al útero, la que se puede extraer idealmente por ginecólogo en quirófano, pero no de forma manual en un hospital de primer nivel, sino que mínimo debe de ser en un nivel 2 o nivel 3.

Refirió que no recuerda si para ese momento se habían iniciado obras en la vía, pero las condiciones de ese carreteable eran malas y más que había temporada invernal, pero el desplazamiento fue continuo.

Explicó que una placenta retenida puede generar hemorragia, pues es uno de los factores de riesgo, por lo que requirió traslado al San Jorge de Pereira que es de tercer nivel, que no recuerda la hora en la que arribaron a ese centro de salud, pero que la paciente ya estaba comentada como urgencia vital.

Reiteró que la señora Diana Yeincy conocía de los riesgos de quedar en embarazo, pues sabía de sus antecedentes.

- Ana María Valencia Montoya, indicó que labora en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira y exteriorizó que en esa institución realizó unas atenciones a la paciente los días 21 de octubre en el día, el 22 de octubre en la noche, siendo la primera atención en la que recibe a la materna en la unidad de cuidados intensivos obstétricos, con descompensación hemodinámica, choque hipovolémico, síndrome convulsivo, preclamsia, hemorragia por retención de placenta uterina, disfunción orgánica múltiple, que al hacer el análisis de la paciente verifica que tiene diagnóstico anotado sin presencia de picos febriles, con cifras tensionales no moduladas cifras en crisis, indicando que podía ser llevada nuevamente a quirófano para el cierre de pared.

Explicó que a estos pacientes se les hace valoración constante, pues son pacientes críticos que su condición varía en el tiempo de manera intempestiva, lo que conlleva a que se tomen decisiones cada momento conforme el comportamiento, encontrando que la paciente empezó a tener otra complicación pues para el 22 en la noche, como se anotó a las 8:25 pm, empezó a tener fiebre de origen desconocido y que el drenaje que se había hecho de la lesión en la ecografía transvaginal fue compatible con una colección de sangre obteniéndose 13 cc de material hemático, pero la paciente persistía con taquicardia, pese a lo cual tenía

una leve mejoría, se le hizo transfusión de seis unidades de plasma para corrección de tiempos de coagulación.

Agregó que el 22 de octubre tiene una nueva nota, en la que se verifica el resultado de los laboratorios y verificar el manejo dado, así como el nuevo requerimiento de la paciente relacionado con la terapia renal que se estaba haciendo de lunes a sábado, se inició una tromboprofilaxis

Adujo que para el 22 de octubre la paciente permanecía en mal estado general, registrando que los problemas son la colonización por ondas y síndrome febril secundario a múltiples inundaciones de sangrado, se reporta una mejoría en el gasto urinario, pero el pronóstico sigue siendo reservado, hasta allí llegó su atención.

Manifestó que leyó la historia clínica de atención en el hospital, en la que se anota que la paciente en el 2014, tuvo una atención por retención de restos placentarios, con atención del parto en el hospital local, donde se presentó la complicación para la extracción de la placenta por lo que empezó a sangrar y por tanto se hizo la remisión, recibiendo a la paciente en malas condiciones generales, con una inversión uterina y pegado al útero a la placenta, hallazgos que hacen pensar en un acretismo placentario que es como el desencadenante probable de toda esta situación.

Refirió que ella no estuvo en esa atención, pero puede deducirlo de las anotaciones que se insertaron en la historia clínica, agregando que en el caso de las pacientes del hospital, cuando presentan un sangrado masivo, se presenta inmunosupresión por lo que el cuerpo humano entra en un estado de indefensión, por lo que cualquier proceso podía complicar la atención, de allí que al no coagular de manera eficiente ella tuvo pérdidas importante, por eso la materna tuvo un evento desencadenante el cual ganó respecto a la expulsión espontánea de la placenta, lo que hace que haya un sangrando abundante que afecta a todos los órganos, pues hacen mayor trabajo, haciendo incluso una preclamsia y una eclampsia, que se traduce en una paciente críticamente enferma, que exige que el personal sea preparado para poder identificar minuto a minuto cualquier cambio y atenderlo, porque en ese estado todo es importante.

Reiteró, que la paciente ingresó al Hospital San Jorge con graves complicaciones derivadas de la gran pérdida hemática, por ello se debe empezar a trabajar en dichas situaciones, tratando de recuperar de alguna manera esa pérdida que descompensó el cuerpo.

Explicó que en los casos normales, el embrión se implanta dentro del útero, se recubre de un tejido especial que con la maduración va a hacer el producto, va a generar la placenta la cual tiene que adherirse de una manera especial al útero y no lo debe hacer directamente al endometrio a través de una estructura que la llamamos la adhesiva, por la cual logra adquirir todos los aportes vasculares y los nutrientes para poderse traspasar al feto a través del cordón umbilical, es gracias a la formación de esa adhesiva que en los primeros 10 minutos después del alumbramiento, el 90 % de las placentas se expulsan espontáneamente, porque se desprende esa adhesiva, pero hay casos en los cuales se presenta el problema en el endometrio, la adhesiva no se forma adecuadamente y la placenta se pega al endometrio impidiendo que su expulsión, lo que se evidencia en la demora en que suceda esa situación, caso en el cual el médico puede tener la capacidad de reconocer esa situación pasados 30 minutos del alumbramiento y hacer un diagnóstico de placenta retenida, teniendo que la principal causa de esa situación es un acretismo placentario o placenta anormalmente adherida.

Expuso que hay signos de desprendimiento placentario que permite identificar al médico que placenta puede traccionar y desprender, por lo que se debe dejar quieta, porque cuando la placenta no sale y se tracciona fuertemente con el cordón, como ésta se encuentra pegada al útero lo que genera es que la placenta se invierta completamente, quedando por fuera, por lo que al hacerse esa maniobra no controlada adecuadamente se origina el sangrado.

Manifestó que los controles prenatales buscan identificar los factores de riesgo que tiene una paciente, porque hay muchas causas relacionadas con el acretismo placentario, como una multiparidad, cesáreas anteriores, placenta previa, legrados, abortos, lo que origina que ya haya una lesión al interior del útero por lo que se presenta una cicatrización o una fibrosis entonces sobre esa área no se va a producir la adhesiva; y, eso hace que la placenta se pegue justamente sobre el endometrio, entonces hay ciertos hallazgos a la exploración o que se pueden identificar con ecografía, pero no es necesario para definir un acretismo y como

especialista toma la decisión si realiza exámenes adicionales como un Doppler de sección placentaria que permite hacer el diagnóstico, pues en ese caso lo ideal es que la materna no tenga un parto vaginal y la remite a un grupo multidisciplinario conformado por cirujanos vasculares, urólogo, ginecólogo, anesthesiólogos, cardiovasculares y la paciente debe ser puesta en un tercer o cuarto nivel de atención, porque hay aspectos del acretismo que deben ser atendidos en un cuarto nivel por la complejidad de la patología, por eso ese grupo de paciente debe ser dirigida a ese nivel de atención sobre la semana 37 como máximo, porque si hay una placenta previa se necesita la conformación del equipo multidisciplinario quien determina la pertinencia de más estudios y evalúan la severidad de la condición para decidir la mejor conducta para la paciente si se va o no a conservar el útero, pues lo ideal es nunca remover la placenta, pues de hacerlo el sangrado es tan importante que conlleva precisamente al deceso de la materna.

Indicó que los trastornos hipertensivos pueden relacionarse con una mala implantación de la placenta y se manifiestan después de las 20 semanas de gestación, generando una lesión de órganos blandos bien sea en riñones o en el hígado, en el sistema nervioso central o en el pulmón, tomando la clasificación de preclamsia y al complicarse o al tener esa lesión se convierte en preclamsia severa, la que puede tomar esa denominación si las cifras tensionales son de 160/110 o más diastólica o sistólica, generándose un factor de riesgo para hemorragia postparto por la utilización del sulfato de magnesio, porque el sulfato relaja el útero y de allí la hemorragia, pero deja de ser un factor de riesgo si se tienen plaquetas normales y reciente iniciación de sulfato, siendo poco probable que la sola preeclampsia genere una hemorragia posparto.

Mencionó que el choque hipovolémico se presenta cuando el sangrado es masivo y las cifras tensionales bajan, sin que logre recuperarse en las primeras dos horas lo que conlleva a que los demás órganos colapsen al perder propiedades que transportan el oxígeno y se deteriora el riñón, corazón, entre otros, por ello a los médicos en formación se les insiste mucho en el reconocimiento de los signos de desprendimiento placentario, precisamente para que se identifique la causa y no remuevan, pues los protocolos explican que uno nunca debe tratar de remover esa placenta en un primer nivel porque se ve abocado a ese tipo de complicaciones, además porque la inversión uterina es una emergencia obstétrica que requiere manejo inmediato y cuando los estudiantes de medicina se gradúan pues deben

haber demostrado que aprobaron los cursos, dentro de los cuales está la parte académica y la capacidad de manejar la inversión uterina.

Adujo que si un médico se enfrenta a un acretismo placentario y hacen abordaje de código rojo con los recursos que se tienen para un primer nivel, lo que deben hacer es la comprensión explícita de la aorta el masaje, colocar balones artesanales, balones de ocre, pues a ellos se les enseña y se les prepara para que enfrenten esa primera complicación, la reconozcan y que oportunamente puedan hacer la remisión, porque ese es el manejo del acretismo, lo ideal es que nunca se presente en un primer nivel porque la complicación es muy grave, pero es ideal que se reconozca en el control prenatal, para que la paciente embarazada pueda estar en el tercer nivel y hacerle el manejo multidisciplinario, porque incluso se ha reconocido a nivel de Latinoamérica que es tan grave, que hay un consenso en que si se hace una cesárea previa y se encuentran signos indirectos de acretismo, pero no está comprometido el bienestar del feto o de la mamá, además no cuenta con los recursos para el manejo de la materna, se debe proceder a cerrar la herida y llevarla a un tercer nivel, donde se encuentre el cirujano vascular, ginecólogo, urólogo, entre otros, porque es una patología desastrosa que cobra muchas vidas, por lo que se busca que el galeno que anticipe al diagnóstico, mismo que pone en riesgo la vida de la madre, más que del bebé, pues la reversión o manejo del acretismo es tan complejo que así mismo se torna incluso en el quirófano donde al identificarse, se activa el protocolo y se busca la asistencia de los especialistas que ha mencionado, de allí que cuando pase en un primer nivel, es indispensable que se traslade de rápidamente a la paciente al tercer nivel.

Agregó que es importante saber por qué el especialista sugirió la atención de la paciente en un tercer nivel teniendo en cuenta el riesgo de código rojo, pues si éste es por un acretismo placentario, se deben hacer exámenes de extensión y verificar la capacidad de la respuesta de la institución y si el especialista indica que se debe poner en cierto nivel de atención, así debe procederse.

Dijo que dentro de la especialidad de ginecoobstetricia, existe la especialidad de alto riesgo que es donde se buscan los factores que pueden generar peligro para la materna, algunos en los cuales no se puede intervenir como en la edad, pero otros en los que sí puede el especialista direccionar el embarazo como el factor del peso, por ello es importante de dentro de los antecedentes médicos se indague

siempre lo relacionado con el primer parto, a qué edad fue, qué complicaciones se presentaron, entre otros, porque esos hallazgos influyen en la siguiente gestación, erigiéndose como un factor importante para detectar, la hemorragia postparto por lo que se debe registrar el año del parto en que se dio y si algún compañero o colega no relata qué fue lo que pasó, pues eso ya es una alerta y es indispensable que como médico tratante entre a indagarle a la paciente que fue lo que pasó, si tuvo que transfundirse, si la tuvieron que operar o fue llevada a la unidad de cuidado pues ello le permite verificar la etiología de la complicación y direccionar la gestación.

Precisó que en el caso de la paciente existe una parte muy importante de la historia clínica pues en el archivo que tiene el hospital dice que la paciente hizo un código rojo que fue difícil la extracción de la placenta y aquí cuando se lleva legrado se encuentra todavía restos placentarios, lo que significa, que la materna en esa época, muy probablemente hizo una retención placentaria y un acretismo; sin embargo debe considerarse que las IPS manejan la historia clínica a través de muchos software y para el 2014, no existe una red de conexión con el Hospital San Jorge de Pereira, teniendo que algunas veces las pacientes arriban con una hoja de remisión o epicrisis, siendo más fácil para esa unidad local averiguar en ese momento los antecedentes de la atención de ese año y si está sistematizado o no.

Precisó que cuando la paciente es considerada con un acretismo placentario no se le deja entrar en trabajo de parto, porque debe programarse para cesárea y en la mayoría de los casos para histerectomía obstétrica, por eso los escenarios cambian, pues si yo no identifico adecuadamente el acretismo y programo a la paciente, la pongo en un nivel de atención competente con profesionales que la pueden atender, la paciente sobrevive y debe irle bien; pero en la medida en la que yo no cumplo con esos criterios, no se que tiene un acretismo, no la intervengo de manera adecuada, dejo que inicie trabajo de parto, dejo que tenga un expulsivo, remuevo la placenta cada vez las probabilidades de sobrevivida van a ser menores.

Adujo que la paciente cursaba con su quinto embarazo, por lo que esperaría que reconozca el inicio del trabajo de parto, entonces si la materna, como se indica por el apoderado, llega en 7 cm de dilatación, se considera una fase activa y avanzada, no se espera si se le hizo la retroalimentación adecuada en los controles prenatales si la señora fue consciente de que tenía un embarazo de alto riesgo, que su parto

debía ser atendido en un tercer nivel, por lo que hay que tener en consideración muchas cosas y lo primero es que si ella llega en 7 u 8 de dilatación, se debe considerar la multiparidad que conlleva a que dilate 1.5 cm por hora, lo que se traduce que en dos horas estaría en fase de expulsivo, por lo que el galeno debe cuestionarse cuánto se va a demorar el traslado para irse como urgencia vital, dependiendo de si se comenta, no se comenta, pero el médico debe tener la autonomía suficiente basado en sus conceptos y sus conocimientos en decidir sobre la urgencia, pero en este momento es complicado asegurar cuál era la conducta más idónea porque entra en juego el determinar si en menos de dos horas va a poder estar en un centro de atención de mayor nivel de complejidad considerando trancones, problemas, por lo que se convierte en un reto profesional pues también debe tener en cuenta que el alumbramiento lo puede hacer en el primer nivel con las condiciones de asepsia o en la ambulancia con las complicaciones que ello acarrea.

- Adriana Patricia Bedoya Soto, enfermera del Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, indicó que la paciente llegó en horas de la mañana, ella se encontraba de turno corrido desde las 7:00 a.m. hasta las 7:00 p.m., llegó un lunes, cuando no trabaja la parte administrativa, entonces son dos auxiliares, el médico y el portero, por lo que siendo aproximadamente las 9:00 a.m., se hace presente la señora Diana Yeincy, un médico estaba atendiendo un parto y otro estaba en urgencias, esa mañana había mucho trabajo, por lo tanto el primer contacto de la usuaria es con la portería donde se pasa a triage, ella la recibe, le toma signos vitales y le indaga sobre desde qué hora está en trabajo de parto, si estaba votando líquidos y la paciente responde que hace más o menor 4 horas tenía dolores de parto, además le exteriorizó que si tuvo control con ginecología pero que no le indicó qué debía hacer y al tomarle los signos se percata que se encuentra con la presión alta lo cual le comenta al médico de urgencias quien ordena un monitoreo para control de signos vitales, pero la presión se encontraba alta, por lo que puso líquidos, el médico hizo el tacto y verificó que estaba muy dilatada, por lo que ella organizó una sala de partos provisional, dado que en la otra sala había otra materna, sin embargo se pudo colocar en la sala principal donde después de media hora del parto se tuvo que la placenta no salió y empezó el sangrado, para lo cual se empieza la toma de signos vitales regularmente, se canalizan dos venas, se suministraron los medicamentos y se empezó el trámite de remisión.

Explicó que ella no puede disponer la remisión de un paciente, pues lo que hace es ejecutar las órdenes médicas, por lo que ella fue quien se comunicó con el Hospital Universitario San Jorge de Pereira para el traslado de la materna.

Reiteró que se hizo el manejo a la materna porque se encontraba en fase activa de parto y que para la presión alta, se suministró un medicamento que fue indicado por el galeno en el Hospital San Jorge de Pereira, dándole 2 dosis, porque cuando se iba a suministrar la tercer dosis, la presión no estaba tan alta.

Manifestó que su acompañamiento fue hasta que la paciente se puso la ambulancia, pues en ese momento sube una enfermera auxiliar que es la de remisiones, pero la señora Diana Yeincy iba en malas condiciones, había presentado demasiado sangrado y se trató con los líquidos, los medicamentos para manejarla y mandarla lo más compensada posible.

Refirió que labora en el hospital local desde el 18 de septiembre de 1990, tiempo en el que ha atendido múltiples partos y que en el parto de la señora Diana Yeincy hubo mucho personal, pues estaban ambos médicos, así como las dos auxiliares de tuelo, más la que se encontraba en remisión.

Expresó que en una ambulancia, las condiciones para atender un parto no son las óptimas, pues no se cuenta con la medicación, la cual si bien se puede poner en una nevera, existe el riesgo de que no esté en las condiciones adecuadas, además la asepsia y que realmente el trabajo de parto de la paciente fue acelerado, puntualmente en los últimos centímetros de dilatación, que no revisó la historia clínica de la paciente porque esos antecedentes los revisa el médico tratante, además indicó que atendieron el alumbramiento en un hospital de primer nivel donde pueden atender partos normales, sin complicaciones.

Narró que no recuerda exactamente la hora de llegada de la paciente, pero que eran aproximadamente las 9:00 a.m. y el parto se produjo hacia las 11:33 a.m., en el cual ratifica que estuvo presente y que no existe nota de enfermería porque ella estaba monitoreando a la paciente informando al médico sobre las cifras tensionales, teniendo únicamente el reporte del suministro de medicamentos por ella.

Manifestó que Diana Yeincy, llegó por sus propios medios en aparentes buenas condiciones generales y con su hermana, pero como la paciente estaba sangrando tanto después del parto y presentó retención placentaria, se activó el protocolo de código rojo, se suministraron los medicamentos correspondientes y se inició la remisión.

Agregó que no presenció el momento en el que el médico de urgencias se comunicó con el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, pero que éste le comentó que no fue recibida, por lo que iniciaron con el suministro del medicamento nifedipino para la presión arterial y atendieron el parto, haciendo las gestiones para el traslado ante la presencia de la complicación de la materna.

Puntualizó que como auxiliar de enfermería considera que una candidata para hacer código rojo, es una paciente que es multípara, con antecedentes de código, que ha tenido trauma en el momento del parto y muchas condiciones más, pero en los controles prenatales, siempre se le dan signos y síntomas de alarma, para que consulten en el momento en que presentan esas situaciones, pues un código rojo debe atenderse en un tercer nivel de atención, donde hay otras especialidades y donde cuenta con salas de cirugía, pues en el hospital local no tienen sino la el médico general y la sala de parto.

- Erika Johana Arroyave Mora, refirió que conoció a la señora Diana Yeincy por espacio de 25 años, porque ellos vivían en una finca cercana por lo que eran vecinos y conocía a la familia, por lo que sabe que Diana era madre cabeza de hogar, además quien aportaba sus ingresos económicos a sus hijos, ella trabajaba en lo que le tocara, como recolectora de café, en oficios varios entre otros, durante los 7 días a la semana, por lo que era difícil estar pendiente de sus hijos, pero al fallecer cada niño se fue con un hermano, por lo que los niños viven separados en lugares diferentes a Santuario, por ejemplo, Kevin vive en Bogotá con su tío Eutimer y Nahiara vive en Balboa con Leidy, Michell vive con Claudia en Santuario y Ashley vive con su papá también allí.

Refirió que a nivel anímico los familiares se vieron muy afectados, pues Diana era el centro de esa familia, era una persona muy alegre, ella era quien llamaba la atención de todos para hacer las cosas y congregarlos, entonces realmente al faltar ella el vacío que quedó en la familia es mucho, la alegría de ellos no es la misma

siempre reflejan la ausencia y el dolor por la pérdida de ella, porque aunque siguen unidos entre ellos y como están a cargo de los niños, pero de todos modos sienten tristeza de que ya no está esa persona que era la que siempre estaba ahí motivándolos para todo, dándoles ese ánimo a hacer cada cosa.

Manifestó que durante todo este tiempo ha estado en contacto con la familia de Diana Yeincy, siempre desde el momento en que los conoció en esa finca, teniendo en cuenta de que hace varios años son vecinos del mismo barrio, por lo que son muy amigos de allí que sepa lo que sucedió y las situaciones dolorosas por las que han pasado los hijos de Diana Yeincy quien era el apoyo de los niños *las 24/7*, presentándose problemas con Kevin que es el mayor quien se puso rebelde, además empezó a desobedecer a Claudia que era la tía con la que convivía; y en cuando a las niñas, fueron las que más sintieron la pérdida de su mamá, especialmente Nahiara.

Manifestó que eran pocas ocasiones en las que Diana Yeincy recibía ayuda de los padres de los niños, era muy poca.

- Angela Vanessa Ochoa Vargas, manifestó que conoce a los demandantes por medio de Claudia con quien ha estudio, por lo que pudo conocerlos y sabe que Diana Yeincy siempre trabajaba en lo que resultara para mantener a sus hijos, algunas veces cogiendo café o en oficios varios, era una persona alegre y trabajadora que hacía lo que fuera por sus hijos.

Refirió que ante la ausencia de Diana Yeincy, sus familiares se hicieron cargo de los niños quienes aún siente la pérdida de su progenitora y se les nota, al igual que sus padres y hermanos, quienes si se reúnen pero están divididos y se les nota la afectación por la ausencia de su hija, pues en algún momento ha hablado con el papá de Claudia y Diana Yeincy y todavía llora al recordar lo sucedido.

Relató que todos los hijos están separados, por ejemplo Kevin está en Bogotá, Nahirasa se fue para Balboa, Claudia cuida a Michelles y la niña pequeña, Ashley está con el papá, por eso casi no pueden verse, únicamente las que están en el pueblo y la niña que está en Balboa, pero Kevin no volvió.

Manifestó que Diana era como el pilar de la familia, era quien motivaba los

encuentros de sus familiares en toda época, en los cumpleaños, en todo, por eso ellos se ven muy agobiados por que se fue la alegría de la casa, además sabe que los papás de los hijos de Diana Yeincy no quisieron responder por ellos y ella tampoco los obligó, porque decía que era capaz de mantenerlos sola, en efecto la familia le ayudaba económicamente y algunas veces, pero ella siempre trabajaba para satisfacer las necesidades de sus niños.

9.2.3. Interrogatorio de parte

En la audiencia de práctica de pruebas, el apoderado de Liberty Seguros S.A., practicó interrogatorio a los siguientes demandantes:

- Blanca Edilia Porras Molina, indicó ser la progenitora de Diana Yeincy, relatando que al tener la bebé ella murió a los 15 días, que ella era una muchacha trabajadora y desempeñaba varios oficios con tal de alimentar a sus niños, pues a ella nadie le ayudaba, pero cuando ya estaba avanzado el embarazo, ella dejó de trabajar y por eso ellos le ayudaron junto con el papá y los hermanos.

- Eudimer Corrales Porras, manifestó ser el hermano de Diana Yeincy, indicando que ellos no era mucho lo que le colaboraran a su hija pues ella trabajaba muy duro, incluso estaba levantando su propia casa, eventualmente le daban algo de dinero entre \$30.000 o \$40.000, pero nada más, pues ella estaba laborando dado que no recibía ayuda alguna de los papás de sus hijos.

- Claudia Lisbeth Porras Molina, hermana de Diana Yeincy, refirió que todos eran unidos como familia, por lo que se colaboraran y a ella con los niños, más cuando quedó en embarazo y no pudo trabajar, pero en meses anteriores su hermana era quien laboraba cogiendo café, en construcción, oficios varios y temporales, pero que le daban para el sustento de sus hijos.

9.2.4. Dictamen pericial

Se allegó dictamen pericial elaborado por el profesional universitario forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses No. UBPEI-DSRS-05006-2021 del 30 de diciembre de 2021, obrante en el documento 55, cuaderno principal SAMAI, en el que se indicó:

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se trata de un caso de una paciente de 33 años de edad con antecedentes al inicio del último parto de 5 gestaciones, 3 partos y un aborto con ultimo parto, antes del hecho que se investiga de 4 años, en este último parto presento hemorragia postparto por retención de restos placentarios, por lo que requirió remisión y la realización de un legrado. Durante el último embarazo realizo 10 controles prenatales clasificados como de alto riesgo, con riesgo de isoimmunización por tipo de sangre O negativo y esposo O positivo, con aplicación de vacuna anti D en embarazo anterior, durante los controles prenatales no registran otros riesgos, es valorada por ginecología el 22/08/2018 quien indica "refiere encontrar a paciente en buenas condiciones generales, estable hemodinámicamente, quien refiere paciente con feto con presentación cefálica en posición dorso derecho, continuar controles prenatales en primer nivel con recomendaciones de atención de parto en 2 o 3 nivel por alto riesgo de código rojo". El 08/10/2021 nota de las 10:07 consulta al hospital San Vicente de Paul de Santuario por presentar inicio de trabajo de parto, con embarazo de 41 semanas por fecha de ultima menstruación, refiriendo cuadro clínico de 5 horas de contracciones uterinas, acompañado de salida de tapón mucoso, negando síntomas premonitorios de eclampsia, u otros síntomas relacionados, refiere movimientos fetales positivos. Ingresa paciente caminando en buenas condiciones generales, al examen físico describen TA: 184/113, FC: 81, FR: 14, peso 74, talla 160 cms abdomen con AU: 32 cm, feto único vivo, dorso izquierdo cefálico, encajado, longitudinal, FCF: 132 lxm por doppler. Movimientos fetales activos. Genitourinario: Al tacto vaginal se palpa cuello anterior, dilatación de 7 cm, borramiento de 60%, membranas integra, con salida de tapón mucoso. La paciente es comentada a las 09:20 con médico del hospital San Jorge de Pereira quien refiere "paciente sin riesgo obstétrico por hemoclasificación ya que ha sido aplicada la anti-D, no riesgo de código rojo por gestas ya que riesgo aumenta posterior a 4 partos, parto puede ser atendido en unidad local" y da indicaciones para el manejo de las cifras tensionales altas que presentó la paciente, administran nifedipino y líquidos endovenosos con lo que bajan las cifras tensionales, a las 11:30 pasan paciente a sala de partos y a las 11: 33 nace producto de sexo femenino, posteriormente administran oxitocina como lo indican los lineamientos del ministerio de salud colombiano, media hora más tarde la paciente presenta sangrado vaginal por retención de placenta e indican, la administración de oxitocina, líquidos endovenosos, misoprostol, ácido tranexámico, oxígeno y empaquetamiento del canal vaginal con compresas y remisión como urgencia vital con médico; durante el traslado la paciente continua con sangrado y presenta convulsión, a las 14:20 horas ingresa al Hospital Universitario San Jorge en mal estado con Glasgow 3/15 y presenta paro cardiorrespiratorio, por lo que realizan reanimación, posteriormente ginecología extrae la placenta y hace diagnóstico de inversión uterina y acretismo placentario, realizan transfusión de sangre, la estabilizan y trasladan a UCI, posteriormente continua con sangrado vaginal y distensión abdominal por lo que realizan laparotomía exploratoria, realizan histerectomía y encuentran hemoperitoneo de 2000 cc, posteriormente presenta falla multiorgánica y diversas complicaciones que luego de 18 días posteriores al parto, la llevan a la muerte. En la historia clínica aportada de la señora Diana Yeincy Corrales Porras se puede observar que durante los controles prenatales que realizaron en el hospital San Vicente de Paul de Santuario no se registró el antecedente de hemorragia postparto por retención placentaria que requirió legrado en el parto anterior (del 09/04/2014). antecedente importante como factor de riesgo para hemorragia postparto en partos posteriores y que requería la atención del parto en un centro que contara con el servicio de obstetricia, como así lo indico en Ginecólogo en evaluación realizada el 22/08/2018; otro punto importante a considerar es que la señora

Diana Yeincy ingreso al Hospital de Santuario luego de un trabajo de parto de 5 horas de evolución con una dilatación de 7 cms y un borramiento de 60% (o 90% como registra el medico en la nota de remisión), lo que generaba un alto riesgo de que el parto se presentara en la ambulancia con los riesgos que esto puede conllevar.

(...)

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

1. ¿Qué se entiende por código rojo en materia obstétrica?. Respuesta: "El "código rojo" consiste en crear un esquema de trabajo organizado, de tal manera que cuando se presente una hemorragia obstétrica le permita al equipo asistencial seguir los pasos indicados sin desviarse del objetivo, trabajar de manera ordenada y coordinada, y que pueda ser replicado en cada situación específica, logrando así disminuir la morbilidad generada por esta causa".

2. ¿El riesgo de hemorragia postparto equivale a riesgo de código rojo?. Respuesta: Código rojo es un esquema organizado de manejo de la hemorragia obstétrica.

3. ¿Constituye la hemorragia postparto un riesgo alto de muerte para la madre? ¿Por qué? Respuesta: Si; porque se pueden presentar perdidas de sangre con volúmenes abundantes en cortos periodos de tiempo.

(...)

5. ¿Clasificó el Hospital San Vicente de Paúl el embarazo 2013-2014 como de alto riesgo? ¿En caso afirmativo en qué nota (s) así se advirtió? Respuesta Si, en el control prenatal N° 2 con fecha 08/10/2013.

6. ¿Se presentó una emergencia obstétrica durante o después del parto atendido el 9 de abril de 2014 por el Hospital San Vicente de Paul? En caso afirmativo se pregunta: i) cómo se denomina; ii) se trató de una hemorragia primaria postparto o hemorragia por retención de placenta; (iii) Debía considerarse como un antecedente ginecológico a tener en cuenta para embarazos futuros? Respuesta: Si se presentó una emergencia obstétrica, se presentó una hemorragia postparto por retención de restos placentarios, la cual requirió la realización de un legrado; este antecedente ginecológico se debe tener en cuenta para partos futuros, por el riesgo de hemorragia postparto.

(...)

8. ¿Era la hemorragia postparto por retención de placenta presentada el 9 de abril de 2014, una condición o factor de riesgo que debía tenerse en cuenta en los controles prenatales del embarazo de 2018? ¿Por qué?. Respuesta: Si, debido a que es un factor de riesgo para hemorragia postparto.

9. ¿El 8 de octubre de 2018, el médico Julián Camilo Yepes Obando registró el antecedente ginecológico de hemorragia postparto ocurrido el 9 de abril de 2014? En caso afirmativo ¿en qué parte de la historia clínica lo hizo? En caso negativo debió hacerlo. por qué? Respuesta: en la nota de historia clínica del 08/10/2018 no aparece registrado el antecedente ginecológico de hemorragia postparto ocurrido el 9 de abril de 2014. Este antecedente se debió registrar ya que este antecedente sumado a la retención placentaria y al legrado realizado luego de este parto son un factor de riesgo para hemorragia postparto.

10. ¿Indagó el médico Julián Camilo Yepes Obando a la gestante si había presentado alguna emergencia o complicación durante o con posterioridad al parto anterior de 2014? En caso afirmativo ¿en qué parte de la nota se puede apreciar este cuestionamiento? En caso negativo ¿debió hacerlo, por qué? Respuesta: en la nota de historia clínica del 08/10/2018 aparece registrado un antecedente de aborto "hace 14 años", no aparecen registrados otros antecedentes relacionados con complicaciones en partos anteriores. Los antecedentes de partos anteriores se deben registrar ya que permiten clasificar el riesgo en el próximo parto.

11. ¿Qué incidencia tenía en la conducta que debía adoptar el médico Julián Camilo Yepes Obando el 8 de octubre de 2018, el hecho que hubiese conocido al revisar la historia clínica anterior de la paciente o al haberla indagado a ella,

la ocurrencia de la hemorragia postparto por retención de placenta el 9 de abril de 2014? Respuesta: el revisar la historia clínica del parto del 9 de abril con el antecedente de hemorragia postparto por retención de placenta, el medico pudo haber clasificado la atención del parto como de alto riesgo y buscar que la atención del parto fuera un nivel que contara con el servicio de obstetricia.

12. ¿Era la hemorragia posparto por retención de placenta, la extracción manual de placenta, que presentó la paciente el 9 de abril de 2014, una condición o factor de riesgo que según las guías y protocolos vigentes para octubre de 2018 obligaba remitir a la gestante al prestados complementario o a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (nivel II o superior) para la atención del parto? En caso afirmativo ¿por qué.? ¿En caso negativo contaba entonces el Hospital San Vicente de Paul con los servicios necesarios para ello? Respuesta: Los antecedentes de hemorragia posparto por retención de placenta, la extracción manual de placenta, que presentó la paciente el 9 de abril de 2014, son un factor de riesgo para la atención de un parto y la conducta según la bibliografía revisada es la atención del parto en un nivel que cuente con el servicio de obstetricia.

13. ¿El aborto que presentó en su primer embarazo en el año 2003, el hecho de ser su quinto embarazo y el cuarto parto, en conjunto con la hemorragia postparto por retención de placenta que presentó la paciente el 9 de abril de 2014, eran factores o condiciones de riesgo a tener en cuenta para que el parto de octubre de 2018, fuera atendido en una institución de segundo o tercer nivel de complejidad, y no en el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario (Rda.)? ¿Por qué? Respuesta: pregunta respondida en el punto anterior (pregunta 12).

14. ¿Por qué razón o razones, el médico general Julián Camilo Yepes Obando no acató la orden o recomendación del ginecólogo (Dr. Gutiérrez) del 22 de agosto de 2018 (control prenatal 7 y siguientes) de atender el parto de la gestante en segundo o tercer nivel por riesgo de código rojo? Respuesta: según la nota medica de remisión del Doctor Julián Camilo Yepes con fecha 08/10/2018 10:10 "paciente multigestante, hemoclasificación O negativo, embarazo de 40.2 por ecografía temprana, con indicación de parto en tercer nivel de complejidad por ginecología, paciente ingresa en 7 de dilatación borramiento 90 por lo que se indica atención de parto en unidad local por riesgo a parto en camino"

15. Según nota del 8 de octubre de 2018 hora 10:07 del Dr. Julián Camilo Yepes Obando, el médico de turno del Hospital Universitario San Jorge de Pereira autorizó la atención del parto de Diana Yeincy Corrales Porras el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario. Se pregunta ¿contaba el médico general de turno del Hospital Universitario San Jorge de Pereira con la formación y especialidad suficientes para haber impartido esa orden? Respuesta: en la historia clínica aportada no registran la hoja de vida del médico general de turno del hospital San Jorge de Pereira.

16. ¿Podía el médico general Julián Camilo Yepes Obando, en cumplimiento de lo ordenado o recomendado por el ginecólogo desde el 22 de agosto de 2018, descartar o desatender la autorización del médico del Hospital Universitario San Jorge de Pereira y remitir a la paciente a esa o a otra institución de segundo o tercer nivel para la atención del parto?, Respuesta: Si.

17. Le informó el médico general Julián Camilo Yepes Obando al médico del Hospital Universitario San Jorge de Pereira que la gestante contaba con un antecedente ginecológico de hemorragia postparto por retención de placenta en el parto anterior de 2014? En caso afirmativo ¿dónde quedó registrado en la historia clínica. En caso negativo ¿por qué no lo informó y qué incidencia tuvo la ausencia de ese antecedente en la autorización que impartió para que el parto fuera atendido en el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario? Respuesta: en la historia clínica aportada no registran la información que el medico Julián Camilo Yepes le suministro al médico del Hospital Universitario San Jorge, por lo tanto no se puede determinar con qué criterio el médico del Hospital San Jorge indico el parto en el hospital San Vicente de Paul de Santuario.

18. ¿El médico del Hospital Universitario San Jorge de Pereira tuvo o no en cuenta de Diana Yeincy Corrales Porras el antecedente ginecológico de hemorragia postparto por retención de placenta en el parto anterior de 2014 que obraba en la historia clínica de esa institución, al momento de autorizar al médico general Julián Camilo Yepes Obando, la atención del parto el 8 de octubre de 2018 en el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario (Rda.)? En caso afirmativo ¿dónde quedó registrado en la historia clínica? En caso negativo, ¿por qué no consultó la historia anterior de la paciente, debió o no hacerlo y qué incidencia tuvo el hecho de no conocer ese antecedente a la hora de autorizar que el parto fuera atendido en el Hospital San Vicente de Paul de Santuario? Respuesta: en la historia clínica aportada no hacen referencia a si el médico del Hospital San Jorge tuviera en cuenta la historia clínica antigua de la señora Diana Yeincy o el por qué tomo la decisión de recomendar el parto en el Hospital de Santuario. Probablemente si el médico del hospital San Jorge hubiera conocido el antecedente ginecológico de hemorragia postparto por retención de placenta en el parto anterior de 2014, hubiera recomendado la remisión de la paciente para atención por el servicio de obstetricia, si las condiciones de la señora Diana Yeincy fueran favorables para la remisión y no se aumentara el riesgo con la remisión (teniendo en cuenta la nota de remisión del 08/10/2018 a las 10:10 donde refiere que la "paciente ingresa en 7 de dilatación borramiento 90 por lo que se indica atención de parto en unidad local por riesgo a parto en camino").

19. ¿El médico del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, conoció y/o tuvo o no en cuenta, la nota del ginecólogo del Dr. German Gutiérrez Monsalve del 28 de agosto de 2018, donde ordenaba la atención del parto en institución de segundo o tercer nivel de atención por riesgo de código rojo? En caso afirmativo ¿dónde quedó registrado en la historia clínica y qué apreciación o evaluación a la misma? En caso negativo, ¿por qué no la conoció ni la tuvo en cuenta? Respuesta: en la historia clínica aportada no registran si el médico del Hospital San Jorge conoció y/o tuvo o no en cuenta, la nota del ginecólogo del Dr. German Gutiérrez Monsalve del 28 de agosto de 2018 y tampoco registran por qué no la conoció ni la tuvo en cuenta,

20. El ginecólogo Dr. Germán Gutiérrez Monsalve del Hospital San Vicente de Paul de Santuario, quien efectuó el control del 22 de agosto de 2018 según nota de las 10:54 am a la gestantes Diana Yeincy Corrales Porras ¿Clasificó el embarazo como de alto riesgo? Si es así, ¿en qué parte de la nota quedó registrado? Respuesta: en la historia clínica aportada no se evidencia la nota de valoración por el Doctor Germán Gutiérrez Monsalve del Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, quien efectuó el control del 22 de agosto de 2018, solo se evidencia referencia a esta valoración en nota media del 05/09/2018 realizada por el Doctor David Mauricio Nañez Erazo.

21. ¿Se puso en riesgo la vida e integridad de la paciente al ser atendido el parto el 8 de octubre de 2018 en una institución de primer nivel de complejidad como el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario (Rda.)? ¿por qué? Respuesta: Si, por el antecedente ginecológico de hemorragia posparto por retención de placenta en el parto anterior.

22. ¿Contaba el Hospital Universitario San Jorge de Pereira con la capacidad, autorización, servicios y personal suficiente para haber atendido el parto el 8 de octubre de 2018 teniendo en cuenta el riesgo de código rojo que se habla advertido con anterioridad? Respuesta: Si.

23. En el examen físico, el médico Julián Camilo Yepes Obando refiere una tensión arterial 184/113. En el acápite de conducta relata el procedimiento que agotó en relación con las cifras tensionales elevadas que tenía la paciente. Se pregunta: 1) constituía ese un factor o condición de riesgo que, analizado en conjunto con la instrucción del ginecólogo del 22 de agosto de 2018 y el antecedente de hemorragia posparto de 2014, obligaba a remitir a una institución de mayor nivel de complejidad a la gestante, ii) incidió la tensión arterial elevada en la ocurrencia de la hemorragia y/o en las complicaciones que se presentaron con posterioridad. Respuesta: con respecto a la primera

pregunta Si; con relación a si las cifras altas de presión arterial que presento la paciente al ingreso incidieron en el sangrado, en notas medicas se evidencia que al momento del parto la cifras de tensión arterial habían disminuido, dentro de las complicaciones de la preeclampsia se encuentran las hemorragias; el sangrado que presento la paciente según lo registrado en la historia clínica, se debió a la retención de la placenta y la hipertensión puede influir en el sangrado. Y con respecto a la pregunta de si la hipertensión arterial incidió en las complicaciones se la paciente la respuesta es que probablemente Si, ya que dentro de los diagnósticos del hospital Universitario San Jorge se encuentra "sospecha de preeclampsia - eclampsia".

24. En la historia clínica del HUSJ los ginecólogos Jairo Alonso Hernández (nota del 8/10/18 15: 46 y 21:28 horas) y Angélica María Torres Cifuentes (nota de 9/10/18 1:50 horas) refieren "preeclampsia severa cifras tensionales en crisis en sitio de remisión". Se pregunta: i) tuvo preeclampsia la gestante entes o al momento del parto, ii) en caso afirmativo, qué debió hacer el médico Julián Camilo Yepes Obando ante ese cuadro o diagnóstico, iii) constituía preeclampsia un factor o condición de riesgo que, analizado en conjunto con la instrucción del ginecólogo del 22 de agosto de 2018 y el antecedente de hemorragia postparto de 2014, obligaba a remitir a una institución de mayor nivel de complejidad a la gestante. Respuesta: pregunta 1, Si, según la definición anotada en la bibliografía la paciente presento cifras tensionales por encima de 160/110; con respecto a la segunda pregunta, según los lineamientos técnicos del ministerio de salud de Colombia el manejo de la preeclampsia es "I. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18. II. Si se dispone de oximetría de pulso, proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 > 95; si no se dispone, entonces administrar oxígeno por cánula nasal a 3 Lt/minuto. III. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16). IV. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio). V. Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20% x 10 ml (2 g): a. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g). b. Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL/hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero 10 gotas 1 mL o a 20 gotas/minuto por macrogotero. VI. Se deberá ajustar la dosis según monitorización de reflejos osteotendinosos, gasto urinario, sensorio y frecuencia respiratoria. VII. En caso de toxicidad por sulfato de magnesio: aplique 1 g, endovenoso de gluconato de calcio en 10 minutos. VIII. Si la TAS = 150 y/o TAD = 100 mmHg (pero < 160/110) inicie terapia anti-hipertensiva: I. Nifedipino tabletas x 30 mg 1 tableta VO cada 8 horas o tabletas x 10 mg 1 tableta VO cada 6 horas. IX. Tome exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina. Con respecto a la tercera pregunta Si. 25. Antes de iniciar el parto producto de la revisión directa que hizo a la gestante, el médico Julián Camilo Yepes Obando, contempló tres diagnósticos, uno de ellos fue "3. Otras hemorragias postparto inmediatas". Se pregunta: (1) acertó el galeno en este diagnóstico, (ii) qué medidas adoptó para evitar su concreción, (iii) contaba la institución con los recursos y medios suficientes para garantizar la vida e integridad de la paciente en el evento de presentarse esta eventualidad. En caso afirmativo ¿por qué?, en caso negativo cómo debió proceder este profesional. Respuesta: primera pregunta Si; segunda pregunta: realizo manejo con oxitocina, misoprostol y ácido tranexámico y remitió la paciente en compañía de médico y enfermera como indican los lineamientos del ministerio de salud de Colombia, con respecto a la tercera pregunta, No, por este motivo se remitió a la paciente a un centro que contara con el servicio de obstetricia. 26. ¿Tuvo alguna relación causal la hemorragia postparto el 9 de octubre de 2018 con la muerte de Diana Yeincy Corrales Porras? ¿Por qué?. Respuesta: Si, posterior a la hemorragia postparto la señora Diana Yeincy según nota del Hospital San Jorge "En muy malas condiciones generales, con respiración agónica, con oxígeno por mascara de no reinhalación, información de médico de remisión pérdidas estimadas de 3000cc. No responde al llamado,

Glasgow 3/15", presento paro cardiorrespiratorio que requirió reanimación cardipulmonar, posteriormente presento falla multiorgánica y las demás complicaciones que la llevaron a la muerte.

27. ¿Qué es una placenta acreta y qué riesgo o relación existe con la ocurrencia de una hemorragia postparto?. Respuesta: "Placenta acreta. En estos casos la decidua esponjosa es escasa o está ausente y las vellosidades penetran al endometrio y se ponen en contacto firme e irregular con el miometrio (pared uterina)", "la placenta acreta es una de las Causas de Hemorragia Postparto Anormal".

28. ¿La ocurrencia de una retención de placenta con hemorragia postparto en embarazo inmediatamente anterior ocurrido tres años atrás, la extracción manual de la placenta, la realización de un legrado uterino por retención de fragmentos placentarios, la edad superior a 30 años y contar con 4 embarazos el primero con aborto y los 3 restantes con parto, son antecedentes de riesgo para la presencia de una placenta ácreta? Si, dentro de la etiología de la placenta ácreta se encuentran la multiparidad, retención de la placenta en partos anteriores y malformaciones de la pared uterina, otros procedimientos quirúrgicos en el útero, el alumbramiento artificial en otro parto y el raspado endometrial enérgico por aborto o por hemorragia uterina disfuncional.

9.3. Análisis jurídico - presupuestos de la responsabilidad.

9.3.1. Daño.

Se concreta en el fallecimiento de la señora Diana Yeincy Corrales Porras ocurrido el 26 de octubre de 2018, en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, que conforme el protocolo de necropsia No. 2018010166001000526, se produjo como consecuencia de una hemorragia posparto por una placenta ácreta (retención de placenta) y por inversión uterina.

9.3.2. Imputación.

Alega la parte actora como imputaciones frente a las entidades demandadas, que:

En cuanto al Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, quien atendió los múltiples partos de la señora Diana Yeincy Corrales Porras, no se tuvieron en cuenta para el embarazo de 2018, sus antecedentes clínicos de importancia, consignándose en la historia clínica que la paciente cursaba con un embarazo normal, cuando era de alto riesgo, omitiendo la remisión oportuna a un tercer nivel de atención donde debía producirse el parto por el riesgo que tenía la materna de presentar un código rojo como sucedió en el año 2014, sin que el médico de urgencias hubiera gestionado la remisión correspondiente y concretando el riesgo atendiendo el alumbramiento que conllevó a una seria complicación de la materna, quien

finalmente falleció.

Por su parte, se enrostra responsabilidad a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al precisarse que de dicha institución se indicó al médico del hospital local que la señora Corrales Porras podía ser atendida en el primer nivel, recomendación contraria a lo indicado por el ginecólogo tratante, aunado a que se negaron a recibirla como urgencia vital para atender el parto.

9.3.2.1. Régimen de responsabilidad aplicable.

La responsabilidad del Estado se encuentra elevada a canon constitucional, cuando el artículo 90 establece que: *El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas (...).*

Sobre el anterior precepto, la Corte Constitucional indica:

...El actual mandato constitucional es no sólo imperativo-ya que ordena al Estado responder – sino que no establece distinciones según los ámbitos de actuación de las autoridades públicas. En efecto, la norma simplemente establece dos requisitos para que opera la responsabilidad, a saber, que haya un daño antijurídico y que éste sea imputable a una acción u omisión de una autoridad pública...²⁴

De igual forma, el Consejo de Estado ha considerado lo siguiente, en relación con el régimen de responsabilidad del Estado:

Nunca, hasta 1991, nuestro ordenamiento jurídico había consagrado un precepto constitucional constitutivo de la cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, que recogiera tanto la responsabilidad de naturaleza contractual como la extra contrato; Tal cosa ocurrió con el artículo 90 de la Constitución Política vigente, de cuyo inciso primero, se deduce, como ya lo ha dicho la Sala en otras oportunidades, que son dos los elementos indispensables para la declaración de la responsabilidad patrimonial del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del mismo al Estado.^[1]

Esta disposición constituye, sin duda - y así lo han visto la jurisprudencia y doctrina nacionales -, el punto más avanzado de la evolución en la aplicación práctica de uno de los principios de mayor importancia en un Estado Social de Derecho: el atinente a la responsabilidad del Estado.

La trascendencia del precepto admite diversas aproximaciones de las cuales - para solo destacar dos - se hace notar que otorga una mayor autonomía a la teoría de la responsabilidad del Estado en relación con la responsabilidad de

²⁴ Sentencia C-333 de 1.996.

los particulares regulada en el derecho privado y que estructura mejor la responsabilidad como tendiente a reparar los daños antijurídicos a la víctima antes que a sancionar a un agente infractor (el Estado) de las reglas de derecho.

La “evolución de la garantía patrimonial de los particulares frente a los daños extracontractuales causados por el poder público ” dice Jesús Leguina Villa, ha recorrido varias fases “...que a grandes trazos van desde una primera etapa de absoluta irresponsabilidad administrativa, pasando por una segunda fase de imputación exclusiva de daños a los agentes públicos culpables, para admitirse en un tercer momento un principio general de responsabilidad de la Administración, limitado, sin embargo, a los daños causados por acciones ilegales y culpables de sus autoridades y funcionarios. La cuarta y última etapa se caracterizaría por la extensión del mencionado principio general de resarcimiento, tanto a los llamados daños anónimos, como a los provocados por actuaciones administrativas lícitas o no culpables.” ^[2]

La pérdida de importancia - con miras a la deducción de la responsabilidad del Estado - de la calificación de la actuación dañosa como lícita o culpable, toma fundamento en el hecho de que “ si los beneficios de las funciones administrativas alcanzan potencialmente a todos, también los perjuicios deben repartirse entre todos.” ^[3]

Con estas premisas - y sobre ello ha sido afirmativa y reiterada la jurisprudencia -, no hay duda de que el fundamento de la responsabilidad del Estado se desplazó de la ilicitud de la conducta causante del daño (falla del servicio o culpa del Estado) al daño mismo, siempre y cuando este fuese antijurídico.

Esa sola circunstancia cambia, de modo fundamental, la naturaleza y la finalidad de la institución que, de simplemente sancionatoria pasa a ser típicamente reparatoria, tomando en cuenta para su operatividad no tanto al agente del daño (merecedor de la sanción), sino a su víctima (merecedora de la reparación).

Una visión de esa naturaleza ha permitido que la responsabilidad del Estado se comprometa frente a los daños que origina tanto su acción injurídica (como ha sido la tesis tradicional) como su conducta lícita que es donde se nota, con mayor énfasis, el carácter netamente reparatorio que ha ido adquiriendo la teoría.

Es en este contexto que toma importancia el concepto de daño antijurídico contenido en el mandamiento constitucional del artículo 90, pues sobre él - en tanto afecta a la víctima - se edifica la responsabilidad del Estado, a condición de que le sea imputable.

Se desliga, de esta manera, la antijuridicidad del daño de su causación antijurídica; esta última será, en adelante “...un simple criterio de imputación de daños que, junto a otros criterios (tales como la ilegalidad del acto, el riesgo creado en peligro de terceros o, según algunos autores el enriquecimiento indebido), permite trasladar los efectos negativos del hecho dañoso desde el patrimonio de la víctima hacia el patrimonio de la administración y, eventualmente, dirimir también el reparto de responsabilidades entre aquella y el agente físico cuya conducta haya causado el daño. El empleo de uno u otro criterio de imputación dependerá en cada caso de la clase o tipo de evento lesivo que, en concreto, se haya producido, pudiendo abarcar, a título de ejemplo, desde la denegación ilegal de una licencia hasta la revocación legal de otra, desde el mal estado de una vía pública hasta la construcción diligente y correcta de una obra pública, desde una información televisiva legal e inculpable hasta la cancelación ilegal y culpable de una empresa periodística,

desde una avería en una instalación técnica hasta el empleo de la coacción directa por las fuerzas de la policía, etc.”^[4]

El daño antijurídico, que el derecho español prefiere denominar “lesión”, “ será, entonces un concepto más estricto que daño, que perjuicio, será un perjuicio antijurídico al margen de cualquier idea subjetiva - y no, por consiguiente, un daño causado antijurídicamente - y utilizable únicamente cuando no concurren causas de justificación expresas que legitimen el perjuicio, de modo que la lesión se dará exclusivamente cuando se produzca un daño que el sujeto determinado no tenga obligación de soportar. Dicho en palabras de García de Enterría ” El concepto técnico de daño o lesión, a efecto de la responsabilidad civil, requiere, pues, un perjuicio patrimonialmente evaluable, ausencia de causas de justificación (civiles), no en su comisión, sino en su producción respecto al titular del patrimonio contemplado, y, finalmente, posibilidad de imputación del mismo a tercera persona.” ^[5]

Decir que el daño antijurídico es el fundamento de la responsabilidad del Estado, es solamente retomar un principio que, de antiguo, mantiene su vigencia, incluso, en la responsabilidad civil, como se constata en la expresión de los hermanos Mazeaud:

Entre los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, el perjuicio es aquel cuya existencia suscita menos discusiones. La jurisprudencia se muestra unánime en declarar que no puede haber responsabilidad sin un daño; y la inmensa mayoría de la doctrina se contenta con registrar la regla. En efecto, ese requisito aparece como integrando la esencia de la responsabilidad civil. Puesto que se trata de reparar, hace falta desde luego que exista algo que reparar. Por eso se distingue esencialmente la responsabilidad civil de la responsabilidad moral y de la responsabilidad penal. La moral castiga el pecado, sin preocuparse por determinar si hay un resultado o no. El derecho penal llega menos lejos; para que exista responsabilidad penal, hace falta al menos que se exteriorice el pensamiento, que haya habido lo que se denomina un principio de ejecución. Pero no es necesario, en modo alguno, al menos como regla general, que la ejecución iniciada se termine; aun cuando el agente no pueda cumplir el acto que desea, es penalmente responsable del mismo. En tal caso, hay un perjuicio para la sociedad; porque, desde el instante en que la infracción entra en la fase de la ejecución, amenaza al orden social; pero no hay en ello perjuicio en el sentido en que toma aquí. Ningún particular resulta lesionado: no hay daño privado.

Por el contrario, el derecho civil no puede tomar en consideración más que ese perjuicio tan sólo. En efecto, la acción no se encuentra ya en manos de la sociedad; es ejercida por un individuo determinado. Por lo tanto, éste, éste no puede reclamar sino la reparación de un perjuicio que haya sufrido personalmente. Mientras que no haya sido lesionado, no puede demandar el abono de daños y perjuicios. Si lo hace, choca contra el principio fundamental: “Donde no hay interés, no hay acción”. Mientras que no haya una víctima, no podrá plantearse la cuestión de la responsabilidad civil.” ^[6]

El daño, en “su sentido natural y obvio”, es un hecho, consistente en “el detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia causado a alguien”, “..en su persona, bienes, libertad, honor, afectos, creencias, etc....” y “...supone la destrucción o disminución de ventajas o beneficios patrimoniales o extra patrimoniales de que goza un individuo.” ^[7]

Según se ha visto, condición necesaria para que desencadene la reparación es que el daño sea antijurídico, calificación que se obtiene de constatar que el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de “causales de justificación.”

Este punto lo explica así el profesor García de Enterría: “la calificación de un perjuicio en justo o injusto depende de la existencia o no de causas de justificación (civil) en la acción personal del sujeto a quien se impute el perjuicio. La causa de justificación ha de ser expresa y concreta y consistirá siempre en un título que legitime el perjuicio contemplado: por ejemplo la exacción de un impuesto, el cumplimiento de un contrato, una ejecución administrativa o procesal. Fuera de esta hipótesis, todo perjuicio o detrimento patrimonial imputable a un sujeto será una lesión, un perjuicio injusto.”^[8]

Adviértase como, entendido así el daño antijurídico frente al cual la C.P. impone la obligación reparatoria a cargo del Estado, si bien puede revestir modalidades diversas (material, moral, fisiológico, etc), constituye una constante, razón por la cual, al tiempo que constituye un elemento indispensable para declarar la responsabilidad patrimonial del Estado, se sitúa en la base misma de la institución jurídica proveyéndola de fundamento...²⁵(Resalta el Despacho)

En la actualidad, la Ley 1437 de 2011²⁶ estableció en su artículo 140, el mecanismo idóneo para reclamar los daños antijurídicos imputables al Estado, a través del medio de control de reparación directa.

De este modo, se estructura en el Estado Social de Derecho la responsabilidad contractual y extracontractual del Estado, a partir del artículo 90 de la Constitución, debiendo establecer el fallador la existencia de un daño antijurídico imputable al Estado, y de contera responsabilidad, debiendo para esos efectos acudir a los diferentes regímenes decantados por la jurisprudencia, dependiendo el asunto que se ventile.

En ese contexto, es imperioso no solamente establecer la existencia del acontecimiento lesivo; además debe revisarse el contenido obligacional del Estado en el asunto que generó el hecho injurioso y de los restantes sujetos involucrados en el mismo, incluida la propia víctima, con la finalidad de establecer si el demandante estaba en el deber jurídico de soportar o no las consecuencias adversas y, en caso negativo, quién es el obligado a resarcir el perjuicio.

Referente a los daños originados en el marco de la prestación del servicio de salud, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece en su artículo 12, numeral primero, que los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, exponiendo el numeral segundo del mismo artículo de ese

²⁵ Consejo de Estado – Sección Tercera. 21 de octubre de 1.999, expediente 1.948 – 11643 acumulados. CP: Alier Eduardo Hernández Enríquez.

²⁶ Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

instrumento internacional, incorporado al bloque de constitucionalidad por virtud del artículo 93 de la Carta Política, que entre las medidas que debe adoptar los Estados Partes, figurarán las necesarias para la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Entretanto, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, establece en el artículo 25:1 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure el derecho a la salud y a un seguro en caso de enfermedad.

De igual manera, el artículo 49 de la Constitución Política de 1991, determina que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, que se rige por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

El derecho fundamental a la salud²⁷, fue regulado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que en el artículo 2° expresa:

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera **oportuna, eficaz y con calidad para la preservación**, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de todas las personas. (...). (subrayado no original)

Esa misma ley, en el artículo 5:a) indica es deber del Estado abstenerse de afectar directa o indirectamente el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas. El artículo 6:d) ordena que las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua, de manera que una vez la provisión del servicio se haya iniciado, no puede interrumpirse por razones administrativas o económicas y el 8° ordena que los servicios y tecnologías de salud, sean suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad. Adicionalmente, el artículo 10, literal i) contempla como un derecho de las personas, la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y medicamentos requeridos y a que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los

²⁷ Ver Sentencia T-196 de 2018.

encargados o intervinientes en la prestación del servicio.

Así las cosas, el Estado y concretamente las entidades dedicadas a la prestación del servicio médico asistencial, están obligadas a *respetar, proteger y garantizar* el derecho a la salud en el nivel más alto posible, de acuerdo a las circunstancias que rodeen cada caso en concreto²⁸.

Adicionalmente y considerando que la paciente en el caso bajo estudio era una mujer gestante, necesario es hacer alusión al bloque de constitucionalidad relacionado con la perspectiva de género y la obligación del Estado de garantizar la atención de la materna al considerarse conforme el artículo 43 de la Carta Política, un sujeto de especial protección constitucional, durante y después de su embarazo, amén que el artículo 12 de la CEDAW, define las obligaciones de los Estados Parte en ese sentido, precisando:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. (Subraya fuera de texto)

Adicionalmente, el Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer en el numeral 2º del artículo 12 de la Recomendación General No. 24, precisó que los servicios de maternidad y obstétricos de emergencia deben garantizarse a la materna de manera gratuita y sin restricciones, asignando a dichas atenciones, el máximo de recursos disponibles, obligación reiterada en el literal a) del párrafo 2º del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que propende por la reducción de la mortinatalidad y mortalidad del binomio madre – hijo, dispensando una atención antes y después del parto.

La Corte Constitucional en reciente sentencia de unificación, realizó un pronunciamiento respecto de la perspectiva de género en las fallas ginecobstetra y los factores que influyen en la afectación de los derechos humanos de la mujer en

²⁸ Tema tratado en las observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), concretamente la Observación General N°14 (2000) acerca 'el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud'.

esos escenarios, citando los informes que sobre el particular ha emitido la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, así:

7.11. La CIDH presentó un informe denominado “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos” en el que reconoció la existencia de un consenso entre los Estados en que el acceso a la salud materna es un asunto prioritario. Sin embargo, realizó un estudio acerca de las barreras para acceder a estos servicios relacionadas con (i) factores estructurales como la accesibilidad física y económica, así como factores culturales, (ii) las leyes y políticas regulatorias y (iii) prácticas, actitudes y estereotipos, tanto al interior de la familia y la comunidad, así como del personal que trabaja en los establecimientos de salud.

A partir de lo anterior, concluyó que las barreras en el acceso a servicios de salud materna se pueden traducir en la afectación al derecho a la integridad física, psíquica, y moral de las mujeres y, en consecuencia, presentó algunas recomendaciones a los Estados entre las que se encuentra el fortalecimiento “de la capacidad institucional para garantizar, con un financiamiento adecuado, el acceso a las mujeres a una atención profesional, tanto durante el embarazo, parto y periodo después del parto, incluyendo en especial servicios obstétricos de emergencia”.

7.12. Tratándose concretamente de la violencia obstétrica, la CIDH adujo que existen desafíos en la región para abordar el tema tanto en su definición, tipificación, prevención y sanción. Sobre el particular, añadió que países como Argentina, Bolivia, México, Panamá, Perú y Venezuela han reconocido expresamente la violencia obstétrica como forma de violencia de género y, sin embargo, existe una brecha entre las disposiciones sobre la materia y su efectiva aplicación.

7.13. En Colombia el desarrollo legislativo es incipiente, ya que solo se han presentado proyectos de ley que fueron archivados por tránsito de legislatura, a saber:

- Proyecto de Ley número 147 de 2017 (Senado) “por medio de la cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica”.
- Proyecto de Ley número 29 de 2020 (Senado) “por medio del cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un pacto digno”.²⁹

Una vez señalado lo anterior y descendiendo al asunto que ocupa la atención del Despacho, de acuerdo con la posición recurrente, uniforme y actualmente aplicada por el Consejo de Estado, tiene como título de imputación aplicable el de falla probada en el servicio, correspondiendo entonces a la parte demandante acreditar el daño y la imputación, incluyendo el segundo elemento descrito la acreditación de un actuar por parte del Estado alejado de las responsabilidades legales y Constitucionales que le atañen en la prestación del servicio de salud, con incidencia directa en el daño y con aptitud de causar el mismo.

Al respecto resulta pertinente traer a colación la reflexión de la Sección Tercera del Consejo de Estado, en la que se deja sentado que la responsabilidad del Estado

²⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-048 de 2022. M.P.: CRISTINA PARDO SCHLESINGER

por la defectuosa atención médica se analiza bajo el título de imputación de falla probada del servicio, esto es, a la parte actora le incumbe probar la acción u omisión de la entidad pública imputada. Consideró el Máximo Tribunal³⁰:

(...)

... se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz”³¹.

Cuando la falla en la prestación del servicio médico y hospitalario se origina por la “lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz” se produce una afectación al principio de integridad en la prestación de dicho servicio, el cual, según el precedente jurisprudencial constitucional:

(...)

El principio de integralidad del servicio médico y hospitalario exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional:

“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”³².

(...)

Cuando los resultados erróneos en la prestación del servicio médico propiamente dicho, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, son atribuibles a causas naturales, no configuran una falla del servicio, como ocurre, por ejemplo, cuando la enfermedad no pudo ser interrumpida con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió a los tratamientos como se esperaba, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar una cura o remedio, o porque estos recursos no estaban al alcance de las instituciones médicas del Estado. En esos eventos:

“... la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsibles, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.

³⁰ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN A. Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO(E). Bogotá, D.C., veinte (20) de febrero de dos mil veinte (2020). Radicación número: 73001-23-31-000-2011-00355-00(48565). Actor: FERNANDO SALGUERO HERNÁNDEZ Y OTROS. Demandado: DEPARTAMENTO DEL TOLIMA, HOSPITAL REINA SOFÍA DE ESPAÑA E.S.E., DE LÉRIDA Y HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E., DE IBAGUÉ. Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA (APELACIÓN SENTENCIA)

³¹ Sentencia del 7 de octubre de 2009, expediente 35.656.

³² Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006.

“... las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente”³³ (se resalta).

En virtud de lo anterior, la jurisprudencia de la Sección Tercera ha precisado que, para imputar responsabilidad al Estado por daños derivados de un error de diagnóstico, debe acreditarse que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguna de las siguientes razones imputables al personal médico, dado que: i) se omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre los síntomas de la enfermedad y su evolución, ii) no se sometió al enfermo a una valoración física completa y seria, iii) se omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál era la enfermedad que sufría el paciente, iv) se dejó de hacer el seguimiento correspondiente a la evolución de la enfermedad o, simplemente, se incurrió en un error inexcusable para un profesional de la salud, v) se interpretó indebidamente la sintomatología del paciente y vi) se omitió la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto³⁴. (Subrayas fuera de texto).

Así las cosas, la responsabilidad del Estado por falla obstétrica se resuelve también bajo la égida de la falla probada en el servicio médico, con un aligeramiento en los medios de prueba, admitiéndose la indiciaria; teniendo que la Corporación ya ha analizado diversos casos como el de marras, en el que ha precisado³⁵:

Finalmente, aún con más precisión, resalta la Subsección que el acto obstétrico tiene una dinámica propia dentro del tratamiento que le ha dispensado esta Sala; así ha sido expuesto:
(...)

No obstante, en providencias más recientes se recogió dicho criterio para considerar que los eventos de responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación del servicio médico de obstetricia no pueden ser decididos en el caso colombiano bajo un régimen objetivo de responsabilidad; que en tales eventos, la parte demandante no queda relevada de probar la falla del servicio, sólo que el hecho de que la evolución del embarazo hubiera sido normal, pero que el proceso del alumbramiento no hubiera sido satisfactorio constituye un indicio de dicha falla. ‘

En síntesis bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama

³³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 3 de octubre de 2016, expediente 40.057.

³⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 18 de mayo de 2017, expediente 35.613.

³⁵ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN A. Consejera Ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO. Bogotá, D.C., diecinueve (19) de abril de dos mil dieciocho (2018). Radicación número: 76001-23-31-000-2003-03719-01(44222) acumulado con el 76001-23-000-2004-01899-01. Actor: DIDIER DELGADO MENESES Y OTROS. Demandado: HOSPITAL BENJAMÍN BARNEY GASCA E.S.E. Y OTRO

indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, y se reitera, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño.

(...)

De suerte que, frente al acto obstétrico, en algún momento se acudió el régimen objetivo, sin embargo posteriormente se varió esa tesis y no es a la luz del primero que se analizará la imputación en un caso del talante del que se estudia, sino uno subjetivo, con flexibilización frente al rigor de la prueba de la falla.

Se concluye entonces que la posición de la Corporación en esta época se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño". (Negrilla y subraya fuera de texto).

En esa línea entonces, se analizará el caso concreto, asistiendo a la parte demandante el deber legal de probar I) la ocurrencia del daño; II) la infracción a los deberes que le asistían al Estado, los cuales como se vio, a tono con el bloque de constitucionalidad se refieren a *respetar, proteger y garantizar* el derecho a la salud en el nivel más alto posible, en el caso concreto de la señora Diana Yeincy Corrales Porras; y, finalmente, III) la incidencia del segundo evento en la ocurrencia del daño presuntamente causado a la parte actora.

Sea lo primero precisar que no cualquier falla en la prestación del servicio de salud tiene aptitud de generar responsabilidad por parte del prestador del servicio médico asistencial. Solamente tiene esa entidad, aquella con una incidencia relevante y comprobada en el resultado dañoso por el cual se reclama.

En ese orden de ideas, para que las pretensiones de la demanda en este caso estén llamadas a prosperar, deben encontrarse acreditadas tres situaciones respecto de las imputaciones realizadas a las entidades demandadas, en la medida que en la atención médico asistencial prestada a la paciente, se presentaron errores o falencias materializadas en el hecho de que no se le brindó una atención acorde con el verdadero su estado de salud, sus antecedentes clínicos de importancia y su evolución, además de la remisión tardía a un centro de mayor nivel de complejidad, donde se atendiera el parto y por tanto la contingencia del código rojo. Además, de encontrarse probados estos eventos, deberá identificarse si incidieron y

determinaron el resultado ominoso por el que se reclama en este asunto.

Atendiendo las imputaciones realizadas por la parte demandante y el material probatorio arribado al proceso, el Despacho abordara el estudio del caso de marras basándose en los siguientes aspectos: i) la adecuación de la atención dispensada a la señora Diana Yeincy Corrales Porras en el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario para el embarazo que inició en febrero de 2018 ;ii) la adecuación de los servicios médicos dispensados a la paciente a su arribo en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira; y, iii) Si en alguno de esos casos, se presentaron omisiones a los protocolos médicos y la *lex artis* que conllevó al deceso de la materna el 26 de octubre de 2018.

i) Atención dispensada a la señora Diana Yeincy Corrales Porras en el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario para el embarazo que inició en febrero de 2018

El apoderado de la parte demandante, efectuó un relato de las atenciones que se le presentaron a la señora Diana Yeincy Corrales Porras, desde el 2014, cuando en un embarazo anterior, presentó código rojo, con la necesidad de remisión a un tercer nivel de complejidad, en el cual la paciente pernoctó por varios días en cuidados intensivos, siendo conocida además en la institución de primer nivel, por la atención en los tres partos previos y un aborto, por lo que para el embarazo que se reportó en febrero del 2018, se desplegó un actuar omisivo de la gestante, pues en los controles prenatales no se registran los antecedentes de importancia, especialmente el hecho de que pese a ser valorada por ginecología quien recomendó la atención del parto en un mayor nivel de atención, el médico del Hospital San Vicente de Paúl omitió tal información y decidió atender, sin los recursos necesarios, el alumbramiento el 8 de octubre de 2018, con la consecuencia de un código rojo, placenta ácreta y choque hipovolémico que conllevaron al deceso de la paciente.

Frente a tales dichos, encuentra el Despacho dentro del material probatorio, la historia clínica del Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, correspondiente a la señora Corrales Porras, en la que en efecto se reporta que para septiembre de 2013, la paciente inició controles prenatales por embarazo de aproximadamente 7-8 semanas, siendo catalogado inicialmente como una gestación normal, pero ante el antecedente de aborto que había tenido años atrás de cambió a de alto riesgo.

En esa oportunidad, la señora Diana Yeincy, se presentó al servicio de urgencias de la unidad local en trabajo de parto el 9 de abril de 2014, fecha en la que se dio el nacimiento de su bebé y se dejó anotado en la historia clínica: **MADRE CON ALTO RIESGO ENDOMETRITIS POR REQUERIMIENTO DE EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA.** traslado a sala de GO del binomio para continuar Observación y cuidado.³⁶ (Negrilla y subraya fuera de texto).

Posterior a ello, fue necesario el traslado como urgencia vital, por código rojo al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, donde es tratada por la hemorragia y por el diagnóstico de **RETENCIÓN DE FRAGMENTOS DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS**³⁷.

Superada esa complicación la señora Diana Yeincy Corrales Porras, presenta un nuevo embarazo, para lo cual asiste a su primer control prenatal nuevamente en la unidad local, el 7 de marzo de 2018, anotándose en la historia clínica que cursa con un embarazo normal y únicamente la presencia de un aborto hace 14 años, además en antecedentes patológicos, se indica **EMBARAZO ANTERIOR NORMAL**, por lo que al igual que en los restantes controles prenatales que se llevaron a cabo el 2 de mayo, 6 de junio, 4 de julio y 1 de agosto del mismo año, se formularon micronutrientes y se dieron signos de alarma.

Ahora, el 22 de agosto, la materna fue evaluada por ginecólogo en la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, cuando cursaba las 34 semanas aproximadamente³⁸ y se establece como plan de manejo **PARTO VAGINAL NIVEL 2 3 DE ATENCIÓN POR RIESGO DE CÓDIGO ROJO**, recomendación que el 5 de septiembre de 2018, fue anotada por el facultativo tratante del Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, sin otras recomendaciones hasta el día del parto que se presentó el 8 de octubre de 2018, cuando se indica que con 41 semanas de gestación, se hace presente la señora Diana Yeincy en el servicio de urgencias del centro de salud local, con dolores de parto, siendo las 9:00 horas, anotándose por el médico de turno la recomendación del especialista y además la presencia de cifras tensionales elevadas, dejando constancia que se comunicó a las 9:20 horas

³⁶ Fl. 99, doc.13.

³⁷ Fl. 12, doc. 1, archivo 22.

³⁸ Fl. 778, doc. 1.

con el médico de turno del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, quien le indicó que no había riesgo por hemoclasificación al haberse suministrado la Anti-D y que el código rojo aumenta después del 4º parto, por lo que se inicia medicamento para controlar cifras tensionales y a las 11:33 a.m., se produce el nacimiento, sin alumbramiento de la placenta, por lo que se diagnostica con retención placentaria y sangrado moderado que requiere remisión como urgencia vital por aumento de la hemorragia y cifras tensionales elevadas.

Arribando al Hospital Universitario San Jorge a las 14:20 horas, con una paciente en malas condiciones generales, que en su ingreso presenta paro cardio respiratorio que requiere reanimación y por tanto se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos.

Conforme lo discurrido y con base en la prueba documenta, se tiene hasta este momento que la señora Diana Yeincy, arribó el 8 de octubre de 2018 al Hospital San Vicente de Paúl de Santuario en fase activa de parto, tal como se anotó en la historia clínica y lo refirieron los médicos Julián Camilo Yepes Obando, Richard Montoya Mora y Ana María Valencia Montoya, al tener entre 7 y 8 cm de dilatación, situación que en consideración del médico de urgencias que en ese momento era el galeno Julián Camilo, no posibilitaba una remisión hacia un mayor nivel de atención pues era altamente posible que el alumbramiento se produjera en la ambulancia, en condiciones que ponían en riesgo al binomio madre – hijo, por lo que decidió pese a la observación efectuada por el especialista en ginecología, el 22 de agosto de 2018, atender el parto en el centro asistencial, presentándose la complicación descrita en precedencia, porque como lo exteriorizó en su declaración, dado que la materna era multípara, podía llegar a 10 cm de dilatación en aproximadamente 2 horas, tiempo en el que no alcanzaba a arribar al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, indicando además que se comunicó vía telefónica con ese centro de salud donde un médico le indicó que podía efectuar la atención dado que la gestante contaba con la vacuna anti-D y además no había superado los 4 partos.

No obstante, pese a esa afirmación, el médico Julián Camilo, no logró identificar qué galeno dio esa recomendación y tampoco que se hubiera iniciado los trámites de traslado como urgencia vital de la paciente, quien arribó al centro local hacía las 9:00 horas, produciéndose el parto a las 11:33 horas, es decir en un espacio de 2

horas y 30 minutos; y según las notas de traslado posteriores al alumbramiento, el recorrido entre Santuario y Pereira, se hizo en 1 hora y 20 minutos, infiriéndose que había un espacio de tiempo para efectuar el traslado de la paciente a un mayor nivel de atención, pues no hay prueba en el plenario que se intentara comunicación con otro centro de salud como el de La Virginia; y tampoco es de recibo, indicar que no se hizo el desplazamiento porque habían trabajos en la vía, pues el médico Richard Montoya Mora advirtió que el traslado se hizo sin complicaciones y antes de llegar a Pereira, se hizo una parada en La Virginia dado que la paciente requirió otras maniobras y continuaron con su camino, lo que se corrobora además con el oficio No. 33286 del 30 de noviembre 2021, suscrito por la Secretaría de Infraestructura del departamento de Risaralda, en el que se indica que no se encontró información relacionada con contratos de obra pública en la vía Santuario – La Marina en el año 2018.

Ahora, la ginecoobstetra Ana María Valencia Montoya, explicó que en ese momento el facultativo se enfrentaba a un caso complejo debiendo tomar la decisión respecto de la remisión, porque en efecto una multigestante dilata más rápidamente pudiendo darse el nacimiento en la ambulancia, con condiciones riesgosas tanto para la madre como para el recién nacido; o, decidir atender el parto con los recursos que se tienen en un primer nivel de atención, donde en efecto se cuenta con la formación para atender un código rojo, pero no una placenta acreta o inversión de la placenta, que fue lo sucedido después del alumbramiento, pues ésta complicación es de las más graves en medicina ginecobstetra, de allí que requiera la intervención de un equipo multidisciplinario para tratar de salvar la vida de la gestante, quien para esos efectos debía ser puesta en un centro de salud de tercer o cuarto nivel a las 37 semanas de gestación, en aras de conformar el equipo médico por obstetras, urólogos, cirujanos cardiovasculares, entre otros.

Ello, porque como lo explicó con suficiencia la profesional, por la presencia de la placenta acreta misma que conllevó a la inversión del útero al intentar extraerla y por tanto la hemorragia con la que cursó la señora Diana Yeincy Corrales Porras, que no pudo ser controlada en la unidad local, porque no se cuentan con los recursos para hacerlo.

Así pues, de lo discurrido hasta este momento, para este Despacho la falencia se concreta puntualmente en que los galenos tratantes de la señora Corrales Porras,

pasaron por alto varios signos que hacían pensar que la misma cursaba con una complicación del embarazo, pues no tuvieron en cuenta sus antecedentes, especialmente el hecho de que apenas cuatro años atrás la gestante había presentado código rojo y retención placentaria que la llevaron a un tercer nivel de atención en el 2014, lo que requería mayor cuidado y exámenes de extensión que confirmaran el diagnóstico de acretismo placentario antes y no después del parto, para que se gestionara lo correspondiente a la remisión de la paciente desde la semana 37 a un centro de 3 o 4º nivel de atención, pasando por alto además y en el control prenatal del 5 de septiembre de 2018, la indicación del ginecólogo que valoró a la paciente el 22 de agosto del mismo año sobre la atención del parto en un centro de mayor nivel de atención.

En ese sentido, tal como lo indicó la obstetra Valencia Montoya, es clara la importancia de los controles prenatales, los exámenes paraclínicos y las ecografías, las cuales giran en torno a determinar patologías y ofrecer educación a la gestante, identificar enfermedades que puedan causar morbilidad a la madre o al feto durante la gestación, y poderlas tratar oportunamente y evitar complicaciones, encontrando que en el caso concreto, se reitera, la paciente era candidata a tener riesgos en su gestación, mismo que se concretó con el código rojo y la inversión del útero, propios de un acretismo placentario que no fue evidenciado en dichos controles y que impidió que con antelación se remitiera a la gestante a otro centro de mayor nivel de complejidad.

En relación con este aspecto debe tenerse en cuenta que para la época de ocurrencia de los hechos, se encontraba vigente la Resolución 412 de 2000³⁹, expedida por el Ministerio de Salud, que correspondía a la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, en el cual se hace una descripción detallada del tratamiento de la gestación desde su inicio hasta el parto.

Puntualmente se cita a continuación lo relacionado con los controles prenatales y la forma como deben realizarse los mismos. Indica la citada guía⁴⁰:

³⁹ Resolución derogada por la Resolución 3280 de 2018, la que entró en vigencia el 2 de febrero de 2019, acto administrativo a través del cual se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, y se establecieron las directrices para su operación.

⁴⁰ Consultada en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>

5.2 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MÉDICA GENERAL(89.0.2.01)

En la primera consulta prenatal buscas evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles.

5.2.1 Elaboración de la historia clínica e identificación de factores de riesgo:

- Identificación: Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono

- Anamnesis:

- *Antecedentes personales:* Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). **Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.**

- *Antecedentes obstétricos:*

Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupcio, ruptura prematura de membranas, polidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino.

Partos: Número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, **retención placentaria**, infecciones en el postparto, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

- *Antecedentes ginecológicos:* Edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, historia y tratamientos de infertilidad,

- *Antecedentes familiares:* Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

- *Gestación actual:* Edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cervicovaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros.

- *Valoración de condiciones psico-sociales:* Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado

- *Otros motivos de consulta:* Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

5.2.2 Examen físico

- Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.

Durante cada consulta deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas

correspondientes

- Tomar signos vitales: Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial. La toma de la tensión arterial debe hacerse con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo
- Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal
- Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.
- Valoración obstétrica: Determinar altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

5.2.3 Solicitud de exámenes paraclínicos

- Hemograma completo que incluya: Hemoglobina, hematocrito, leucograma y velocidad de sedimentación (Hemograma: hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índice eritrocitario, leucograma, recuento de plaquetas e índices plaquetarios 90.2.2.07)
- Hemoclasificación (90.2.2.11)
- Serología (Serología prueba no treponémica VDRL en suero o LCR)
- Uroanálisis (uroanálisis con sedimento y densidad urinaria 90.7.1.05)
- Pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos (glicemia en ayunas, glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina 90.3.8.41) para detectar diabetes pregestacional; en pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de tolerancia oral a la glucosa desde la primera consulta (Glucosa, curva de tolerancia cinco muestras 90.3.5.48).
- Ecografía obstétrica: Una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal 88.1.4.31)
- Ofrecer consejería (Consulta de Primera Vez por citología 89.02.08) y prueba Elisa para VIH (VIH 1 y 2 anticuerpos 90.6.1.66) y HbsAg (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie 90.6.1.35)
- Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro (Coloración de Gram y lectura para cualquier muestra 90.1.1.04)
- Citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino (Citología cervicouterina 89.9.2.00)

(...)

5.2.5 Formulación de micronutrientes

Se deberá formular suplemento de Sulfato Ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/día y un miligramo día de Acido Fólico durante toda la gestación y hasta el 6o mes de lactancia. Además debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200-1.500 mg.

5.2.6 Educación individual a la madre, compañero y familia

Los siguientes aspectos son relevantes como complemento de las anteriores actividades:

(...)

- Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar

oportunamente, tales como edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina, sangrado genital y ausencia de movimientos fetales según la edad gestacional.

(...)

Solicitud de exámenes paraclínicos. Durante el segundo trimestre los exámenes paraclínicos requeridos son los siguientes: Uroanálisis, Prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24.

En el tercer trimestre, las pruebas requeridas son el uroanálisis y la serología según el riesgo.

(...)

• Remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, ó si los exámenes paraclínicos reportan anomalías. (Negrilla y subraya fuera de texto)

De otro lado, se encuentra la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del Ministerio de Salud y Protección Social 2013⁴¹, que constituye un conjunto de recomendaciones dirigidas a apoyar a los profesionales de la salud, pacientes y grupos de interés en la toma de decisiones, que permitan una atención integral, en la que se indica respecto de acretismo placentario:

3. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES NECESARIAS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE HEMORRAGIA GRAVE Y COMPLICACIONES EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE ACRETISMO PLACENTARIO?

D	En pacientes con factores de riesgo para acretismo placentario, se recomienda realizar un ultrasonido con Doppler placentario por personal calificado para identificar la localización y el grado de inserción de la placenta.
√	Se recomienda que el ultrasonido con Doppler se realice a una edad gestacional por encima del límite de viabilidad fetal.
D	Si se diagnostica acretismo placentario, se recomienda planear la atención del parto por un equipo multidisciplinario apropiado para el manejo de la condición específica de la paciente, en una institución que cuente con las ayudas diagnósticas pertinentes, con disponibilidad de glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitado, y el acceso a una unidad de cuidados intensivos.
D	No existe evidencia suficiente para recomendar o rechazar la oclusión profiláctica con balones de insuflación en las arterias hipogástricas en pacientes

41

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>

	con acretismo placentario.
--	----------------------------

(...)
12. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSPARTO POR ACRETISMO PLACENTARIO?

El acretismo placentario lleva consigo inmerso el riesgo de sangrado profuso. Su manejo requiere de una complejidad mayor y el acceso a otras tecnologías en salud que no se encuentran disponibles en todos los niveles.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

En una serie de casos que incluyó 167 mujeres con placenta acreta en manejo expectante (definido como dejar la placenta parcial o totalmente en su sitio, sin intento de removerla a la fuerza) se reportó éxito en 131 mujeres referente a la prevención del sangrado y a la realización de una histerectomía (845). A 18 mujeres se le realizó histerectomía y a otras 18 se les pudo retrasar este procedimiento por unas horas. La resorción espontánea de la placenta ocurrió en 87 casos y el promedio de tiempo desde el parto hasta la resorción fue de 13,5 semanas.

(...)
Como punto importante, no se debe intentar tratar a estas pacientes en instituciones que no cuenten con recurso humano y tecnológico suficiente para manejar las complicaciones. Así mismo, se consideró como punto fundamental, no intentar separar la placenta en lugares o instituciones donde no se cuente con personal y equipos necesarios y suficientes para atender el caso. Por lo tanto, una remisión oportuna a una institución de mayor complejidad donde se pueda realizar la extracción de la placenta y al mismo tiempo el manejo de la hemorragia, es vital para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

D	Si la placenta no se separa con las medidas habituales, se recomienda no intentar separarla y remitir a una institución con capacidad resolutive. El manejo médico o la histerectomía con placenta in situ están asociados con menor pérdida sanguínea que tratar de separarla.
D	Si la placenta se separa parcialmente, se recomienda que la porción desprendida sea extraída y la hemorragia que se presente, manejarla de acuerdo a las recomendaciones planteadas. Las porciones que no se desprenden pueden ser dejadas en su lugar, pero la pérdida de sangre en tales circunstancias puede ser mayor y requiere el manejo de una hemorragia masiva de manera oportuna.

Así pues, la evidencia clínica demuestra que en pacientes con antecedentes patológicos de importancia como el caso de la señora Diana Yeincy Corrales Porras, quien era múltipara, con un registro de aborto hace 14 años y haber presentado código rojo en su embarazo anterior, además de retención placentaria, era indispensable que en los controles prenatales por lo menos se descartara la presencia de un acretismo placentario, pues cómo lo indica la literatura médica,

esa condición clínica no se confirma con exámenes de sangre, sino a través de imágenes diagnósticas como el *doppler* placentario, mismo examen que adujo la ginecoobstetra Ana María Valencia Montoya en su declaración, además de que existe consenso en el hecho de que el parto de la paciente no podía ser atendido en un primer nivel de atención, sino que con antelación y, se repite, desde la semana 37, era indispensable que fuera puesta en un tercer o cuarto nivel de complejidad, puntualmente porque se pasaron por alto factores de riesgo que había tenido la materna, que finalmente conllevaron a su deceso.

Ello fue abordado también en el dictamen pericial elaborado por el profesional universitario forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses No. UBPEI-DSRS-05006-2021 del 30 de diciembre de 2021, en el que se precisó:

Por lo registrado en la historia clínica aportada y en la necropsia médico legal se puede concluir que la muerte de la señora Diana Yeincy se produjo como consecuencia de una hemorragia posparto por una placenta acreta (retención de placenta) y por inversión uterina.

(...)

4. ¿La ocurrencia en embarazo y parto inmediatamente anterior ocurrido tres años atrás de una hemorragia posparto con retención de placenta, la extracción manual de la misma y la realización de un legrado uterino por retención de fragmentos placentarios, en conjunto con la edad superior a 30 años de la madre y contar con 4 embarazos el primero con aborto y los 3 restantes con parto, son antecedentes de riesgo para la ocurrencia de una hemorragia en el próximo parto? Respuesta: Si; Antecedentes de hemorragia posparto con retención de placenta, la extracción manual de la misma y la realización de un legrado uterino por retención de fragmentos placentarios son factores de riesgo para la presentación de hemorragia posparto.

(...)

7. ¿En los controles prenatales efectuados por el Hospital San Vicente de Paúl al embarazo de 2018 se advirtió sobre el antecedente ginecológico de hemorragia posparto por retención de placenta con extracción manual de placenta presentado en el parto del 9 de abril de 2014? En caso afirmativo ¿en qué nota (s) de la historia clínica o en qué control (es)? En caso negativo ¿debió registrarse, por qué? Respuesta en los controles prenatales del 2018 no se registró el antecedente de hemorragia posparto por retención de restos placentarios, con extracción manual. Este antecedente se debió registrar, debido a que es un factor de riesgo para hemorragia posparto. (Negrilla y subraya fuera de texto)

Así se encuentra probado con suficiencia que en este caso, la falla médica se concretó en el hecho de que se omitió relacionar y considerar por los facultativos tratantes de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, los antecedentes patológicos de la paciente que la hacían candidata a que en su nuevo embarazo tuviera complicaciones, puntualmente en relación con la retención placentario y código rojo, sucediendo que los factores de riesgo se materializaron en el parto del

8 de octubre de 2018, sufriendo después de él un sangrado masivo, con inversión del útero por acretismo placentario, no teniendo ya en esas instancia y más sobre la semana 41, la capacidad de atender dicha condición clínica que pone en grave peligro la vida de la materna.

Así pues, no cuestiona este Despacho que el galeno de turno en urgencias el 8 de octubre de 2018, no hubiese remitido a la gestante de inmediato a un tercer nivel de atención, aunque podía tomar dicha decisión bajo su criterio, pero lo que no puede pasarse por alto, es que habiendo un registro múltiple en la historia clínica de las atenciones dadas a la señora Diana Yeincy Corrales Porras con sus antecedentes, específicamente del año 2014, y situaciones particulares que dejaban claro los riesgos en caso de gestación, fueran pasados por alto por los profesionales de la salud que la atendieron, quienes en los controles prenatales no profundizaron en esos aspectos, para descartarlos o en caso de corroborarlos derivar a la paciente a una entidad de mayor nivel de complejidad que pudiera atender con un equipo multidisciplinario el parto de la materna.

En ese orden de ideas, la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario ignoró todos los signos que imponían la remisión de la señora Diana Yeincy a una institución de mediana o alta complejidad, de acuerdo con la guía para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, publicada por el Ministerio de Salud, con los resultados nocivos conocidos.

Así pues, las conclusiones a las que llega esta falladora, es que la causa eficiente del daño que se irroga en esta oportunidad, se concretó por la omisión del personal de salud de primer nivel de observar los antecedentes obstétricos de una multipara con un embarazo de alto riesgo y la forma en que la literatura médica indica que debe manejarse, además de la falta de remisión oportuna a un mayor nivel de complejidad, confluyendo en este punto todos los elementos que la jurisprudencia ha señalado para que se catalogue bajo esa falla, dado que no hay rastro en la historia clínica o documento similar de que porqué la paciente no fue remitida oportunamente, si era conocido que la señora Diana Yeincy contaba con antecedentes que la catalogaban con embarazo de alto riesgo y más aún con una sospecha de acretismo placentario, con un aborto y código rojo preliminar.

Ahora, se indica en la demanda que en el caso de marras se debe declarar también la responsabilidad de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al referenciarse que pese a que éste centro de salud conocía los antecedentes de la materna, se negó a recibirla al momento en que el médico del Hospital San Vicente de Paúl de Santuario se comunicó con el galeno de urgencias y recomendó no remitirla, atender el parto en la localidad, exteriorizándose que ya se había aplicado la vacuna Anti-D.

Sobre esos dichos, encuentra probado este Despacho que el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, atendió a la paciente en dos oportunidades, una primera vez en abril de 2014, ante las complicaciones postparto relacionadas con retención de placenta y código rojo de esa gestación; y, al recibirla el 8 de octubre de 2018, nuevamente por descompensación ante código rojo e inversión uterina, sin que se encuentra probado con suficiencia que ante la solicitud del galeno de primer nivel sobre la remisión, se hubiere negado la recepción en ese centro de salud, porque si bien el médico Julián Camilo Yepes describe en la anotación de esa calenda que se comunicó con personal de Pereira, lo cierto es que en el registro no se identifica qué servicio, el médico y cuáles fueron también las condiciones que se comentaron al ente presuntamente receptor, anotándose:

SE COMUNICA A LA 09+20 CON HUSJ MEDICO DE TURNO QUIEN REFIERE PACIENTE SIN RIESGO OBSTETRICO POR HEMOCLASIFICACION YA QUE HA SIDO APLICADA LA ANTI-D, NO RIESGO DE CODIGO ROJO POR GESTAS YA QUE RIESGO AUMENTA POSTERIOR A 4 PARTOS, PARTO PUEDE SER ATENDIDO EN UNIDAD LOCAL, POR LO QUE INDICA TOMA DE CIFRAS DE PRESION ARTERIAL SENTADA Y SIN CONTRACCIONES, DEPENDIENDO DEL RESULTADOS, INICIAR ANTIHIPERTENSIVO Y SULFATO EN CASO DE SER NECESARIO...⁴²

Según la anotación traída a cita, en la llamada se dan recomendaciones para atender el parto, no para abstenerse de realizar el traslado, además de no indicarse que se hiciera una solicitud precisa en el sentido de negar la recepción. Lo anterior adquiere relevancia si se tiene en cuenta que el procedimiento adecuado para llevar a cabo la remisión a un nivel superior de atención, impone que esta se canalice a través del sistema de referencia y contrarreferencia, actuación que no aparece documentada en el caso de autos.

⁴² Fl. 58, documento 13.

Así las cosas, únicamente obra prueba de la intención de remitir a la paciente en horas de la tarde del día 8 de octubre de 2018, cuando el sangrado se hizo masivo y ante la descompensación hemodinámica de la señora Diana Yeincy. momento en el cual proceden a trasladarla como urgencia vital a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, sin que ninguno de los elementos de convicción incorporados al expediente de cuenta que antes, el cuerpo médico identificara la necesidad de enviar a la paciente a un nivel superior de atención, como quedó discurrido en párrafos precedentes.

Así la paciente, arribó al Hospital Universitario San Jorge de Pereira en malas condiciones generales que conllevaron a que fuera derivada de inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos ante sus críticas condiciones, lo cual se evidencia de la historia clínica que reposa en el centro de salud, en donde se indica que:

PACIENTE DE 31 AÑOS, HEMOCLASIFICACION O (-) G5P4A1V4, REMITIDA COMO URGENICA VITAL DE SANTUARIO IDX: CODIGO ROJO SECUNDARIO A CHOQUE HIPOVOLEMICO POR HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCION DE PLACENTA E INVERSION UTERINA + PREECLAMPSIA PACIENTE QUIEN CURSABA CON EMB DE 40 SEMANAS QUIEN DURANTE TRABAJO DE PARTO PRESENTA TA 160/110 FUE MANEJADA CON NIFEDIPINO 10MG CADA 20 MINUTOS POR 2 DOSIS, LOGRANDO UNA TA 96/56, QUIEN FUE ATENDIDO PARTO A LAS 11:33 CON PRODUCTO FEMENINO. CON MEDICACION DE OXITOCINA 10UI IM. SEGUN HISTORIA CLINICA NO HAY ALUMBRAMIENTO A LOS 30 MINUTOS, PACIENTE CON SANGRADO ACTIVO, RELATAN PERDIDA DE 500CC, TOMAN TA A LAS 12:04: 90/60, FC 114 POR MINUTO. POSTERIOR A ESTO INDICAN 20UI EN 500CC PARA PASAR A 125CC/HORA, 1 AMPOLLA IM DE ACIDO TRANEXAMICO + MISOPROSTOL 800MG INTRARRECTALES, RELAZAN EMPAQUETAMIENTO DE CANAL VAGINAL. TOMAN TA: 40/17. REMITEN. AL INGRESO LLEGA PACIENTE DIRECTO A SALA DE PARTOS. **EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, CON RESPIRACION AGONICA, CON OXIGENO POR MASCARA DE NO REINHALACIÓN**, INFORMACION DE MEDICO DE REMISION PERIDADAS ESTIMADAS DE 3000CC. NO RESPONDE AL LLAMADO, GLASGOW 3/15. SE ACTIVA CODIGO AZUL Y CODIGO ROJO. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICAS 1. FUP 2014 CON HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCION DE PLACENTA.

En ese momento se activa código azul, dado que la señora Diana Yeincy Corrales, se encontraba en malas condiciones generales, por lo que se empezó reanimación y después de ello, traslado a la UCI obstétrica⁴³, siendo llevada a las 16:50 a cirugía para la realización de los procedimientos *HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL* y *SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPARATOMÍA*, describiéndose e

⁴³ Fl. 27, documento 1, archivo 22 – Anexos masivos

los hallazgos operatorios, procedimientos y complicaciones:

PACIENTE BAJO ANESTESIA GENERAL. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CATETERISMO VESICAL Y COLOCACION DE CAMPOS OPERATORIOS. SE REALIZA INCISION MEDIANA INFRAUMBILICAL, DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD Y VISUALIZACION DE HALLAZGOS: LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD APROX. 2000cc, ANEXOS MACROSCOPICAMENTE SANOS. UTERO HIPOTONICO, CON INFILTRACION INICIAL A NIVEL DE CUERNO UTERINO DERECHO Y PARED ANTERIOR. SE REALIZA DOBLE PINZAMIENTO A NIVEL DE LIGAMENTO OVARICO DERECHO, CORTE, LIGADURA DOBLE CON VICRYL. REALIZANDO INCLUSO SALPINGECTOMIA BILATERAL. SE REALIZA DESCENSO DE VEJIGA. DOBLE PINZAMIENTO, CORTE Y LIGADURA DE ARTERIAS UTERINAS. SE REALIZA DISECCION DE FORMA INTRAFASCIAL CON EXCERESIS DE UTERO. CIERRE DE CUPULA VAGINAL CON VICRYL, DIFICIL HEMOSTASIA A NIVEL DE ANGULO DERECHO DE LA CUPULA POR LO QUE SE COLOCAN VARIOS PUNTOS HEMOSTATICOS. LAVADO DE CAVIDAD ABDOMINAL CON 1000cc DE SSN TIBIA. REVISION DE HEMOSTASIA, LA CUAL ES ADECUADA. SE DEJA CON BOLSA DE VIAFLEX EN CAVIDAD ABDOMINAL Y OTRA SUTURADA A PARED ABDOMINAL POR ALTO RIESGO DE SINDROME DE HIPERTENSION INTRAABDOMINAL. NO COMPLICACIONES. SANGRADO: 300cc. DIURESIS CLARA MUY ESCASA AL FINALIZAR. SE TRASLADA A RECUPERACION Y LUEGO A UNIDAD CRITICA OBSTETRICA⁴⁴.

Así, no hay prueba alguna de la que se desprenda que existió negación del servicio por parte del Hospital Universitario San Jorge de Pereira o falla en el servicio, pues como se desprende de las declaraciones de los facultativos tratantes, puntualmente de la obstetra Valencia Montoya y del dictamen pericial obrante en el documento 55, en donde se verifica que la condición de la materna era crítica, no evidenciándose actuación u omisión por parte de esta codemandada, por lo que no hay lugar a imputar responsabilidad en el hecho dañoso.

Así las cosas, no queda camino diferente que, en el caso de marras, condenar a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, dado la falla en la prestación del servicio, concretada en la omisión de la prestación del servicio médico asistencial a la señora Diana Yeincy Corrales Porras, al no haber observado conforme la *lex artis* el embarazo de 2018 y los antecedentes patológicos de importancia que la hacían candidata a presentar graves riesgos, generando un su deceso y un daño que los demandantes no están en la obligación de soportar.

Contrariu sensu, considera este Despacho que la falla en el servicio analizada no resulta imputable a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, por lo que este Despacho resulta relevado de realizar pronunciamiento y un análisis en

⁴⁴ Fl. 35, ibídem.

cuando a las llamadas en garantía por esa entidad, como quiera que, los argumentos expuestos en precedencia conllevan a determinar que no es posible afincar la responsabilidad del hecho dañoso en las citada institución, pues como se adujo, el material probatorio recaudado no permite concluir que alguna de sus conductas incidieran en el daño que se irroga en esta demanda.

9.4. Excepciones

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario y Liberty Seguros S.A., formularon las excepciones de culpa exclusiva de la víctima, fundamentada en el hecho de que la señora Diana Yeincy Corrales Porras conocía de las complicaciones de su embarazo, por lo que debió presentarse al hospital local una vez empezó a tener síntomas de trabajo de parto, lo que hubiera permitido un traslado oportuno y atención en un centro de mayor nivel de complejidad, aunado a indicar que sabía que no podía quedar nuevamente en embarazo, por los factores de riesgo que presentaba.

Mismo fundamento que se expuso por Liberty Seguros S.A., en el evento de considerar que existió falla en el servicio por parte de su llamada, el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario.

Sobre la incidencia de la conducta de la víctima en la ocurrencia del hecho dañoso y la concurrencia de causas, la Sección Tercera del Consejo de Estado, clarificó cuando se presenta, bajo las siguientes aclaraciones:

Ahora bien, de conformidad con lo establecido previamente en esta providencia, cuando la víctima haya actuado con culpa grave o dolo, o haya ocasionado el daño por un acto o hecho suyo, éste no tendrá carácter antijurídico. Así pues, como cuestión previa al análisis de la imputación del daño al patrimonio de una entidad concreta, esta Colegiatura procederá a analizar si en el presente asunto el daño fue ocasionado por culpa o hecho de la víctima.

Sobre este aspecto, la Sala advierte que el hecho de la víctima y culpa de la víctima se han refundido dentro de un mismo concepto, ya que ambos eximen al Estado de la obligación de indemnizar los daños causados. Sin embargo, el hecho de la víctima y la culpa de la víctima tienen un elemento diferenciador.

Se presenta un hecho de la víctima, cuando su conducta, “sea determinante y exclusiva para la causación del daño, en tanto resulte imprevisible o irresistible”, con independencia de su calificación dolosa o culposa. **Por otra parte, se presenta culpa de la víctima cuando la conducta de esta hubiera incrementado el riesgo jurídicamente relevante de que se produjera el daño, como consecuencia del incumplimiento culposo de un deber**

jurídico a cargo suyo o del deber general de cuidado.⁴⁵ (Negrilla y subraya fuera de texto).

La providencia transliterada permite puntualizar que en el caso bajo estudio, contrario a lo considerado por lo togados, no puede afirmarse que se presentó una concausa en lo que tiene que ver con el periodo transcurrido entre el inicio de los síntomas de parto y la presencia en el hospital local de la paciente, en el que transcurrieron 5 horas, pues como quedó dilucidado en precedencia, la falla en la atención médico-asistencial se produjo en la desatención de los riesgos y antecedentes de la gestante por parte de los profesionales de la salud, mismos que la hacían candidata a presentar graves complicaciones en el parto, por lo que lo procedente era haberla ubicado con antelación en un centro de tercer o cuarto nivel de complejidad que pudiera tratar un acretismo placentario, pues para el momento en que la materna arribó al Hospital San Vicente de Paúl, contaba con 40 semanas; sin que deba pasarse por alto que aún lográndose la remisión en ese momento a otro centro de mayor nivel de complejidad, el riesgo se había concretado, pues ya cursaba con una entidad clínica que no era posible manejarla en un hospital de primer nivel.

Así, no puede decirse que el actuar de la víctima contribuyó al daño generado y menos aún que la decisión de quedar en embarazo haya conllevado a esa situación, pues declararlo así interfiere en la esfera de derechos personalísimos de la fallecida que además atentan contra la perspectiva de género, máxime cuando en el caso de marras y atendiendo los pronunciamientos constitucionales e internacionales citados en los prolegómenos de esta sentencia, se presentó violencia obstétrica si se tiene en cuenta que la misma se concreta cuando no se dispensan a la materna los servicios de salud de manera adecuada, durante el embarazo, el parto y el postparto, incluyendo en especial servicios obstétricos de emergencia, estos últimos que no fueron siquiera considerados por los galenos tratantes.

En ese orden de ideas, las excepciones propuestas no tienen la vocación de prosperar.

⁴⁵ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN C. Consejero ponente: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS. Bogotá, primero (01) de octubre de dos mil dieciocho (2018). Radicación número: 44-0001-23-31-001-2011-00099-00 (46328). Actor: ELOY SEGUNDO FLÓREZ EPIAYU y otros. Demandado: LA NACIÓN – Rama Judicial. Referencia: Reparación Directa (CCA).

9.5. Indemnización de Perjuicios.

9.5.1. Perjuicios morales.

Solicita la parte actora, se indemnice a cada uno de los demandantes por los perjuicios morales causados con el fallecimiento de la señora Diana Yeincy Corrales Porras, en razón de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Según la jurisprudencia del Consejo de Estado, en los eventos en los que una persona fallece o sufre una lesión y ello es imputable al Estado, se desencadena, a cargo de éste, la indemnización de perjuicios morales de tal manera que las personas que se sientan perjudicadas por dicha situación y hagan parte del grupo familiar más cercano pueden reclamar esta indemnización acreditando el parentesco con la víctima directa del daño, pues éste se convierte en un indicio suficiente para tener por demostrado el perjuicio moral sufrido, por cuanto las reglas de la experiencia hacen presumir que el daño padecido por un pariente cercano causa dolor y angustia en quienes conforman su núcleo familiar, en atención a las relaciones de cercanía, solidaridad y afecto, siempre que no existan pruebas que indiquen o demuestren lo contrario.

Respecto de la cuantía de indemnización de este perjuicio inmaterial, en sede de unificación el Consejo de Estado del 28 de agosto de 2.014,⁴⁶ estableció cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa del daño o causante y quienes acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas, así:⁴⁷

Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio (100 smlmv).

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de

⁴⁶ Documento ordenado mediante Acta No. 23 del 25 de septiembre de 2.013, con el fin de recopilar la línea jurisprudencial y establecer criterios unificados para la reparación del perjuicio inmaterial; aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2.014.

⁴⁷ Precedente: Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 32988, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio.

(...)

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. **Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.** (Negrilla y subraya fuera de texto).

Ahora bien, los señores Blanca Edilia Porras Molina y Rodrigo de Jesús Corrales Ruíz acreditaron documentalmente ser los progenitores de la fallecida; y, Kevin Alexander Soto Corrales, Michelle Dahiana Soto Corrales, Nahiara Giraldo Corrales y Ashliee Muñoz Corrales, hijos de Diana Yeincy, lo que significa que se encuentran en el primer nivel presumiéndose su afectación, a quienes se le ha fijado un tope indemnizatorio de 100 S.M.L.M.V. para cada uno.

Aunado a lo anterior, se tiene que los señores Leidy Leandra Corrales Porras, Claudia Lisde Porras Molina, Jhon Henry Corrales Porras y Eudimer Corrales Porras, acreditaron su parentesco de hermanos de la fallecida, encontrándose en el segundo nivel de cercanía, a quien les corresponde un tope indemnizatorio de 50 S.M.L.M.V., para cada uno, sin que existan elementos de juicios de los que se infiera que tienen derecho a un reconocimiento de perjuicios superior al fijado por la jurisprudencia, pues con las declaraciones rendidas por las señoras Erika Johana Arroyave Mora y Ángela Vanessa Ochoa Vargas, únicamente se corrobora los lazos familiares y de unión de los hermanos con la señora Diana Yeincy.

Así las cosas, se accederá a esta pretensión teniendo en cuenta los límites mencionados en precedencia.

No se dispondrá la actualización regulada en el artículo 187, inciso final, del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, para esta tipología de perjuicio, comoquiera que el salario mínimo a considerar para la liquidación de esa condena, será el vigente al momento de la ejecutoria de la sentencia, valor que lleva intrínseca la actualización pretendida en la norma.

9.5.2. Perjuicios materiales

Se solicitó en la demanda el reconocimiento en favor de Kevin Alexander Soto Corrales, Michelle Dahiana Soto Corrales, Nahara Giraldo Corrales y Ashliee Muñoz Corrales por valor de \$35.000.000 en la modalidad de lucro cesante como periodo consolidado; y, por concepto de lucro cesante futuro la suma de \$180.000.000.

Al respecto, debe indicarse que esta modalidad de perjuicio se reconoce en aras de indemnizar los ingresos con los que contaba una persona que a causa del evento dañoso no puede volver a percibir, así pues se busca que quien percibía esa ayuda no quede en una condición de desamparo ante la sustracción de recursos económicos para su congrua subsistencia, la cual en el caso de marras y contrario a lo afirmado por los apoderados de la entidad de salud condenada y su llamada en garantía, sí se encuentra acreditado en relación con los hijos de la señora Diana Yeincy Corrales Porras, esto es, de Kevin Alexander Soto Corrales, M.D.S.C., N.G.C. y A.M.C., pues como se indicó en los testimonios de Erika Johanna Arroyave Mora y Ángela Ochoa Vargas, la fallecida laboraba en varias actividades, como recolectora de café o en construcción para proveer las necesidades de su hogar y la manutención de sus hijos, aunado al hecho de que no recibía ayuda de los padres de los mismos.

En igual sentido, lo reconocieron en el interrogatorio de parte los señores Blanca Edilia Porras Molina, Claudia Lisde Porras Molina y Eudimer Corrales Porras, quienes fueron contestes en advertir que Diana Yeincy siempre se hizo cargo de sus hijos sola, laboraba en oficios y si bien no se encuentra acreditado el salario mensual que devengada, se presume que era el mínimo, por lo que para esta judicatura se abre camino el reconocimiento de este perjuicio.

9.5.2.1. Lucro cesante consolidado

Se hace necesario aplicar la fórmula para el cálculo del lucro cesante consolidado.

$$S = \frac{Ra (1 + i)^n - 1}{i}$$

Donde: S = Es la indemnización a obtener.

Ra = Ingreso base de liquidación sobre el cual se liquidará el lucro cesante consolidado, esto es, el salario mínimo mensual legal vigente para el año 2018, el cual ascendía a \$781.242.

Se actualiza conforme la siguiente fórmula

$$Ra = \$781.242. \frac{5,22 \% \text{ índice final (30 de noviembre de 2023)}^{48}}{3,33 \% \text{ índice inicial (8 de octubre de 2021)}^{49}}$$

$$Ra = \$1.224.649,62$$

La anterior suma una vez actualizada conforme la formula dada por el Alto Tribunal⁵⁰ arroja un valor de \$1.224.649,62. A esta cifra se le descontará la suma del 25 % que la víctima destinaba para su propia subsistencia, lo que arroja entonces un ingreso base de liquidación de \$918.487,21

i= Interés puro o técnico: 0,004867.

n= Número de meses que comprende el período de la indemnización desde la fecha del fallecimiento de la señora Diana Yeincy Corrales Porras (26 de octubre de 2018), hasta que se realiza la presente liquidación 30 de noviembre de 2023, serían de 61,13 meses. Reemplazando tenemos:

$$S = \$918.487,21 \frac{(1 + 0,004867)^{61,13} - 1}{0,004867}$$

$$\mathbf{S = \$65.210.048,00}$$

Por concepto de lucro cesante consolidado para Kevin Alexander Soto Corrales,

⁴⁸ Fecha en que se realiza la liquidación y que para efectos del Juzgado debe ser la fecha en que emite la sentencia. Se toman de la página del DANE

https://totoro.banrep.gov.co/analytics/saw.dll?Go&Action=prompt&path=%2Fshared%2FSeries%20Estad%C3%ADsticas_T%2F1.2%20IPC%20base%202018%2F1.2.%20Por%20a%C3%B1o%2F1.2.5.IPC_Serie_variaciones&Options=rdf&lang=es&NQUser=publico&NQPassword=publico123

⁴⁹ Fecha de ocurrencia de los hechos, en este caso, la fecha de fallecimiento de la señora Diana Yeincy Corrales Porras.

⁵⁰ Ra= RH índice final/índice inicial 9,23/4,66

M.D.S.C., N.G.C. y A.M.C., en calidad de hijo de la señora Diana Yeincy Corrales Porras.

9.5.2.2. Lucro cesante futuro

En lo que respecta al lucro cesante futuro, se tiene, también para cada uno de los hijos de la causante.

- Kevin Alexander Soto Corrales, nació el 10 de febrero de 2005, por lo que para el 24 de agosto de 2020 (fecha de elaboración de demanda) contaría con 15 años de edad, acreditándose que cumpliría los 25 años de edad el 10 de febrero de 2030 y al contabilizar el tiempo que transcurriría desde el deceso de la señora Corrales Porras hasta el cumplimiento de los 25 años, equivaldría a 135,46 meses.

Aplicando la fórmula establecida por el Consejo de Estado, para calcular dicho perjuicio es la siguiente:

$$S = Ra \frac{918.487,21 (1 + i)^n - 1}{i (1+i)^n}$$

$$S = \$918.487,21 \frac{(1 + 0,004867)^{135,46} - 1}{0,004867(1 + 0,004867)^{135,46}}$$

S = \$90.952.424,00 para Kevin Alexander Soto Corrales.

- En lo que respecta a M.D.S.C, se tiene que nació el 29 de junio de 2008, acreditándose que cumplirá los 25 años de edad el 29 de junio de 2033, por lo que al contabilizar el tiempo que transcurriría desde la fecha de fallecimiento de su madre hasta cumplir los 25 años de edad, equivaldría a 176 meses

Aplicando la fórmula establecida por el Consejo de Estado, para calcular dicho perjuicio es la siguiente:

$$S = Ra \frac{(1 + i)^n - 1}{i (1+i)^n}$$

$$S = \$918.487,21 \frac{(1 + 0,004867)^{176} - 1}{0,004867(1 + 0,004867)^{176}}$$

S = \$108.420.020,00 para M.D.S.C.

- Con referencia a N.G.C. se acreditó con el registro civil que nació el 9 de abril de 2014, por lo que al seguir la misma pauta de liquidación anterior, se tiene que cumpliría los 25 años de edad, el 9 de abril de 2039 y al contabilizar el tiempo que transcurriría desde el deceso de la señora Corrales Porras hasta esa calenda, equivaldría a 245,43 meses.

Aplicando la fórmula establecida por el Consejo de Estado, para calcular dicho perjuicio es la siguiente:

$$S = Ra \frac{(1 + i)^n - 1}{i (1+i)^n}$$

$$S = \$918.487,21 \frac{(1 + 0,004867)^{245,43} - 1}{0,004867(1 + 0,004867)^{245,43}}$$

S = \$131.397.880,00 para N.G.C.

- Finalmente, se tiene que A.M.C. nació el 8 de octubre de 2018, por lo que cumpliría los 25 años de edad, el 8 de octubre de 2043 y al contabilizar el tiempo que transcurriría desde el deceso de la señora Diana Yeincy hasta esa calenda, equivaldría a 311 meses.

Aplicando la fórmula establecida por el Consejo de Estado, para calcular dicho perjuicio es la siguiente:

$$S = Ra \frac{(1 + i)^n - 1}{i (1+i)^n}$$

$$S = \$918.487,21 \frac{(1 + 0,004867)^{311} - 1}{0,004867(1 + 0,004867)^{311}}$$

S = \$147.026.344,00 para A.M.C.

En resumen, se cancelará a los demandantes mencionados las siguientes sumas por concepto de lucro cesante futuro:

Kevin Alexander Soto Corrales	\$90.952.424,00
M.D.S.C.	\$108.420.020,00
N.G.C.	\$131.397.880,00
A.M.C.	\$147.026.344,00

TOTAL: \$477.796.658

Si bien esta cifra es superior a la tasada en la demanda, se advierte que en ese momento no se actualizaron las sumas pretendidas, sin que esta situación configure un fallo ultra petita.

9.6. Del llamamiento en garantía.

Habida cuenta de la declaratoria de responsabilidad administrativa y patrimonial en cabeza de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, por los hechos imputados en el libelo demandatorio, así como la consecuente reparación de los daños inmateriales causados al grupo demandante; debe entonces entrar el Despacho a resolver lo correspondiente al llamamiento en garantía efectuado por esta.

Liberty Seguros S.A. concurrió al presente proceso y solicitó tener en cuenta el clausulado que hace parte de la póliza No. LB442437, la cual se suscribió bajo la modalidad de *claims made*, que cubre los siniestros ocurridos desde el 30 de enero de 2018 al 17 de marzo de 2018, reclamados hasta dentro de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia, lo que excluye el reembolso en el caso de marras.

Pues bien, el artículo 4º de la Ley 389 de 1.997 establece:

ART. 4º -En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia en el primero, y a las reclamaciones formuladas

por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años.

Sobre ese particular, el Consejo de Estado ha puntualizado:

Revisado el expediente, la Sala observa que, contrario a lo sostenido por el impugnante, la Sección Cuarta de esta Corporación, en el fallo de tutela de primera instancia, sí explicó las implicaciones de las cláusulas “claims made o reclamación hecha” en los contratos de seguro, para lo cual sostuvo lo siguiente (fls. 152 - 154 del c. ppal):

En torno a las cláusulas “claims made”, la Sala Casación [Civil] de la Corte Suprema de Justicia ha establecido que las mismas fueron admitidas en el ordenamiento jurídico en aras de lograr un equilibrio entre las necesidades de cobertura para asegurados y una prima competitiva a través de los bajos costos para los tomadores, permitiendo pactar en el contrato de seguro, que la aseguradora únicamente pague la respectiva indemnización en los eventos en los que la reclamación es realizada durante la vigencia de la póliza.

En este sentido, en sentencia del 18 de julio de 2017, expresó:

(...) con independencia de los elementos requeridos para la configuración del siniestro – concebido en el precepto 1072 del estatuto mercantil como la realización del riesgo, lo cierto es que se consagró una formalidad adicional, a efectos de que la aseguradora quede obligada a su pago, itérese, la radicación de la reclamación dentro del espacio temporal de cobertura.

Entonces, la ocurrencia de suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza, -de existir acuerdo contractual⁵¹

Entonces, resulta evidente que en contrato de seguro suscrito entre el Hospital Universitario San José de Popayán y La Previsora S.A. el 2 de mayo de 2003, que estuvo vigente hasta el 1° de enero de 2004, se pactó la modalidad de la aseguradora regulada en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, **en virtud de la cual el pago por parte de la aseguradora procede siempre y cuando se hubiese efectuado la reclamación respectiva dentro de la vigencia de la póliza** (...), sin embargo, esto no fue acatado por parte de la autoridad judicial accionada, configurándose así el defecto sustantivo por desconocimiento del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, como lo alego la entidad actora.

Conviene señalar que, en atención a lo previsto en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997⁵², las cláusulas “claims made o reclamación hecha”

⁵¹ Cita del texto original: “M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Expediente 76001-31-03-001-2001-00192-01”.

⁵² A cuyo tenor: “en el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al

constituyen una limitación temporal al cubrimiento de la póliza, toda vez que no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también resulta necesario que la reclamación por parte de la víctima se materialice durante la vigencia de aquella o, en su defecto, en el período adicional estipulado en el contrato de seguro, que, en todo caso, no puede ser inferior a dos años, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso.

(...)

No obstante, se observa que en la cláusula primera del contrato de seguro se pactó que <<el asegurador se obliga a indemnizar al asegurado por cualquier suma que esta deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier acto médico derivado a la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta el límite de cobertura en las condiciones particulares>>.

En ese orden de ideas, es claro que la póliza de seguro que sirvió de base para el llamamiento en garantía efectuado por el Hospital Universitario San José de Popayán a La Previsora S.A. es de la modalidad “claims made o reclamación hecha”, tal como lo sostuvo el a quo. Así pues, para que surgiera para el asegurador la obligación de indemnizar, el siniestro y la reclamación debían presentarse durante la vigencia de la póliza, mas no en el período adicional, porque en el expediente no obra prueba de que la póliza se hubiera renovado.”⁵³ (Negrilla y subraya fuera de texto).

Al plenario se adosó copia de la póliza de responsabilidad civil, profesional clínicas, hospitales, sector salud No. LB 442437 que reposa de folios 22 a 37 del documento 32, de la que se extracta que el objeto es amparar *LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO DERIVADOS DE LOS ERRORES Y OMISIONES COMETIDOS POR EL PROFESIONAL MEDICO VINCULADO CON LA INSTITUCION DENTRO DEL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD MEDICA*, cuyo anexo 7 secuencia 2 obrante a folio 36 ibidem, indica su vigencia entre el 30 de enero 2018 al 17 de marzo de 2019, bajo la modalidad de *claims made*, de eventos reclamados hasta dentro de los dos años siguientes a la vigencia, lo que se traduce, que debieron reclamarse a la aseguradora el 17 de marzo de 2021.

Revisadas entonces las condiciones de la póliza en la que se basó el llamamiento

asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

“Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años”.

⁵³ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN A. Consejera ponente: MARÍA ADRIANA MARÍN. Bogotá D.C., veintiocho (28) de marzo de dos mil diecinueve (2019). Radicación número: 11001-03-15-000-2018-02290-01(AC). Actor: LA PREVISORA S.A. Demandado: TRIBUNAL ADMINISTRATIVO, SALA TRANSITORIA, CON SEDE EN BOGOTÁ

en garantía formulado, que se satisfacen condiciones para disponer el reembolso en favor de la llamante, si se tiene en cuenta que tanto el evento, como la reclamación efectuada por la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario ocurrieron dentro del periodo de vigencia de la póliza, pues el fallecimiento de la señora Diana Yeincy Corrales Porras se produjo en octubre de 2018 y la solicitud de conciliación prejudicial se elevó el 8 de mayo de 2020, luego, de acuerdo con el entendimiento dado por el Consejo de Estado a este tipo de seguro, la póliza exhibida cubre el riesgo concretado en este asunto.

Adicionalmente, en el objeto del seguro se cubrieron los hechos expuestos en la demanda, tal como se describió en precedencia, con un valor asegurado por \$1.000.000.000.00, un deducible del 10 %.

En consecuencia, la aseguradora responderá con base en el límite asegurado, el deducible pactado y el porcentaje de cubrimiento, conforme póliza de seguro, reintegrando los valores a los que se vea compelido a pagar la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario a favor de los demandantes.

9.7. Costas.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 188 de la Ley 1437 de 2.011, se condenará en costas a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario en favor de los demandantes, atendiendo la actividad desplegada en relación con los gastos de la realización de los dictámenes periciales y consecución de pruebas, las cuales se liquidarán conforme el C.G.P., por parte de la secretaría del Despacho.

Finalmente, se dispondrá dar cumplimiento a esta sentencia en los términos del artículo 192 de la Ley 1437 de 2.011.

Por lo expuesto, el Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Pereira, Risaralda, administrando justicia en nombre de la República, y por autoridad de la ley,

X. FALLA

1. Se declaran NO PROBADAS las excepciones de culpa exclusiva de la víctima y concausa, propuestas por la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario y Liberty Seguros S.A., por las razones expuestas en la parte motiva de esta sentencia.

2. DECLÁRASE administrativa y patrimonialmente responsable a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes, con ocasión del fallecimiento de la señora Diana Yeincy Corrales Porras, ocurrido el 26 de octubre de 2018, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

3. CONDÉNASE a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, a título de indemnización por los perjuicios causados, a reconocer y pagar a la parte demandante, los siguientes emolumentos:

3.1. Por concepto de perjuicio moral:

- En favor de los señores Blanca Edilia Porras Molina y Rodrigo de Jesús Corrales Ruíz, el equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno, al momento de ejecutoria de esta sentencia.

- En favor de Kevin Alexander Soto Corrales, M.D.S.C. identificada con NUIP 1.093.558.096, N.G.C. identificada con NUIP 1.090.150.421 y A.M.C. identificada con NUIP 1.089.363.529, el equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno, al momento de ejecutoria de esta sentencia.

- Para los señores Leidy Leandra Corrales Porras, Claudia Lisde Porras Molina, Jhon Henry Corrales Porras y Eudimer Corrales Porras, el equivalente a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno, al momento de ejecutoria de esta sentencia.

3.2. Perjuicios materiales

3.2.1. Por concepto de lucro cesante consolidado, la suma de sesenta y cinco

millones doscientos diez mil cuarenta y ocho pesos m/cte (\$65.210.048,00) para Kevin Alexander Soto Corrales, M.D.S.C. identificada con NUIP 1.093.558.096, N.G.C. identificada con NUIP 1.090.150.421 y A.M.C. identificada con NUIP 1.089.363.529, en calidad de hijos de la señora Diana Yeincy Corrales Porras.

3.2.2. Lucro cesante futuro

Se cancelarán las siguientes sumas:

- Para Kevin Alexander Soto Corrales la suma de noventa millones novecientos cincuenta y dos mil cuatrocientos veinticuatro pesos M/CTE (\$90.952.424)
- Para la menor M.D.S.C. identificada con NUIP 1.093.558.096, el valor de ciento ocho millones cuatrocientos veinte mil veinte pesos (\$108.420.020)
- Para la menor N.G.C. identificada con NUIP 1.090.150.421, el valor de ciento treinta y un millones trescientos noventa y siete mil ochocientos ochenta pesos (\$131.397.880).
- Para la menor A.M.C. identificada con NUIP 1.089.363.529, la suma de ciento cuarenta y siete millones veintiséis mil trescientos cuarenta y cuatro pesos (\$147.026.344).

4. CONDÉNASE a Liberty Seguros S.A. a pagar los valores pecuniarios a que fue condenada la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, como consecuencia de esta sentencia, atendiendo límite y deducible pactado en la póliza de responsabilidad civil, profesional clínicas, hospitales, sector salud No. LB 442437, las condiciones especiales y generales del seguro, conforme a lo expuesto en esta providencia.

5. NIÉGANSE las demás pretensiones de la demanda, por lo advertido.

6. CONDÉNASE EN COSTAS a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, en favor de los demandantes, las cuales se liquidarán conforme al C.G.P. por parte de la secretaría del Despacho.

7. La entidad demandada dará cumplimiento a la sentencia y pagará intereses a partir de la ejecutoria de esta, en cuanto se cumplan los supuestos de hecho previstos para ello en el artículo 192 del C.P.A.C.A. y en los términos de esa norma. Para tal efecto, remítase copia de esta providencia a la entidad demandada.

Idéntica reproducción remítase a la Procuraduría Regional de Risaralda, para los efectos contemplados en el Decreto 262 de 2000, artículo 75, numeral 12.

8. Expídanse a costa de la parte interesada las copias auténticas que sean solicitadas, con las constancias secretariales requeridas, con observancia de los parámetros legales. (Artículo 114 del C.G.P.).

9. EJECUTORIADA esta providencia, hágase la liquidación de costas y archívense las diligencias, previas las anotaciones respectivas en los sistemas informáticos.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

CRISTINA ISABEL SÁNCHEZ BRITO
Juez

Firmado Por:
Cristina Isabel Sanchez Brito
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
Oral 001
Pereira - Risaralda

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **0b3a04b9344a0de747d09ae425370364a1b3216be12e2a2e7fd50926670fcf71**

Documento generado en 19/12/2023 07:19:27 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>