



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

**TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA
SALA SEGUNDA DE DECISIÓN
MAGISTRADO PONENTE: JUAN CARLOS HINCAPIÉ MEJÍA**

Aprobado por la Sala en sesión de hoy
Pereira, diecinueve (19) de junio de dos mil veinticinco (2025)

Referencia:

Radicado: 66001-33-33-001-2019-00237-01 (J-1346-2023)

Reparación Directa

Demandantes: Natalia Isabel Montoya Soto y otro

Demandado: E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía y otros

Apelación de Sentencia

Procede la Sala a decidir sobre el recurso de apelación interpuesto por las partes demandante y demandada E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, contra la sentencia proferida el 27 de junio de 2023 en este proceso por el Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Pereira, mediante la cual se accedió parcialmente a las súplicas de la demanda.

SÍNTESIS DEL CASO

En el presente asunto pretende la parte actora atribuir un óbito fetal acaecido el 7 de julio de 2017 a las demandadas por razón de omisiones en la gestión de interconsulta con ginecoobstetra durante los controles prenatales que era indispensable en el *sub lite*, dado que el embarazo de la señora Natalia Isabel Montoya Soto estaba catalogado como de alto riesgo por el antecedente de preeclampsia severa y cesárea en el primer parto (el segundo fue parto vaginal y el de marras corresponde al tercer embarazo), así como la tardanza en la remisión a centro de salud de tercer nivel al momento de entrar en fase latente del trabajo de parto, los cuales en su parecer fueron causa eficiente del daño. Por su parte, el extremo por pasiva afirma que no hay pruebas de la negativa en la asignación de cita con especialista ni de las gestiones que correspondían a la demandante para la

consecución de la misma, al tiempo que consideró que a pesar del alto riesgo obstétrico la paciente al momento de entrar en trabajo de parto (fase latente) no cumplía con criterios de hospitalización ni de remisión a nivel superior de acuerdo a lo reglado en Guía de Práctica Clínica, al tiempo que la conducta de la gestante incidió en el fatal resultado, ya que pese a haber tenido salida de líquido amniótico teñido de meconio, tardó más de ocho horas en acudir al servicio de urgencias y sumado a todo ello, el deceso del feto se dio producto de una circular de cordón umbilical a cuello que es un hecho imprevisible e inevitable.

ANTECEDENTES

Los señores Natalia Isabel Montoya Soto y Luis David Carrasquilla Urrea, por medio de apoderada judicial, presentaron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa contra la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, EPS Cafesalud y departamento de Risaralda en procura de las siguientes:

I. PRETENSIONES

Pueden abreviarse así¹:

Que las entidades E.S.E Hospital Nazareth de Quinchía, E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira, E.P.S Cafesalud y departamento de Risaralda, reconozcan y paguen los perjuicios inmateriales y patrimoniales causados a los accionantes con ocasión de la atención irregular e inadecuada por la muerte del bebé en el momento de nacer, con alto riesgo de mortalidad, por falta de diligencia para realizar tratamientos pertinentes, mientras se encontraba en el vientre materno, y las complicaciones al momento de nacer y el embarazo catalogado como de alto riesgo lo que redujo su oportunidad de sobrevivir, acaecida en junio de 2017.

Perjuicios morales: Para los señores Natalia Isabel Montoya Soto y Luis David Carrasquilla Urrea en calidad de padres del bebé fallecido, el equivalente a 200

¹ Pág. 3-4 archivo 001 expediente digital SAMAI -Otras instancias.

SMLMV para cada uno de ellos.

Pérdida de oportunidad: Para los señores Natalia Isabel Montoya Soto y Luis David Carrasquilla Urrea en calidad de padres del bebé fallecido, el equivalente a 200 SMLMV para cada uno de ellos.

Daño a la salud: Para los señores Natalia Isabel Montoya Soto y Luis David Carrasquilla Urrea en calidad de padres del bebé fallecido, el equivalente a 100 SMLMV para cada uno de ellos.

Asimismo, solicita se condene en costas a las entidades demandadas.

II. HECHOS

Se resumen de la siguiente manera²:

Relata que la señora Natalia Isabel Montoya Soto para la época de los hechos estaba afiliada al régimen subsidiado en salud en la EPS Cafesalud.

Narra que con ocasión a su estado de embarazo asistía a controles prenatales en el Centro de Salud Santa Teresita de Irra, corregimiento de Quinchía (Risaralda), el cual es dependiente de la E.S.E. Nazareth de esa misma municipalidad según consta en historia clínica número 3146626161 de dicha institución.

En la ESE Hospital Nazareth de Quinchía está registrada con el número de historia clínica 3146626161 la atención médica prestada a la señora Natalia Isabel Montoya Soto, pero su atención en salud se prestó directamente en el sitio de residencia en el corregimiento de Irra a cargo del Centro de Salud Santa Teresita, ambos del primer nivel de atención.

Afirma que era el tercer embarazo de la señora Montoya Soto y debe catalogarse como de alto riesgo obstétrico con base en los antecedentes, hallazgos clínicos y

2 Pág. 4-12 archivo 001 expediente digital SAMAI -Otras instancias.

consecuencias del estado de gravidez.

Considera que debió remitirse a la paciente a valoración con especialista desde la primera consulta prenatal y efectuarle un monitoreo constante de la presión arterial media como predictor de la preeclampsia, pero ello no se hizo, al tiempo que tampoco se realizó un examen integral y detallado que sirve de predictor de enfermedad hipertensiva crónica activa o controlada.

Se duele que tampoco se tomaron las proteinurias, ácido úrico, hematocritos, plaquetas ni se le suministraron medicamentos antihipertensivos, tampoco se observa si asistía o no a controles en otros programas ni qué conductas asumía la señora Montoya Soto frente a la enfermedad, de lo que colige la desatención y omisión médica en la que incurrieron los galenos del Centro Hospitalario Santa Teresita, pues, en su parecer, de haber realizado los controles médicos protocolarios hubieran podido apercibirse de que el embarazo era de alto riesgo y consecuencia a ello hubiera podido iniciar los tratamientos terapéuticos y clínicos para mitigar los riesgos de dicha condición.

En la historia clínica prenatal no se observa que se hubiera efectuado calificación del Riesgo Obstétrico o escala de Riesgo Biopsicosocial Prenatal de Herrera y Hurtado.

El 15 de noviembre de 2016 la señora Natalia Isabel asiste a la primera consulta prenatal con el médico general Maximiliano Gañan Velasco cuando cursaba con apenas 9 semanas de gestación, lo que en su parecer es una excelente edad gestacional para la captación; en dicha atención se solicitan los exámenes de ingreso al programa, se prescribe tratamiento profiláctico para preeclampsia con calcio y ácido acetil salicílico, y los micronutrientes; se admite el diagnóstico de supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación.

Estima que la conducta adecuada debió ser la remisión de la paciente a especialista gineco-obstetra con los resultados de los exámenes ordenados en el primer nivel para que dicho profesional reclasifique el riesgo y definiera el protocolo a seguir para minimizar los riesgos.

Señala que la paciente acude a un tercer control prenatal por Consulta Externa de la ESE Hospital Nazareth de Quinchía, el día 03 de mayo de 2017 a las 08:08 horas, con el Dr. Sergio Alejandro Clavijo Marín, médico general; la que se corresponde con el sexto y último control, referido en el carnet Perinatal cuando cursaba con 33.6 semanas de gestación. Destaca de dicha atención médica que se registra en la historia clínica que la gestante no ha sido valorada por ginecología, solo se le ha practicado una ecografía, por lo cual se solicita interconsulta y paraclínicos de tercer trimestre.

Se duele que en la autorización de Cafesalud para la especialidad con ginecología a practicarse en el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (de segundo nivel) no se plasma la nota de «prioritaria». Destaca además que va con el diagnóstico Z35.9.

Afirma que jamás la llamaron del centro de salud de segundo nivel y fueron reiteradas las negativas para asignarle agenda, reprochando que nunca pudo valorarla el ginecólogo.

Endilga a la EPS CAFESALUD omisión en el seguimiento al no facilitarle la posibilidad de obtener consulta con otro profesional.

Narra que la señora Montoya Soto reconsulta el 4 de junio de 2017 a la semana 38 y 3 días de gestación.

Considera que hubo omisión en las actividades de prevención de búsqueda y atención primaria a gestantes mediante visitas domiciliarias, seguimiento, vigilancia, control y educación.

Destaca de la historia clínica que las cifras diastólicas presentaron tendencias al rango «normal alto» desde la primera consulta, por lo que era desacertado afirmar que las mismas estaban estables.

El día 7 de junio de 2017 hacia las 12:30 p.m. la señora Natalia Isabel consulta a

urgencias por presentar contracciones.

Expone que hubo cambios cervicales desde el 4 de junio de 2017, por lo que se duele que a nadie le hubiera parecido que una fase latente de más de 50 horas en una mujer con tres gestaciones se hacía demasiado prolongada.

Señala que la parturienta no fue aceptada en la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira porque el médico de turno de esa entidad consideró que se podía desencadenar parto dentro de la ambulancia.

Asevera que del estudio realizado al mortinato se infiere que tenía condiciones fisiológicas y viabilidad como proyecto de vida humana saludable, ya que no presentaba malformaciones congénitas evidentes ni lesiones traumáticas aparentes, solo hemorragia leve generalizada y congestión vascular.

Atribuye como causa eficiente de la muerte neonatal a las omisiones del cuerpo médico, pues de haberse atendido el embarazo como de alto riesgo y su preeclampsia sobreviniente, se hubiera podido salvaguardar probablemente la expectativa de vida del nasciturus y prevenirse el alto riesgo o peligro para la salud de la gestante, quien vio comprometida su vida a lo largo de todo el embarazo.

Indica que del análisis histopatológico realizado al feto se infiere que la preeclampsia sobreviniente al momento del parto causó la muerte fetal.

III. INTERVENCIONES DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS Y DE LA LLAMADAS EN GARANTÍA

La **E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía** allegó contestación a la demanda según escrito digitalizado obrante en el archivo 001 folios 158 y siguientes del cuaderno de primera instancia, en el que se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, con fundamento en los argumentos que se pasan a resumir.

Señala que en asuntos como el que se estudia el régimen de responsabilidad aplicable es el de culpa probada, por lo que es carga de la parte actora acreditar los

supuestos necesarios que estructuran la responsabilidad por las presuntas irregularidades, deficiencias o equivocaciones que se le endilgan.

Destacan que durante los controles prenatales la señora Natalia Isabel Montoya Soto no presentó cifras tensionales elevadas para considerar un diagnóstico de hipertensión crónica, la cual es definida como cifras tensionales mayores a 140/90 mm/hg antes de las 20 semanas, relevando que durante sus dos primeras consultas sus cifras no superaron los 100/70 mm/hg, esto es, cifras en rangos normales.

Relata que la paciente tuvo seis controles prenatales, cada uno de forma mensual hasta la semana 33.6

Narra que a la paciente en su primera consulta le fueron realizadas las intervenciones necesarias dada su condición de alto riesgo (edad, periodo intergenésico largo, antecedente de preeclampsia en primera gestación, cesárea previa), y por ello se le ordenó, por parte del médico Maximiliano Gañán Velasco, desde el 15 de noviembre de 2016 ácido acetilsalicílico para la prevención de la preeclampsia, tal como lo establece la guía de práctica clínica para la detección de alteraciones del embarazo, parto y puerperio del Ministerio de Salud año 2013, para pacientes con un factor de riesgo alto (antecedente de preeclampsia severa) o que tengan dos factores de riesgo moderados.

También refiere que en el primer control del día 15 de noviembre de 2016, se le ordenaron los paraclínicos, y estos fueron reportados en su totalidad solo hasta el 21 de diciembre, lo cual era indispensable para acudir al especialista en ginecología, para que este pudiera hacer una evaluación integral, caso contrario repite las órdenes de los exámenes y cita a nuevos controles hasta que se tengan los mencionados reportes, dando lugar a pérdida de tiempo y dinero por parte de la paciente, lo que genera un impacto económico y social, así como una mala experiencia con el sistema de salud, por lo que muchas gestantes deciden no volver a las consultas al considerar que no se les hace nada; resaltando que en ese primer control se ordenó la ecografía, la cual no fue realizado sino hasta la semana 22, y pese que en el hospital Nazareth se realizan ecografías obstétricas de forma mensual, por problemas de autorización con su EPS, esta no se obtiene en su

primer trimestre, tal como se documenta en la historia clínica.

Manifiesta que la remisión a ginecología se realiza el 3 de mayo, considerando que era oportuna para que dicha especialidad definiera lugar de parto, sin embargo dicha cita nunca se da, así como tampoco la respuesta afirmativa por parte de la EPS.

Como no presentó cifras tensionales altas no requirió proteinuria ni de tomas periódicas de presión arterial.

Asevera que no existió durante sus controles, ni durante su primer ingreso a urgencias, un diagnóstico de preeclampsia, mas sí fueron realizadas las intervenciones necesarias para su prevención, mediante el ácido acetilsalicílico a dosis bajas y la administración de calcio.

Explica que la guía de práctica clínica define la fase latente del trabajo de parto como: *«periodo de parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm de dilatación»*, también establece que el ingreso de la paciente se debe realizar con una dilatación de 3-4 cm, y un borramiento del 50%, criterios que para el médico que atiende la consulta inicial el día 04 de junio de 2017 son cumplidos, por lo que decide ingresarla, teniendo en cuenta que se está en un puesto de salud (Santa Teresita del corregimiento de Irra), y remitirla a la institución prestadora, la ESE Hospital Nazareth, de primer nivel de atención para que realice la vigilancia de la paciente.

Acota que después de múltiples valoraciones realizadas entre los días 4 y 5 de junio de 2017 no se documentaron cifras tensionales elevadas, así como tampoco una actividad uterina regular para un inicio clínico de trabajo de parto.

Los médicos de turno revaloran la paciente encontrando una dilatación de 2 cm y borramiento del 10%, sin criterios para su ingreso, por lo que el equipo médico teniendo en cuenta las condiciones económicas de la paciente y que procedía de un sitio lejano, deciden ofrecer a la paciente casa de paso, siendo valorada cada 4 horas en el hospital, lo cual ella aceptó.

Estima que dados los hallazgos en la paciente, aún no se debía diligenciar partograma, puesto que es desde el inicio de una fase activa de trabajo de parto, a partir de una dilatación de 5 cm.

Dice que la paciente hace caso omiso de los signos de alarma, explicados y referidos durante los controles, así como antes de su egreso de la institución por cuanto para el día 7 de junio la paciente rompe membranas a las 02:30 am, sin embargo, en un acto de negligencia hacia sí misma y su bebé, decide no consultar, ni mencionarlo a la cuidadora de la casa de paso, mientras que el trabajo de parto avanza hacia una fase activa, pese a estar a menos de tres cuabras del hospital en donde se le hubiere brindado vigilancia a su trabajo de parto y detectar complicaciones; llegando al Hospital tardíamente, con una dilatación de 7 cm, borramiento del 80%, con liquido teñido de meconio, de esta forma no se logra iniciar y diligenciar de forma adecuada el partograma.

El monitoreo inicial es tomado, siendo este de categoría 1, se decide comentar con el Hospital Universitario San Jorge, siguiendo el conducto regular de procesos de referencia y contrarreferencia, para conocer la disponibilidad de camas, así como disponibilidad de unidad de cuidados intensivos neonatal, ya que salir de inmediato y sin conocer dicha disponibilidad se puede convertir en un paseo de la muerte.

Reseña que el Hospital San Jorge, institución de tercer nivel, da una respuesta negativa, afirmando que existe alto riesgo de nacer en la ambulancia, con todas las complicaciones que esto puede acarrear, por lo que la paciente no es aceptada.

Posteriormente se documentan cifras tensionales elevadas 140/95 mm/hg sin rangos de preeclampsia severa (160/110 mm/hg) pero con la presencia de premonitorios, así como bradicardia fetal (95 lpm) posterior al seguimiento de la usuaria, por lo que el médico de turno decide remitir como urgencia primaria, con el posterior desenlace adverso materno-perinatal.

A su juicio el deceso del feto como tal, no se da por una «preeclampsia severa», tal como afirma la parte demandante, sino por la presencia de una circular de cordón,

la cual es un evento fortuito, con un resultado lamentable. Se descarta la presencia de preeclampsia, dado que en la misma historia clínica del Hospital Universitario San Jorge, el reporte de paraclínicos da resultados negativos para preeclampsia, no se documentan cifras tensionales elevadas, no requiere de tratamiento antihipertensivo, a tal punto que ginecología decide suspender el sulfato de magnesio.

Respecto a la circular de cordón, es un evento frecuente que se puede presentar entre un 15 al 34% de todos los nacimientos para la circular única, que si bien se puede documentar por ecografía, se puede presentar en cualquier momento del embarazo, resaltando que el patrón diagnóstico de la circular de cordón es la visualización directa en el momento del parto.

Conforme a lo argumentado, considera que no existió falla en la prestación del servicio de salud a cargo de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía.

Concurrió de forma oportuna el **departamento de Risaralda** con memorial que reposa en el archivo digitalizado 002 folios 62 y siguientes del cuaderno de primera instancia, en el que indica que no evidenció un centro de imputación específica en cuanto a la entidad territorial, al tiempo que no existe responsabilidad probada.

Recalca que no es su función prestar servicios de salud a ningún paciente, puesto que dichas obligaciones están dadas por la Ley a los prestadores del servicio de salud debidamente inscritos, por lo que es evidente que no tuvo participación directa o indirecta en la atención médico asistencial brindada a la paciente Natalia Isabel Montoya, por lo que los posibles hechos u omisiones que pudieron haber ocasionado los perjuicios de la paciente y que sean atribuibles exclusivamente a la EPS y a la IPS, no generan responsabilidad a cargo del departamento de Risaralda.

Además de lo anterior el departamento ha dado estricto cumplimiento a las funciones que por ley le han sido asignadas, que en este caso en particular, consistían en verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación.

Explica que aunque el departamento de Risaralda tenga la función legal de vigilar

el cumplimiento de las políticas, planes, programas, proyectos y las normas técnicas, administrativas y de calidad del servicio, adoptados para el sector salud, e imponer, si es el caso, las sanciones a que hubiere lugar, esta función no puede comprender sin duda alguna, la de fiscalizar y vigilar cada una de las actividades concretas, realizadas por las diferentes entidades encargadas de prestar el servicio de salud, y que es obligación exclusiva de cada prestador, cumplir y mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de vigencia de su inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, así lo dispone el Decreto 780 de 2016 que compiló el Decreto 1011 del 2006, artículos 12 y 15.

Colige que en el *dossier* no se ha demostrado la relación causal entre el daño y el accionar de ese ente territorial.

Con fundamento en lo anterior, solicita se despachen desfavorablemente las pretensiones de la demanda.

Formula como excepciones de mérito las que denominó: «*tasación excesiva de los perjuicios morales*», «*falta de legitimación en la causa por pasiva*» y «*falta de nexo causal*».

También concurrió al litigio la **E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira** con escrito visible en archivo 002 folios 131 y siguientes del cuaderno de primera instancia, en el que solicita que se nieguen las súplicas de la demanda, indicando que las atenciones médicas en estudio no fueron dispensadas en dicho centro asistencial.

Infiere que la falla que se le pretende endilgar radica en que presuntamente se dio la indicación por parte del médico de gineco-obstetricia de no traslado de la paciente por riesgo de que el nacimiento del bebé ocurriera en la ambulancia en la cual se trasladaría la paciente del municipio de Quinchía a la ciudad de Pereira, afirmación a la que se opone señalando que en ningún momento hubo negación del servicio, claramente se consigna en la historia clínica que hubo una recomendación atendiendo al avanzado estado de la dilatación, la cual según la nota de enfermería,

cuando la paciente ingresó a dicho centro asistencial se encontraba el 7 cms. de dilatación y 100% de borramiento, lo que evidentemente permite establecer que se trataba de una paciente en trabajo de parto en la fase activa, y que ciertamente incrementaba el riesgo de que el expulsivo ocurriera en la ambulancia, poniéndose a la paciente en una situación más gravosa aun que estando en un centro asistencial.

Resalta que la recomendación no impidió que el médico tratante decidiera remitirla como urgencia vital ni retrasó en modo alguno el traslado de la paciente al Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Precisa que cuando se hacen remisiones como urgencias vitales no se requiere que los pacientes sean comentados de manera previa; por lo tanto, basta con la remisión, como en efecto sucedió en el de marras.

Narra que la paciente ingresa a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira como urgencia vital el 7 de junio de 2017 remitida de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, informando que a su llegada no se auscultaba la frecuencia cardiaca fetal con doppler, motivo por el cual la ginecóloga de turno procedió a hacer rastreo ecográfico confirmando la ausencia de frecuencia cardiaca fetal y por consiguiente el óbito fetal.

Teniendo en cuenta entonces las condiciones de ingreso de la paciente, se continuó manejo hipertensivo y se pasó a la sala de partos toda vez que según tacto vaginal de las 17:00 horas se encontraba en dilatación y borramientos completos, se ordenaron exámenes de laboratorio.

El expulsivo se registró a las 18:35 horas, obteniéndose un producto con circular a cuello, impregnado de meconio espeso grado III, sin signos vitales, indicándose que por las livideces y equimosis a nivel palpebral y en cuello hacían sospechar un tiempo de muerte superior a cuatro horas.

Indica que se solicitó estudio anatomopatológico del cadáver del bebé y precisa que en la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira no se confirmó la sospecha

diagnóstica de preeclampsia.

Formula como excepciones las que denominó: «*inexistencia de nexo de causalidad*» y «*valoración exagerada de los perjuicios*».

Liberty Seguros S.A. como coaseguradora junto con Seguros del Estado quien a su vez actúa como llamado en garantía del departamento de Risaralda, presentó contestación a la demanda y al llamamiento con pronunciamiento visible en el archivo 002 folios 309 y siguientes del cuaderno de primera instancia, oponiéndose a las declaraciones y condenas pretendidas en la demanda, conforme a lo que se pasa a sintetizar.

Afirma que no hay lugar a endilgar responsabilidad alguna al departamento de Risaralda en consideración a que dicha entidad no presta servicios de salud y no intervino en la atención médica dispensada a la señora Natalia Isabel Montoya Soto.

Narra que el 7 de junio de 2017 hacia las 16:02 horas cuando la paciente ingresa a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira remitida de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, ya se presentaba inexistencia de frecuencia cardiaca fetal.

Informa que las instalaciones de urgencias de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía son de baja complejidad y por tanto no cuentan con el servicio de ginecobstetricia.

Dice que el material probatorio no demuestra incumplimiento a cargo del personal médico que atendió a la paciente en la E.S.E. Hospital Nazareth ya que ellos aplicaron su conocimiento médico en la forma esperada con la capacidad instalada para el primer nivel de atención en salud, independientemente del resultado al que se llegó. Tampoco se demuestra el incumplimiento de las obligaciones a cargo del personal médico de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira en consideración a que ya se había concretado el óbito fetal para el momento en que la paciente arribó a dicha unidad hospitalaria. Finalmente, no se configura el incumplimiento de las obligaciones del departamento de Risaralda, toda vez que dicha entidad no presta servicios de salud.

Alude a que en la historia clínica se encuentra consignado que durante los controles prenatales la paciente no presentó hipertensión sugestiva de una preeclampsia.

Dice que la E.S.E. Nazareth de Quinchía remitió oportunamente a la paciente a ginecología, pero ella no se presentó, sin que se pueda establecer si fue por falta de diligencia de la usuaria o por falta de autorización de la respectiva EPS.

Reseña que la paciente se presentó en las horas de la mañana de junio 7 de 2017 en las instalaciones de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, momento a partir del cual se inició el trámite para diligencia de parto. No obstante, ante la ausencia de recursos para el monitoreo fetal con el fin de determinar el estado del feto, el personal médico decidió remitir a la paciente como urgencia vital a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, como entidad de nivel superior que podía ofrecer cama en unidad de neonatos y otros servicios para establecer el estado del feto, toda vez que la capacidad instalada es de baja complejidad en la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía y por tanto, no cuenta con el servicio de ginecobstetricia ni con unidad de neonatos.

Describe que fue remitida a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira a donde llegó a las 16:02 horas de junio 7 de 2017, evidenciándose para ese momento la inexistencia de frecuencia cardiaca fetal y en consecuencia el óbito fetal.

Resalta que al expulsivo registrado a las 18:35 horas de junio 7 de 2017 en la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, se obtiene un producto con circular a cuello y sin signos vitales, y que no se confirmó sospecha diagnóstica de preeclampsia en la paciente Natalia Isabel Montoya Soto, condición que no fue consecuencia de ningún tratamiento médico de las Empresas Sociales del Estado demandadas y mucho menos del departamento de Risaralda, puesto que ésta última entidad no presta servicios de salud a ningún paciente y por tanto, no tuvo conocimiento de la atención prestada, ni tuvo participación directa o indirecta en la atención médica ofrecida a la paciente.

Considera que las manifestaciones de la demandante constituyen apreciaciones subjetivas sin sustento probatorio, puesto que realmente no derivaron de un daño

antijurídico, ni son consecuencia de una mala praxis médica, sino que corresponden a un deterioro propio del feto causado por una circular a cuello, que, en todo caso, no fue consecuencia del actuar del personal médico al servicio de las entidades demandadas.

Insiste en que la atención médica ofrecida a la paciente fue diligente y oportuna de conformidad con la capacidad instalada para el primer nivel de atención en salud, razón por la que no es procedente imputar responsabilidad a la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía.

Formula como excepciones a la demanda las que denominó: *«falta de legitimación en la causa por pasiva respecto del departamento de Risaralda»*, *«inexistencia de daño antijurídico respecto del departamento de Risaralda»*, *«ausencia de falla en el servicio por parte del departamento de Risaralda»*, *«inexistencia de relación causal respecto del departamento de Risaralda»*, *«falta de prueba de perjuicios morales respecto del departamento de Risaralda»*, *«falta de prueba de perjuicio a la salud respecto del departamento de Risaralda»* y *«excesiva tasación de perjuicios inmateriales»*.

En cuanto al llamamiento en garantía precisa que Liberty Seguros S.A. solo está llamada a responder de acuerdo a los términos y condiciones de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual Nro. 55-02- 101000700 expedida en diciembre 14 de 2016, en la que aparece como tomador y asegurado el departamento de Risaralda, la cual estuvo vigente desde noviembre 9 de 2016 hasta junio 9 de 2017, fue expedida en coaseguro por Seguros del Estado S.A. con una participación del 70% y Liberty Seguros S.A. con una participación del 30%, hasta el monto de la suma asegurada, dentro de los límites de los valores asegurados, vigencia, amparos, coberturas, deducibles, exclusiones y condiciones generales de dicho contrato de seguro, razón suficiente para establecer que en ningún caso podrá endilgársele responsabilidad solidaria.

Se opone a que se le impongan condenas por ajustes, costas y gastos del proceso que tenga el departamento de Risaralda, con fundamento en que la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual no cubre los costos operacionales

de la entidad demandada, razón por la que tales conceptos deben ser asumidos por la demandada con imputación a su patrimonio propio, en el evento en que resulte condenada.

Explica que la referida póliza no ampara los hechos objeto de demanda que nos ocupa. El contrato de seguros mencionado ofrece cobertura para los perjuicios de carácter patrimonial por los siguientes amparos:

- Predios, labores y operaciones
- Contratistas y subcontratistas
- Responsabilidad civil patronal
- Parqueaderos
- Vehículos propios y no propios
- Gastos médicos
- Responsabilidad civil cruzada
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control

La póliza tiene como objeto indemnizar las pérdidas económicas de la entidad asegurada por concepto de procesos promovidos en su contra por terceras personas a las cuales se les cause perjuicios físicos, morales o materiales, originados en accidentes producidos durante la ejecución de las actividades propias del asegurado, razón por la que no ofrece cobertura para indemnizar perjuicios por tratamientos médicos.

Como excepciones al llamamiento en garantía formuló las que denominó: «sujeción de las partes al contrato de seguro póliza de seguro de responsabilidad civil extracontractual nro. 55-02- 101000700 y a las normas legales que lo regulan», «ausencia de cobertura de la póliza de seguro de responsabilidad civil extracontractual nro. 55-02-101000700», «límite asegurado», «inexistencia de solidaridad» y «deducible a cargo del asegurado».

Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. como coasegurador junto con Allianz Seguros S.A. quien a su vez actúa como llamada en garantía de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira mediante escrito obrante en el archivo

003 folios 2 y siguientes del cuaderno de primera instancia presenta contestación a la demanda y al llamamiento en garantía.

Afirma que la paciente fue enviada al Hospital San Jorge de Pereira como una urgencia vital, por lo que, no era necesario comentarla, señalando que prueba de ello es que, la paciente fue recibida en el hospital como una urgencia vital, siendo atendida por una especialista en ginecología, quien confirmó la ausencia de frecuencia cardíaca fetal y el consecuente óbito fetal.

Manifiesta que la asegurada atendió a la paciente bajo todos los protocolos médicos establecidos para el caso; que se le brindaron de manera oportuna los exámenes y atenciones médicas y hospitalarias con los que contaba el Hospital de acuerdo a la sintomatología que registraba.

Colige que la llamante no tiene ninguna responsabilidad en la muerte del bebé, pues cuando la paciente ingresó al hospital, el 07 de junio de 2017 a las 16:02 horas, ya se había presentado la muerte fetal.

Exalta que la práctica médica es de medio y no de resultados, lo que significa que el médico está obligado a realizar todos los tratamientos o procedimientos adecuados a fin de conjurar la dolencia del paciente, procedimientos que por regla general conllevan a riesgos y complicaciones, que obligan al profesional de la medicina a agotar todos los medios a su alcance para evitar daños mayores, eventos en los cuales no compromete en ningún momento su responsabilidad.

Formula como excepciones a la demanda las que denominó: *«inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa»*, *«ausencia de culpa y consecuentemente de responsabilidad del demandado ese Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la llamada en garantía Mapfre seguros generales de Colombia S.A.»*, *«cumplimiento de la lex artis»* y *«cobro de lo no debido»*.

Respecto del llamamiento en garantía precisó que en lo que respecta a Mapfre seguros en su condición de coaseguradora del seguro expedido por Allianz Seguros

S.A., la cobertura de dicho coaseguro finalizó en el mes de enero del año 2018.

Explicó que cualquier reclamación está condicionada a los alcances de su modalidad de contratación *claims made*, en la cual se cubren los reclamos realizados por el tercero al asegurado dentro de la vigencia del contrato de seguro.

Aclara que la póliza que refiere la llamante no está suscrita por Mapfre Seguros, sino que está expedida por Allianz Seguros S.A., y tiene una serie de condiciones especiales en su estructura y por tal razón cualquier reclamación está condicionada a los alcances de su modalidad de contratación (*claims made*), en la cual se cubren los reclamos realizados por el tercero al asegurado dentro de la vigencia del contrato de seguro, lo que representa que, el hecho de que la póliza se encuentre vigente para la fecha del suceso, no es suficiente para la efectividad de la cobertura, habida consideración que la modalidad del seguro exige que la reclamación se efectúe a la aseguradora dentro de la vigencia de la póliza.

Informa que el contrato de seguro estuvo vigente hasta el 30 de enero de 2018, pero la reclamación frente a Allianz Seguros S.A. ocurre con la audiencia de conciliación extrajudicial. de fecha 17 de mayo de 2019, y, frente a Mapfre Seguros ocurre con el auto que ordenó su vinculación como coaseguradora, de fecha 07 de febrero de 2020, fechas en la que ya no estaba vigente la póliza referida.

Como excepciones frente al llamamiento en garantía formula las siguientes: *«modalidad de cobertura "claims made" por reclamación», «límites asegurados de la póliza», «deducibles», «ausencia de responsabilidad por parte de la aseguradora como consecuencia de una sentencia a favor de la demandada E.S.E. Hospital San Jorge de Pereira», «garantías a cargo del asegurado», «obligaciones del asegurado en caso de un acontecimiento adverso» y «coaseguro aceptado».*

Seguros del Estado como llamado en garantía del departamento de Risaralda arrió pronunciamento frente a la demanda y al llamamiento en garantía obrante en folios 67 y siguientes del archivo digitalizado 003 del cuaderno de primera instancia.

Al contestar la demanda señaló que se opone a las pretensiones de la demanda por cuanto el departamento de Risaralda no tiene injerencia alguna en el hecho dañoso alegado y sufrido por los actores, por cuanto entre sus funciones no está prestar servicios de salud, dicha función corresponde a las entidades debidamente inscritas para esto.

Como excepciones a la demanda formula las siguientes: «ausencia de responsabilidad patrimonial del Estado», «inexistencia de nexo causal», «ausencia de fundamento probatorio», «indebida solicitud de perjuicios» y «tasación excesiva de perjuicios».

Respecto del llamamiento en garantía informó que entre Seguros del Estado S.A. y el departamento de Risaralda se celebró contrato de seguro N° 55-02-101000700 con cobertura para el periodo 09 de noviembre de 2016 al 09 de junio de 2017, y por ser de modalidad que ampara: Extracontractual - predios, labores y operaciones con un valor asegurado de \$3.000.000.000 con un deducible del 10% mínimo 2 SMMLV, se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del asegurado derivada de las actividades desarrolladas por el mismo en el giro normal de sus negocios, especificados en la solicitud y en la carátula de la póliza.

Aclara que hace parte del interés asegurable: «Indemnizar las pérdidas económicas de la entidad por concepto de procesos promovidos en su contra por terceras personas a las cuales se les cause perjuicios físicos, morales o materiales, originados en accidentes producidos durante la ejecución de las actividades propias del asegurado.»

Aduce que los hechos se presentan en vigencia de la póliza pero no se cumple con el interés asegurable en este caso, por lo que no sería un riesgo asegurable por no presentarse el hecho en el giro de las funciones del Departamento y no ser el Departamento prestador de servicios de salud.

Formula como excepciones al llamamiento en garantía: «inexistencia de la obligación de indemnizar por ausencia de responsabilidad directa del departamento

de Risaralda», «exclusión de la póliza por ausencia de cobertura», «póliza en modalidad de coaseguro y por lo tanto límite de responsabilidad máxima», «seguro responsabilidad civil extracontractual no. 55-02-101000700», «límite de valor asegurado», «disponibilidad de valor asegurado, limitación de responsabilidad de Seguros del Estado al monto de la suma asegurada por concepto de responsabilidad civil artículos 1079 y 1111 del código de comercio» y «condiciones generales y exclusiones de la póliza».

La **Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo** en calidad de llamada en garantía de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía y también de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, contestó la demanda y los llamamientos mediante escrito visible en archivo 003 folios 95 y siguientes del cuaderno de primera instancia, en los siguientes términos.

Al pronunciarse frente a la demanda, hace alusión al dictamen pericial aportado por la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía para señalar que a la paciente se le suministraron los medicamentos requeridos, al tiempo que se le prestó el servicio de manera oportuna y eficiente.

Afirma que los controles allí realizados reflejaron normalidad en el desarrollo del embarazo, enfatizando en que se le realizaron los exámenes correspondientes, siendo que el lamentable óbito fetal se debió a circunstancias irresistibles, propias de la situación particular de la paciente.

Argumentan que el tiempo en que la señora Natalia Isabel Montoya Soto dejó de acudir a recibir atención en el Centro de Salud Santa Teresita es atribuible única y exclusivamente a su propia conducta, incumpliendo con los deberes de autocuidado, sin que ello implique el que el centro médico infrinja normas de prevención, vigilancia y control, pues escapa de la órbita funcional la conducta que voluntariamente asume la paciente.

Alude al hecho de que la paciente ya había presentado previamente dos embarazos, inclusive con cuadros sintomatológicos más severos, por lo que ya conocía la importancia de requerir las consultas en el tiempo oportuno dispuesto por los

profesionales, de ahí que omitir asistir a los controles y citas ordenadas, o evitar voluntariamente la atención constantemente, constituye un incumplimiento al deber de autocuidado y fundamenta una conducta determinante en la materialización del daño.

Es reiterativo en indicar que la E.S.E. Nazareth de Quinchía prestó los servicios de salud con apego a los protocolos, guías y atendiendo el cuadro sintomatológico que presentó la paciente en cada una de las oportunidades que requirió de atención.

En lo referente a una supuesta pérdida de oportunidad por los tres días en que la paciente estuvo en el hogar de paso, dice que carece de cualquier sustento técnico sostener que en ese intervalo de tiempo se consolidó el daño reclamado, toda vez que la directriz médica se prescribió a partir del cuadro clínico que para ese momento presentó la señora Montoya Soto. Quiere decir esto que la situación médica en la que se encontraba para ese momento permitía tomar medidas como las que para ese momento adoptó el equipo médico, partiendo de lo visto en los diferentes controles médicos y el resultado de los diferentes exámenes médicos practicados.

Arguye que las gestiones administrativas tendientes a valoración, autorización y designación de IPS son propias de la EPS Cafesalud, y externas a la órbita funcional del Hospital Nazareth de Quinchía E.S.E.

Considera que la atribución de responsabilidad que se realiza frente al Hospital Universitario San Jorge de Pereira E.S.E. es igualmente infundada, pues la advertencia que realizó el médico Daniel Duque Tobón el día 7 de junio de 2017, de que era recomendable atender el parto en la institución por lo avanzado en la dilatación obedecía a las circunstancias de hecho que precisamente ocurrieron en ese momento, y que lamentablemente culminaron con el óbito fetal.

Estima que hay una imprecisión en la técnica jurídica que impide determinar eficientemente la causa del daño, al atribuir el daño a la muerte, ya que jurídicamente no hubo persona, condición mínima para considerar la ocurrencia de la muerte como instituto jurídico.

Analiza los diferentes hechos y pretensiones para inferir que la voluntad de la parte demandante es establecer el daño a partir de una pérdida de oportunidad. No obstante, según la excesiva cuantificación de los perjuicios, infiere que el daño se fundamenta en el óbito fetal.

Indica que la demanda no tiene una solicitud de declaración de responsabilidad en contra de las demandadas.

Expone que con el material probatorio recaudado hasta esta instancia, la causa eficiente y determinante del daño no es atribuible a esta entidad demandada. No hay ninguna prueba que acredite su intervención en la concreción del supuesto daño, y como se puede confrontar con las historias clínicas, los actos médicos desarrollados por el personal que trató a la paciente se ajustaron a los protocolos exigidos para este tipo de eventos médicos, los síntomas propios del paciente llevaron al equipo médico tratante a concluir el diagnóstico que efectuaron en las diferentes oportunidades, por lo que su labor se desarrolló en debidos términos.

En cuanto a la pérdida de oportunidad, estimó que no se probó la existencia de la posibilidad que supuestamente se perdió, por lo que no se cumple con el requisito de certeza para estructurar el daño. Es una total incertidumbre determinar concretamente si haberse prestado la atención en los términos inferidos subjetivamente por el apoderado actor, hubiera incidido de manera diferente en el resultado, por lo tanto, se trata de un daño puramente eventual. De igual manera, no se acreditó que la víctima se encontrara en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado, lo cual se agrava teniendo en cuenta que como lo determinó el perito de la parte demandada, *«la cardiotocografía realizada al momento de la consulta en trabajo de parto el día 4 de junio de 2017, resultó categoría I, que es sinónimo de bienestar fetal, indicando que el feto tiene bajo riesgo de mortalidad fetal durante los siguientes 7 días a la prueba»*.

De otra parte, considera que no existe prueba de una falla en la prestación del servicio médico atribuible a los Hospitales demandados, lo cual traduce una ausencia causal y por tanto la inexistencia de estructuración de la imputación.

Explica que la tasación de los perjuicios es elevada y debe ajustarse a los parámetros jurisprudenciales actuales. Además, indica que respecto al señor Luis David Carrasquilla Urrea, no existe prueba de que fuera él quien concibió al bebé por nacer, por lo que carece de legitimación en la causa para la reclamación de perjuicios.

Por último, la petición de daño a la salud, si bien acierta en que solamente estaría legitimada la señora Natalia Isabel Montoya Soto, no se aporta ninguna prueba que acredite efectivamente la afectación en la salud de ella, por el contrario, la exposición sustancial de la solicitud del perjuicio infiere que lo que a juicio de la parte demandante constituye daño a la salud, ya se estaría indemnizando con el daño moral, evidentemente ante un hipotético reconocimiento de perjuicios.

En su parecer el proceso debe ser tratado bajo un régimen subjetivo de responsabilidad.

Como excepciones frente a la demanda formula las siguientes: i) caducidad del medio de control; ii) inepta demanda por no contener pretensiones acorde con la acción que se promueve; iii) falta de legitimación en la causa por activa de Luis David Carrasquilla Urrea; iv) inexistencia de un daño diferente a una improbable pérdida de oportunidad; v) inexistencia de la imputación como elemento estructural de la responsabilidad porque hubo cumplimiento a todos los reglamentos, *lex artis* y prestación del servicio médico asistencial en forma oportuna, perita y diligente y vi) enriquecimiento sin causa.

Respecto del llamamiento formulado por la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, señala que se suscribió el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA 0015852, bajo la modalidad de cobertura de *claims made* sin retroactividad, con una vigencia a partir del 01 de marzo de 2018 y de acuerdo a sus certificados de renovación su última vigencia fue hasta el 01 de marzo de 2020.

Afirma que los hechos reclamados no ocurrieron dentro de la vigencia del contrato de seguro concertado.

Como excepciones frente al llamamiento en garantía eleva las siguientes: i) la modalidad de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas no. aa 15825 es la denominada «*claims made*»; ii) inexistencia de amparo y consecuentemente de obligación indemnizatoria en tanto no se realizó el riesgo asegurado; iii) límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza que enmarcan las obligaciones de las partes; iv) deducible y v) exclusiones.

El pronunciamiento frente al llamamiento formulado por la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira se observa visible en folios 193 y siguientes del archivo 003 del cuaderno de primera instancia, en la que relata que se suscribió el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA 008929, bajo la modalidad de cobertura de *claims made* y retroactividad de 5 años, sin embargo, la anterior declaración no implica que ofrezcan amparo para los hechos reclamados, pues existen más disposiciones contractuales que evidentemente imponen la inexistencia de cobertura para un caso como el presente, pues debe acreditarse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, que la primera reclamación con ocasión a los hechos que motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia de los reseñados certificados, lo cual no ocurrió, por lo que no es cierto que se ampare los riesgos pactados.

Narra que el día 8 de agosto de 2019 se expidió el certificado de modificación, en el que se estableció que la vigencia era del 08 de agosto de 2019 al 31 de enero de 2020.

Formula como excepciones frente a este llamamiento en garantía las que a continuación se enlistan: i) la modalidad de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas no. aa 008929 es la denominada «*claims made*»; ii) inexistencia de amparo y consecuentemente de obligación indemnizatoria en tanto no se realizó el riesgo asegurado; iii) límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza que enmarcan las obligaciones de las partes; iv) deducible y v) exclusiones.

Allianz Seguros S.A. en calidad de llamada en garantía de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, contestó la demanda y el llamamiento mediante escrito visible en archivo 003 folios 297 y siguientes del cuaderno de primera instancia, en los siguientes términos.

Al contestar la demanda replicó los argumentos y excepciones esbozados por Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo.

Respecto del llamamiento en garantía, señaló que entre la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la empresa aseguradora suscribieron el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022040279/0, bajo la modalidad de cobertura *claims made* y la retroactividad contada a partir del 31 de enero de 2012, con vigencia desde el 31 enero de 2017 al 30 de enero de 2018.

Explica que debe acreditarse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, que la primera reclamación con ocasión a los hechos que motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia de los reseñados certificados, lo cual no ocurrió.

Como excepciones al llamamiento en garantía formuló las siguientes: i) la modalidad de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales no. 022040279/0 es la denominada «*claims made*»; ii) inexistencia de amparo y consecuentemente de obligación indemnizatoria en tanto no se realizó el riesgo asegurado; iii) límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza que enmarcan las obligaciones de las partes; iv) coaseguro e inexistencia de seguridad; v) deducible y vi) exclusiones.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros en calidad de llamada en garantía de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía contestó la demanda y el llamamiento mediante escrito obrante en el archivo 004 folios 95 y siguientes del cuaderno electrónico de primera instancia conforme a los siguientes argumentos.

Afirma que la asegurada le prestó la debida atención a la usuaria desde que acudió

al primer control se ordenaron las pruebas que recomiendan las guías médicas, se le ordenaron medicamentos y se le dieron recomendaciones de alarma.

Advierte que la paciente no se realizó a tiempo la ecografía ordenada por el médico tratante y tampoco realizó a tiempo la consulta con ginecólogo, comportamientos que no se pueden trasladar al centro hospitalario.

Manifiesta que las atenciones brindadas a la paciente previas al alumbramiento y en el proceso del parto igualmente estuvieron ajustadas a los protocolos médicos de acuerdo con el estado de salud de la gestante y del nasciturus.

Relata que de acuerdo con las notas médicas y las guías de salud se observa para el día 4 de junio de 2016, presentaba bienestar fetal según la frecuencia cardiaca fetal tomada en la atención de esa calenda al igual que se desprende de la frecuencia cardiaca tomada a la gestante Natalia Isabel, hechos que contradicen la supuesta omisión médica a que se refiere la demanda según la cual, el hecho del lamentable deceso del nasciturus se debió a la preclamsia de la madre, cuando la causa del lamentable hecho se debió por la circulación del cordón umbilical, el que puede presentarse en cualquier tiempo, previo al alumbramiento, lo que impide atribuirle responsabilidad a la codemandada, si se tiene en cuenta que la causa eficiente del fallecimiento fue ajena al comportamiento desplegado por la entidad hospitalaria y el personal médico.

Señala que como la obligación de los galenos es de medio, al probarse la diligencia con el que trataron a la materna con el fin de lograr el alumbramiento, resulta claro que el hecho del lamentable fallecimiento no fue por causa de la atención del hospital sino por condiciones derivadas del cordón umbilical totalmente ajenas al Hospital.

Propuso las siguientes excepciones: i) ausencia de nexo causal entre el hecho y el daño objeto de reparación; ii) discrecionalidad científica, acto propio de los profesionales de la salud y iii) valoración exagerada de perjuicios.

En cuanto al llamamiento en garantía afirma que entre la llamante y la compañía

aseguradora se celebró un contrato de seguro No. 1005125 bajo la modalidad *claims made*, precisando que la reclamación se concretó el 2 de julio de 2019 cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, fecha para la cual la misma no estaba vigente en tanto que el vínculo contractual se extendió del 1 de febrero de 2016 al 1 de marzo de 2018.

Eleva como excepciones al llamamiento en garantía las siguientes: i) ausencia de cobertura bajo la póliza que sirvió como fundamento del llamamiento en garantía; ii) límites de cobertura y amparos básicos de la póliza y iii) condiciones generales y exclusiones de la póliza.

IV. LA SENTENCIA APELADA

La Juez Sexta Administrativa del Circuito de Pereira **accedió parcialmente a las súplicas de la demanda** con fundamento en los siguientes argumentos:

Concretó el daño en el fallecimiento del bebé en gestación de la señora Natalia Isabel Montoya Soto ocurrido el 7 de junio de 2017 a las 18:35 horas, contando para la fecha en que se produjo el óbito fetal con 38 semanas y 6 días de gestación, suceso que se encuentra acreditado de acuerdo con el certificado de defunción que reposa en el expediente, la historia clínica aportada y el análisis anatomopatológico realizado al cuerpo del bebé fallecido.

Estimó que se presentaron errores o falencias materializadas en el hecho de que no se le brindó una atención acorde con la verdadera clasificación que se debió realizar de su embarazo, pues se desconocieron diferentes situaciones, que desde el inicio de la gestación permitían colegir que la materna presentaba un embarazo de alto riesgo, puntualmente al no habersele otorgado cita para valoración con la especialidad en ginecología y obstetricia desde el primer control prenatal al que asistió, y no haberse remitido y recibido en un centro de atención de mayor complejidad desde su consulta el 4 de junio de 2017, cuando asistió por urgencias al de primer nivel, encontrándose en trabajo de parto; situaciones que de haberse efectivizado, hubieran conjurado el evento dañoso como lo es el deceso del feto en el vientre de la madre.

Aclaró que la clasificación del embarazo como de alto riesgo no fue discutida en ningún momento, ni en el curso de este proceso judicial, ni en la atención médica dispensada; contrario a ello, en todas las referencias obrantes en la historia clínica de la paciente, se indica que se trata de un embarazo de alto riesgo, principalmente por causa de dos situaciones: presencia de preeclampsia severa en su primera gestación, y finalización de ese embarazo con cesárea.

Advierte que la paciente no fue valorada por la especialidad en ginecología y obstetricia, como se recomienda, así como tampoco se tomaron los exámenes clínicos que aduce la parte actora para descartar la presencia de preeclampsia.

Explica que los médicos tratantes en los controles prenatales sí ordenaron valoración con la especialidad en ginecología y obstetricia, por lo que escapa al causal probatorio el trámite que se hubiera surtido con posterioridad. Alude la parte actora que en la autorización expedida por parte de la E.P.S. no se anotó que la valoración era prioritaria; sin embargo, lo cierto es que se desconoce si la paciente intentó la comunicación con la institución prestadora del servicio a fin de agendar la cita, pues ningún soporte probatorio da cuenta de ello; con lo cual no podría reprocharse una omisión en cabeza de las autoridades correspondientes, sin conocer si la afiliada desplegó y realizó las solicitudes a su cargo.

Indica que ni los peritos ni los testigos técnicos encontraron algún síntoma de preeclampsia en la paciente, en la etapa de su tercer embarazo, ya que la paciente nunca presentó cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg. Así entonces, aunque ha quedado documentado que la gestante en el primero de sus embarazos sí sufrió de preeclampsia severa, una de las razones por las que se catalogaba su embarazo como de alto riesgo, tal antecedente no implicaba per se que en esa gestación volviera a padecerla, no obstante lo cual desde el primer control se recetó aspirina, como indica la mencionada guía, a efectos de reducir la incidencia de preeclampsia.

Estimó que el actuar de quienes dispensaron la atención a la usuaria fue ajustado a la Resolución 412 de 2000, expedida por el Ministerio de Salud, pues se ordenaron los paraclínicos para cada edad gestacional, se dispuso la remisión a la especialidad

de ginecología, la cual habría sido autorizada pero se desconoce la razón de la no realización.

Destaca el análisis efectuado por los médicos especialistas en ginecología y obstetricia respecto del informe anatomopatológico, para colegir que el fallecimiento del bebé por nacer obedeció a una circular de cordón a cuello, lo cual derivó en hipoxia y su posterior deceso aún en el vientre de la madre, siendo ello una situación imprevisible e imposible de verificar en un feto in útero. Por tanto, si hubiera consultado ante la especialidad de ginecología y obstetricia ello no hubiera evitado la ocurrencia del evento, ya que, no existe correlación entre las condiciones que permiten clasificar un embarazo como de alto riesgo y la complicación presentada en el proceso de parto referente a la circular a cuello.

Tampoco encontró elementos de juicio que permitan concluir que la actividad desplegada por el galeno tratante fue errada, pues, la orden de que permaneciera en un hogar de paso y que acudiera a controles cada cuatro horas es acorde con las características que entonces tenía su actividad de parto, en tanto, como explicaron los especialistas Gutiérrez Cuello y Jaramillo García, se encontraba en fase latente pero no activa.

No obstante, encontró que la conducta médica observada el 7 de junio de 2017, cuando tras arribar por el servicio de urgencias, la paciente no fue remitida inmediatamente al centro hospitalario de mayor nivel de complejidad, se aleja de los postulados a los que debió ceñirse el cuerpo médico tratante, ya que la remisión a un centro asistencial de mayor nivel fue superior a las 4 horas.

Consideró entonces que aunque el cordón a cuello indicado en el estudio anatomopatológico es una complicación imprevisible e irresistible, los recursos disponibles en un nivel superior de atención, tanto humanos, como logísticos y técnicos, permitirían atender la emergencia prontamente, procurando un desenlace distinto, en la medida que la gestante pudo ser desembarazada con anterioridad.

Estimó que la pérdida de líquido contaminado con meconio y la bradicardia, eran signos indicativos de bienestar fetal insatisfactorio, que imponía desembarazar de

inmediato a la paciente, procedimiento que además permitía un desenlace distinto respecto de la complicación de circular a cuello de la presentación, condiciones cuya falta de resolución oportuna propiciaron el fallecimiento del bebé por nacer.

Con fundamento en ello estimó que la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía ignoró por lo menos dos criterios que imponían la remisión de 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.

También halló que en el de marras se presentó concausalidad, ya que pese a que la paciente había sido informada de los signos de alarma, se observa que la pérdida de líquido con meconio acaeció el 7 de junio de 2017 sobre las 02:00 a.m., pero ella solo acude al servicio de urgencias sobre las 10:30 a.m., esto es, tardó alrededor de ocho horas en consultar ante el Hospital Nazareth de Quinchía luego de ocurrida la ruptura de membranas, omitiendo el deber de autocuidado que le era oponible con incidencia directa en resultado lesivo por el que se reclama en este juicio.

Con fundamento en lo expuesto colige que se presentó falla en el servicio de salud por parte de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, concretada en la demora no justificada de traslado de la paciente a un centro de mayor nivel de complejidad, atendiendo la fase del parto que cursaba y los antecedentes clínicos de la señora Natalia Isabel Montoya Soto; quien finalmente arriba a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, cuando ya había ocurrido el óbito fetal, siendo procedente la indemnización de perjuicios que se reclaman, pero reducida en un 50% por la incidencia de las omisiones de la propia demandante.

Para tasar los perjuicios morales acude a la sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, fijando una base cuantificable de 100 SMLMV, reducida en el 50%, teniendo además por acreditada la paternidad en cabeza del señor Luis David Carrasquilla, con fundamento en la presunción establecida en el artículo 213 del Código Civil.

En cuanto al daño a la salud, señaló que en el expediente no reposa prueba que acredite que el evento dañoso por el que se reclama, produjo en alguno de los demandantes una lesión de esa naturaleza.

En cuanto al daño derivado de la pérdida de oportunidad, estimó que en el asunto de marras se encontró probado que el deceso del bebé, devino como consecuencia de los errores en la atención dispensada en la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, por lo tanto, el daño no corresponde simplemente a la pérdida del chance o la oportunidad de nacer, sino al resultado fatal, como directa consecuencia de una indebida atención, en concausa con la tardanza de la gestante en acudir al servicio de salud en procura de atención médica.

Al analizar los llamamientos en garantía formulados por la E.S.E. Nazareth de Quinchía, encontró que la póliza suscrita con La Previsora S.A. no se encontraba vigente al momento de la reclamación, ello en aplicación de la modalidad *claims made*.

Respecto de la póliza tomada con La Equidad Seguros afirmó que si bien la reclamación se efectuó en tiempo, el contrato no previó cláusula de retroactividad, por lo que no cubría el riesgo concretado en este asunto.

En consecuencia, resolvió:

«X. FALLA

1. *Se declara probada la configuración del hecho de la víctima, a título de concausa en la ocurrencia del daño, por las razones expuestas en la parte motiva de esta sentencia.*
2. *DECLÁRASE administrativa y patrimonialmente responsable a la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes, con ocasión del fallecimiento del bebé en gestación de la señora Natalia Isabel Montoya Soto, ocurrido el 7 de junio de 2017, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.*
3. *CONDÉNASE a la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, 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 la señora María Natalia Isabel Montoya Soto, el equivalente a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes.*
 - *En favor de Luis David Carrasquilla Urrea, el equivalente a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes.*

- 4. Se NIEGA la orden de reembolso a La Previsora S.A. Compañía de Seguros y la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo -Equidad Seguros Generales, por lo considerado.*
- 5. NIÉGANSE las demás pretensiones de la demanda, por lo advertido.*
- 6. CONDÉNASE EN COSTAS a la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, 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.»*

V. EL RECURSO DE APELACIÓN

Dentro del término, la **parte demandada E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía** presentó recurso de apelación visible en el archivo 65 del cuaderno electrónico de primera instancia, señalando un sinnúmero de reproches que se resumen así:

Considera que la causa eficiente del daño adoptada por la Juez de instancia es subjetiva y carece de sustento probatorio dado que ignora por completo la debida gestión hospitalaria que adelantó la entidad demandada, ya que no valoró que la frecuencia cardíaca fetal al momento de remitirse estaba normal entre 120 a 140 y solo se reportó una desaceleración hacia la 01:30 p.m. de ese 7 de junio de 2017, lo que motivó el traslado como una urgencia vital.

Reprocha que la paciente no fue responsable en sus controles prenatales, pues desde el primer control prenatal, ya que no se realizó los exámenes paraclínicos desde que fueron solicitadas ni mucho menos las ecografías de forma oportuna que se le ordenaron y la demora en acudir al hospital cuando rompió fuente o membranas (acudió 8 horas después) tuvo incidencia en el desenlace fatal.

Hace referencia a lo dicho por el ginecólogo Jaramillo en el sentido que la paciente al haber roto membranas a las 2:00 am puede haber dado lugar a que se asfixiara el bebé por la circular de cordón a cuello, afirmación que es convalidada por lo indicado por la ginecóloga Ana María Valencia, por lo que considera que la demora de la paciente fue causa eficiente del desenlace fatal.

Advierte que en la guía de práctica clínica no está dentro de los criterios de remisión

de un trabajo de parto el hecho de que el embarazo se califique como de alto riesgo.

Narra que una vez la paciente presentó dos de los criterios de remisión a un centro de mayor complejidad (líquido amniótico teñido con meconio y alteración de la presión arterial), se adelantaron las llamadas al HUSJ para que fuera recibida en Pereira, indicándose allí que el parto debía ser atendido en Quinchía por el riesgo de que naciera el bebé en la ambulancia (recorrido de la ambulancia de Pereira a Quinchía: 2 horas aproximadamente), no obstante ante las complicaciones presentadas en la paciente (alteración cifras tensionales), se decide remitir a Pereira como urgencia vital, calificándose esta actitud como racional por parte del perito ginecólogo Dayro Gutiérrez Cuello en su dictamen pericial.

Dice que de las pruebas recaudadas no es posible establecer con la suficiente firmeza cómo es que se concreta el nexo causal entre el daño y la actuación médica efectuada por la ESE Hospital Nazareth de Quinchía.

Considera que el Despacho se contradice al señalar que la ESE Hospital Nazareth de Quinchía cumplió con los protocolos médicos y que la circular de cordón umbilical es imprevisible e imposible de verificar en un feto in útero, pero a renglón seguido considera que la demora en la remisión de la paciente fue causa eficiente del daño.

Asevera que las guías médicas no establecen que en un caso como el que es objeto de análisis una paciente se encuentre con 7 cm de dilatación, 50% de borramiento y la categorización de alto riesgo, se deba efectuar remisión a nivel superior, además el mismo hospital San Jorge indicó que era más riesgoso remitir a la paciente en ambulancia por la demora del trayecto y que el embarazo debía atenderse en Quinchía.

Finalmente, considera que los llamamientos en garantía se hicieron oportunamente y cumpliendo con todos los requisitos, y los contratos de seguro exige que tanto el evento como la reclamación se realicen dentro del periodo de vigencia de la póliza, condiciones que se satisficieron en el caso concreto.

También la parte **demandante** formuló reparos contra la sentencia de primera

instancia con memorial obrante en archivo electrónico 067 del cuaderno de primera instancia, conforme se pasa a sintetizar.

Se duele de la absolución frente a la EPS Cafesalud insistiendo en que a la autorización No. 181681490 para cita con especialista no se le plasmó la nota de atención prioritaria, al tiempo que dicha EPS no gestionó suficientemente la orden pues nunca pudo hacerse efectiva. Tampoco se contactó a la paciente para asignación de cita y fueron reiteradas las negativas de asignación por agenda.

Afirma que la paciente es de origen campesino, que vive en zona rural y no contaba con recursos tecnológicos, económicos, ni con niveles de conocimiento para precisar con exactitud la importancia que detentaba la atención especializada que demandaba, explicando que el deber de la paciente se extiende hasta la obtención de autorización del servicio en salud, pero a partir de allí la EPS debe ser proactiva en la materialización de la atención en salud, haciendo rastreo permanente a la paciente, a través de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias.

Hace referencia al marco normativo que regula el contrato de aseguramiento en salud y asunción del riesgo médico por parte del asegurador para colegir que como la señora Montoya se encontraba afiliada al régimen subsidiado a través de una EPS, se le debía garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, y era obligación de la EPS y la ESE garantizar la prestación del servicio asistencial de acuerdo con la patología que presentaba y a la necesidad de la especialidad requerida, por lo que considera que hubo negligencia por parte de la EPS y la ESE en los trámites de referencia contrarreferencia que requería la paciente, por la omisión de gestionar las autorizaciones para los servicios de valoración por ginecología, sino también se omitió ubicar la paciente en otro nivel de complejidad cuando fue requerido para el día del parto.

Reitera que la Guía de Práctica Clínica estipula que las pacientes con embarazo de alto riesgo deben ser atendidas por la especialidad de ginecobstetricia desde el primer trimestre, pero en el presente asunto a la paciente apenas se le remitió a servicio especializado en el sexto control prenatal cuando el médico general ordenó la remisión para la valoración por ginecobstetricia, recalando que el seguimiento

es atribuible a la EPS y a la E.S.E demandadas.

Arguye que desde que la paciente consultó en fase latente, por su condición de embarazo de alto riesgo, la norma técnica es clara e irrefutable en disponer que, al momento de desencadenarse dicha etapa del trabajo de parto, e inclusive, desde el último control médico del tercer trimestre, se debe hacer remisión al nivel de atención que preste que garantice el servicio de ginecobstetricia para definir lugar de atención del trabajo de parto, fecha de hospitalización y seguimiento al trabajo de parto. Exigencia que en el presente asunto no se cumplió.

Señala que la ubicación de la paciente en un hogar de paso contraviene la guía, al someterla a un seguimiento precario.

Reprocha que la operadora jurídica le endilgó a la paciente una concausa por no consultar oportunamente después de la ruptura de membranas, cuando lo contrario es que la madre efectivamente acudió al centro asistencial antes de ello (en fase latente) y fue la misma institución hospitalaria la que dispuso que se fuera para un hogar de paso, y no aseguró la atención sanitaria debida a través de la remisión oportuna a un centro asistencial de un nivel superior, como lo dispone la norma técnica, por lo que no puede endilgársele culpa cuando esta desde un principio consultó y se sometió y confió en los conocimiento y manejo que debía darle la institución de Quinchía.

Citó sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Constitucional, para colegir que la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género.

Disiente de la reducción de la condena al considerar la conducta de la madre no incidió en la causación del daño, por el contrario, ella fue víctima de la parsimonia del sistema.

Alude al dictamen rendido por el médico Jorge Andrés Jaramillo García quien indica que por la condición de precesareada que tenía la gestante, el parto debió ser atendido por un especialista en ginecología y obstetricia en un centro de salud de

alta complejidad.

Considera que la muerte fetal por la doble circular de cordón con el subsecuente sufrimiento fetal fue un desenlace que se pudo haber evitado en el evento de que el trabajo de parto hubiera sido brindado en un mayor nivel de complejidad.

Con fundamento en lo anterior, solicita se revoque parcialmente la sentencia de primer grado y se en el sentido de que se declare también la responsabilidad de la EPS por su manifiesta negligencia en la asignación y agenda oportuna de la cita con el ginecobstetra, que hubiera permitido asegurar la atención del parto de manera oportuna y suficiente para el nivel de complejidad que presentaba el embarazo de Natalia; y por otro lado que se revoque, la concausa endilgada a la paciente, dado que esta persona en nada propició el óbito fetal.

VI. PRONUNCIAMIENTOS DE LAS PARTES Y CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO

Según constancia secretarial que obra en el documento 007 del expediente digital, dentro del término previsto en el numeral 4 artículo 247 Ley 1437 de 2021, modificado por el artículo 67 de la Ley 2080 de 2021, fueron allegados los siguientes pronunciamientos:

La **E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira** mediante escrito visible en el archivo electrónico 005 del cuaderno de segunda instancia solicita confirmar la decisión respecto de su absolución toda vez que, conforme se desprende de las pruebas allegadas al proceso, no es posible endilgarle algún tipo de responsabilidad en el deceso del hijo por nacer de la accionante.

Asevera que no obra prueba de la presunta llamada al servicio de ginecología de esa institución, enfatizando en que, en la historia clínica, no se indicó el nombre de la persona con quien se tuvo comunicación y que presuntamente sugirió o recomendó la atención del parto en el primer nivel ante riesgo de nacimiento en la ambulancia ante el estado avanzado del trabajo de parto.

Ahora bien, si en gracia de discusión ello fuera fundamento de una imputación a ese centro de salud, destaca la incongruencia entre lo declarado por la doctora Vélez respecto de que la comunicación telefónica fue a las 10:30 a.m., siendo que en la historia clínica se consigna que ello aconteció a las 12:30 del mediodía.

Reitera que si la paciente requería ser remitida de manera urgente no necesitaba ser comentada previamente, pues bastaba que fuera remitida como urgencia vital, para la cual no se requería autorización previa, como en efecto se hizo, aclarándose además, que en todo caso, no era la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira la encargada de autorizar la remisión o de generar algún código de atención, configurándose entonces, una inobservancia de los lineamientos legales de referencia y contrarreferencia establecidos en el decreto 4747 de 2017 y demás normas concordantes; las cuales establecen como obligación de la entidad remitente, realizar los trámites de remisión ante el centro de referencia y contrarreferencia de la aseguradora de los pacientes, en este caso, ante la EPS CAFESALUD; o en su defecto ante el CRUE; trámites que brillan por su ausencia y lo cual fue corroborado por la Dra. Vélez en su declaración, quien al ser interrogada al respecto, manifestó que realizó dichos trámites, observándose entonces que no se siguió el conducto regular señalado en las normas de referencia, pese a tener conocimiento del mismo.

Advierte que conforme a las notas de la médica y las de enfermería se pudo probar que entre el momento en que la paciente presuntamente fue comentada y el momento en el que se tomó la decisión de remitir como urgencia vital no hubo ningún retraso, puntualizando que entre el momento en que se decidió remitir como urgencia vital y el momento en que se hizo efectiva dicha remisión transcurrió aproximadamente una hora o una hora y media, desconociéndose la razón de que haya transcurrido ese tiempo entre la orden de la remisión como urgencia vital y la remisión efectiva, teniendo en cuenta además, que el tiempo de traslado entre el municipio de Quinchía y Pereira, para la época de los hechos, debido al “pare y siga” podía ser hasta de dos (2) horas como lo indicó la Dra. Vélez en su testimonio.

La ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira en ningún momento negó el servicio, ya que en la historia clínica se hace referencia solo a una sugerencia o

recomendación.

Cuestiona que el perito Dairo Gutiérrez Cuello hubiese indicado que la frecuencia cardiaca fetal era normal al momento de la remisión de la paciente (entre 120 y 130 lpm), lo cual se contrapone a las notas médicas y de enfermería que por ejemplo documentan bradicardia con 109 lpm a las 12:30 y 105 lpm a las 14:46.

De acuerdo con lo indicado por los peritos y por la especialista en ginecología y obstetricia la Dra. Ana María Valencia, dicha bradicardia cuando es sostenida, requiere una conducta urgente, en este caso una cesárea, la cual, coinciden igualmente los peritos con la especialista, al ser evidenciada, debía ser practicada en un tiempo de aproximadamente treinta (30) minutos.

Destaca que la paciente hizo su ingreso a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira el día 07 de junio de 2017 a las 15:30 horas, es decir, que entre el momento en que se decidió la remisión como urgencia vital y la llegada de la paciente a la E.S.E. HUSJ, transcurrió aproximadamente tres (3) horas; tiempo que claramente incidió en el desafortunado resultado final.

Es igualmente importante resaltar que, pese a que se indica que durante el traslado de la paciente se pudo auscultar frecuencias cardiacas entre 120 y 130 lpm, y a que se indica en nota de enfermería que la última toma de FCF se hizo 15 minutos antes de llegar a la E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira y estaba en 135 pero con desaceleraciones, y que en nota medica el Dr. Duque Pabón señaló que se tomó la última medición de la frecuencia cardiaca fetal a la altura de la Virginia, aproximadamente 30 minutos antes de la llegada a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, la cual era 136 lpm; lo cierto es que al momento de su llegada a la entidad asistencial de nivel superior (15+45 horas), ya no se auscultaba FCF y se confirmó el óbito fetal, dejándose progresar el trabajo de parto hasta las 18:35 horas de ese mismo día, momento en que se produce el expulsivo, con un recién nacido con circular de cordón a cuello y meconio grado III, indicándose además, que dadas las condiciones del feto, la hora del deceso del mismo era superior a cuatro (4) horas.

También allegó pronunciamiento el **departamento de Risaralda** según escrito visible en archivo 006 del cuaderno de segunda instancia, solicitando la confirmación de la sentencia de primera instancia respecto de la absolución de la entidad territorial, señalando que la parte demandante en su recurso no incluye en la solicitud de revocatoria parcial de la sentencia lo relacionado con lo definido en el fallo respecto de ella.

Reitera que la parte actora no evidenció un centro de imputación específica en contra del Departamento de Risaralda, ni siquiera mencionó a la entidad territorial en los hechos y mucho menos aportó material probatorio que diera visos de alguna participación del departamento.

Insiste en que el departamento de Risaralda no tiene funciones asistenciales de conformidad con la Constitución Política artículo 298.

El señor agente del ministerio público no rindió concepto.

VII. CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. COMPETENCIA

Esta Corporación es competente para resolver lo concerniente al recurso de apelación interpuesto por la parte demandante y la demandada E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, atendiendo lo dispuesto en los artículos 153 y 243 inciso 1° del CPACA.

Revisados los presupuestos procesales de la acción y del procedimiento, y por cuanto no se observa causal alguna que pueda dejar sin valor la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede la Sala a decidir en esta instancia sobre el asunto litigioso, circunscrita a lo que es materia de los recursos de apelación.

2. OBJETO DE LA DECISIÓN

Corresponde al Tribunal en esta instancia, de acuerdo con los fundamentos del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante y la demandada E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, determinar si resulta procedente declarar que esta última es administrativa y patrimonialmente responsable por los daños y perjuicios causados a los demandantes con ocasión del fallecimiento del neonato hijo de la señora Natalia Isabel Montoya el 7 de junio de 2017; o si por el contrario, el daño no es consecuencia directa de una falla en el servicio imputable a la entidad demandada.

Para tales menesteres se analizarán los siguientes ejes temáticos conforme a los planteamientos esgrimidos en los recursos de alzada:

Por la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía:

- El servicio médico asistencial fue idóneo y oportuno por cuanto:
 - o En la Guía de Práctica Clínica aplicable al asunto concreto no está dentro de los criterios de remisión de un trabajo de parto el hecho de que el embarazo se califique como de alto riesgo.
 - o La remisión fue oportuna y motivada en dos criterios de remisión: presencia de líquido amniótico teñido con meconio y alteración de la presión arterial.
 - o La E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira sugirió atender el parto en la E.S.E. Nazareth de Quinchía por el riesgo de que naciera el bebé en la ambulancia (recorrido de la ambulancia de Pereira a Quinchía: 2 horas aproximadamente), no obstante ante las complicaciones presentadas en la paciente (alteración cifras tensionales), se decide remitir a Pereira como urgencia vital.
- El daño se derivó de la conducta omisiva de la gestante por cuanto:
 - o No se realizó exámenes paraclínicos que le fueran ordenados.
 - o No se practicó ecografías de forma oportuna.
 - o Tardó 8 horas en acudir al centro de salud luego de romper fuente o membranas.
- No hay nexo causal entre el daño y la actuación médica efectuada por la ESE Hospital Nazareth de Quinchía por cuanto la circular de cordón umbilical

a cuello es imprevisible e imposible de verificar en un feto in útero.

- En el evento de confirmarse la condena impuesta en primera instancia, deberá analizarse si, como lo afirma la llamante, la convocatoria de las aseguradoras fue oportuna.

Por la parte actora:

- Debió declararse administrativa y patrimonialmente responsable a la EPS Cafesalud porque no gestionó la realización efectiva de la cita con especialidad en ginecología y obstetricia, pues debió contactar a la paciente mediante llamadas telefónicas o incluso con visitas domiciliarias teniendo en cuenta el origen campesino de la paciente, sus bajos recursos económicos y que no contaba con herramientas tecnológicas para procurar el agendamiento de la cita.
- Hubo falla en la prestación del servicio brindado por la E.S.E. Nazareth de Quinchía por:
 - o Omitir ubicar a la paciente en otro nivel de complejidad para la época del alumbramiento.
 - o Según la Guía de Práctica Clínica aplicable al asunto concreto, las pacientes con embarazo catalogado como de alto riesgo deben ser atendidas necesariamente por la especialidad de ginecobstetricia desde el primer trimestre, pero en el presente asunto a la paciente apenas se le remitió a servicio especializado en el sexto control prenatal.
 - o La ubicación de la paciente en un hogar de paso contraviene la guía, al someterla a un seguimiento precario.
 - o Por la condición de precesareada que tenía la gestante, el parto debió ser atendido por un especialista en ginecología y obstetricia en un centro de salud de alta complejidad.
 - o La muerte fetal por la doble circular de cordón con el subsecuente sufrimiento fetal fue un desenlace que se pudo haber evitado en el evento de que el trabajo de parto hubiera sido brindado en un mayor nivel de complejidad.
- No hubo omisiones atribuibles a la paciente:

- La paciente no consultó tarde tras la ruptura de membranas, sino que debe tomarse en consideración que acudió al servicio médico asistencial en fase latente y fue la E.S.E. demandada la que no aseguró la atención sanitaria debida a través de la remisión oportuna a un centro asistencial de un nivel superior.
- Fue víctima de la parsimonia del sistema.

3. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD

De conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política es deber del Estado responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, así mismo fue estipulado en el artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo que consagra la acción de reparación directa, en la que se establece la posibilidad que tiene el interesado de demandar la reparación del daño cuando su causa sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa.

Ahora bien, con relación al régimen de responsabilidad en materia de prestación del servicio médico, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha evolucionado desde el régimen inicial de la falla probada, el cambio hacia la falla presunta³, y las teorías de la carga dinámica de la prueba^{4,5} y de la probabilidad determinante⁶, para regresar al régimen probatorio de la exigencia de la prueba de la falla médica, o falla probada⁷.

³ Expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Saltarín Monroy.

⁴ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

⁵ H. Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002.

⁶ Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

⁷ Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31 de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia, sentencia del 15 de febrero de 2012, Expediente 23001-23-31-000-1999-01599-01(21738), demandante: Eugenio Isaza Bohórquez, demandado: Instituto De Seguros Sociales; sentencia del 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

Al respecto, se trae a cita lo señalado por el Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad en tratándose de la falla médica, en los siguientes términos:

«...»

Al respecto, es importante recordar que desde hace ya varios años la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel⁸, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria...»⁹

La Sección Tercera del Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo¹⁰ reitera la tesis que venía desarrollando y sostiene que la misma rige actualmente en materia de responsabilidad extracontractual por falla en el servicio originada en daños sufridos en el acto obstétrico, **esto es, que es a la víctima directa del daño a quien le corresponde probar la falla que acusa en la atención**, que la misma fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, y que en tratándose de casos en los que se evidencie la falta de una prueba directa de la responsabilidad, el indicio se torna en la prueba por excelencia, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el usuario del servicio de salud frente a quienes realizan los actos médicos, siendo que 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 falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño.

Explica el Tribunal Supremo de lo Contencioso Administrativo que en este tipo de asuntos no se trata de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad, **por cuanto a la víctima le corresponde probar que la actuación del ente hospitalario adoleció de diligencia y cuidado**; en tanto, a este último le compete ejercer su derecho de defensa y contradicción respecto a lo demostrado por la víctima, actuación que

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, Exp. 15.772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; y de 30 de julio de 2008, Exp. 15.726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar, entre otras.

⁹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth, 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

¹⁰ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP Hernán Andrade Rincón. Sentencia del 13 de agosto de 2014.

podrá desplegar haciendo uso de cualquiera de los medios probatorios previstos en la ley. Lo anterior, encuentra sustento en la cita jurisprudencia que a continuación se desarrolla:

*«Así las cosas y **teniendo en cuenta que la atribución de responsabilidad reside en falla del servicio** en que habrían incurrido las instituciones demandadas, toda vez que “a la paciente la dejaron desangrar, cometiéndose así graves irregularidades en la prestación del servicio médico, dado que a la misma no se le brindó la asistencia médica adecuada.”, se debe precisar que 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 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, siendo que, 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.*

No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad. En otras palabras no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño, para que automáticamente se ubique en el ente hospitalario demandado la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad le corresponderá probar en contra de lo demostrado por el actor, demostración que se –se insiste- puede lograrse a través de cualquier medio probatorio»¹¹.

En el *sub examine* observa la Sala que **se imputa una falla en la prestación del servicio médico asistencial, en la especialidad de obstetricia**, por el padecimiento y posterior muerte del *nasciturus* producto del embarazo de la señora Natalia Isabel Montoya Soto, acaecido el 07 de junio de 2017 **motivo por el cual el régimen de responsabilidad aplicable al caso concreto es el de la falla en el servicio o falla probada como se determinó en la sentencia apelada**, en el cual la parte demandante debe acreditar como elementos de responsabilidad del Estado, el daño, el hecho u omisión de la entidad y el nexo causal entre estos dos primeros.

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera – Subsección A, C.P.: Hernán Andrade Rincón, Bogotá, D.C., 13 de agosto de 2014. Rad.: 250002326000199613075-01 (29596), actor: Carlos Alberto Gómez Vera y otros, demandado: Nación – Ministerio de Salud – Instituto de los Seguros Sociales – Clínica San Rafael. Asunto: reparación directa.

4. ACERVO PROBATÓRIO

Del material de pruebas que conforma el expediente, se destacan como jurídicamente relevantes para la decisión que habrá de adoptarse, los siguientes elementos:

- Copia de carné perinatal de la señora Natalia Isabel Montoya Soto en el que se registra la siguiente información (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 2-3):

[illegible]

De la historia clínica aportada se destacan los siguientes apartes (los extractos de historia clínica se transcriben incluso con errores):

En atención dispensada el 9 de noviembre de 2016, la paciente fue diagnosticada con oligomenorrea (ciclo menstrual anormalmente largo), disponiéndose por el médico tratante la toma de prueba de embarazo (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 166)

El 15 de noviembre de 2016 la señora Montoya Soto acude al servicio médico con resultado de prueba de embarazo positiva practicada el 10 de noviembre de 2016, en dicha atención médica se anota que la paciente presenta embarazo de 9 semanas a partir de la información de fecha de última menstruación el 08 de septiembre de 2016, indicando alto riesgo obstétrico por edad y preeclampsia en embarazo anterior, también se indica que con este ha tenido tres embarazos, cero abortos, un parto por cesárea y otro vaginal. Se destaca también que la paciente tuvo cifras tensionales normales (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 168) en aquella oportunidad se registra:

«PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD, ASISTE SOLA A CONSULTA, FUM: 08/09/16 PARA UN EMBARAZO DE 9 SEMANAS, FPP 15/06/16 SIN PALNIFICACION, CONFIABLE, CON PRUEBA DE EMBRAZO DEL 10/11/16 POSITIVA. **G3 A0 C1 V1** FUP: 27/08/2001, **PRIMER PARTO CON PREECLAMPSIA SEVERA POR LO QUE TUVO QUE SÉR LLEVADA A CESAREA. REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA CEFALEA, NIEGA PERDIDAS VAGINALES. EMBARAZO DESEADO, VIVE CON PAREJA DESDE HACE 3 AÑOS EN LA CALLE PRINCIPAL.-**

[...]

EXAMEN FISICO **TA 100/70** MmHg FC 65 Min FR 18 Min T 37 °C SO 94% Peso 61 Kg Talla 159 Cm

[...]

DIAGNOSTICOS Dx 1 Z359

Conducta SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION PACIENTE ESTABLE, **ALTO RIESGO OBSTETRICO POR EDAD, ASI COMO ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA SEVERA POR LO QUE SE LLEVO A CESAREA (A LOS 7 MESES), POR LO QUE SE INICIA ASA. SE SOLICITAN PARACLINICOS DE PRIMER TRIMESTRE: HEMOGRAMA, HEMOCLASIFICACION, UROANALISIS, FROTIS FLUJ VAGINAL, CITOLOGIA, VIH, HEPATITIS, VDRL GLICEMIA, TOXOPLASMA IGG E IGM, RUBEOLA IGG, SE SOLICITA ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA.»**

En esa misma consulta el galeno tratante ordena ecografía de primer trimestre: ecografía obstétrica transvaginal (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda Y AnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 4)

El 17 de noviembre de ese mismo año asiste a asesoría sobre el virus de inmunodeficiencia humana VIH (pretest de VIH), en aquella oportunidad también presenta cifras tensionales normales (100/70) y frecuencia cardiaca de 65 latidos por minuto (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 170)

En valoración del 14 de diciembre de 2016 se registra que la paciente está tomando micronutrientes y ASA de 100 mg, asimismo, frente a los paraclínicos que se le tomaron se plasma «*PARACLINICOS CON BACTERIURIA ASINTOMATICA, ASI COMO FGLICEMIA ELEVADA, POR LOM QUE SE DA TRATAMIENTO PARA IVU, SE SOLICITA PTOG, SE FORMULAN MICRONUTRIENTES, SE DAN RECOMWENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMAPARA CONSULTAR*» (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 171). En esa oportunidad las cifras tensionales también fueron normales (100/70)

Con nota médica del 28 de enero de 2017 se plasma en la historia clínica que, además de los antecedentes mencionados, la paciente tiene periodo intergenésico de 15 años, también se consignó allí que a la paciente se le había prescrito prueba de tolerancia a la glucosa en control anterior pero no se la realizó. Asimismo que «*POR PARTE DE EPS NO HAN REALIZADO ECOGRAFIA*» y se anota también «*PACIENTE QUIEN DEJO DE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES Y NO CONSULTO D FORMA OPORTUNA*» (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 173). En esa oportunidad se registraron cifras tensionales normales (TA 120/70 MmHa FC 74 Min) dejándose escrito, al igual que en los dos controles anteriores, que la paciente presenta embarazo de alto riesgo por tres factores: periodo intergenésico largo, precesareada y por preeclampsia. Se indica que «*ACTUALEMNTE NO CONTAMOS CON ECOGARFA PARA VISUALIZAR MORFLOGIA FETAL, U OTRA ALETRACION.*»

El día 07 de febrero de 2017 consulta por cefalea, sin embargo la medición de la tensión arterial fue normal (117/82). En esa oportunidad se manejó el padecimiento con 500 centímetros cúbicos de líquido endovenoso más una ampolla de hioscina simple y acetaminofén (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 175).

El 11 de febrero de 2017 le fue practicado a la paciente ecografía obstétrica por parte del ginecoobstetra Roque Armando López, en la que se obtuvieron los siguientes resultados (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 13):

«Embarazo único
Situación variable
Actividad cardíaca presente
Movimientos fetales activos
Placenta posterofúndica G1/III de espesor normal
ILA 11.3: mm
Con medidas:
DBP: 53 mm
AC: 172 mm
LF: 40 mm
HC: 199 mm
Toda la anatomía es normal
Sexo: masculino
Peso estimado: 488 gr
DX: Embarazo único de 22.2 semanas +/- 1 por ecografía
Fpp: 15/06/2017»

El 27 de febrero de 2017 fue valorada en la E.S.E. Nazareth por la médico Diana Meliza Hidalgo Zambrano haciéndose las siguientes anotaciones (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 16)

«PACIENTE DE 35 AÑOS, HEMOCLASIFICACION A +, G3 P 2 C1 A0 CESAREA POR PRECLAMPSIA SEVERA, PERIODO INTERGENESICO DE 16 AÑOS, CURSANDO GESTACION DE 24, 4 SEMANAS POR FUM 08/09/16 CONFIABLE Y POR ECOGRAFIA DE 2 TMS DEL 11/02/17 PARA 22,2 SEMANAS, REFIERE HABER CEFALEA INICIA EN REGION OCCIPITAL QUE SE GENERALIZA DE MANERA HOLOCRAEANA HA CONSULTADO EL SERVICIO DE URGENCIA POR DICHA SINTOMATOLOGIA SIN ENCONTRAR CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS SIN OTROS PREMONITORIOS ASOCIADOS COMO TINITUS, GOSFENOS EPIGASTALGIA, REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, TOLERA MICRONUTRIENTES Y ASA. VACUNA: TD 19/02/17 PENDIENTE VALORACION POR DONTOLOGIA PARACLINICOS DE 1 TMS: GLICEMIA 119 MG/DL FTROTIS VAGIBNAL NORMAL, URONALISIS: BATERIRUIRA ASINTOMATICA TRATADA CON CEFALLEXINA ADCUADAMENTE HEMOGRMAMA SIN LEUCOSITOSIS, SIN ANEMIA, SIN TROMBOCITOPENIA VIH 1 Y 2: NO REACTIVO, AGS HEP B NO REACTIVO IGG PARA TOXOPLASMOSIS POSITIVO IG RUBEOLA 37,4 RECTIVO (ANTICUERPOS) // PARACLINICOS DE 2 TMS PTGO 11/02/17 92/147/125 ECOGRAFIA 1. 11/02/17 UNICO, VARIABLE, FETOCARDIA PRESENTE, PLACENTA POSTERIOFUNDICA G1/GIII ILA 11,3 PFE: 488 GR EMB 22,2 SEMANAS [...] EXAMEN FISICO **TA 105/60** MmHg FC 79 Min FR 16 Min T 36.5 °C so % Peso 63 Kg Talla 159 Cm [...] PACIENTE CON ARO POR PERIODO INTERGENESICO MAYOR DE 5 AÑOS. PRIMIPATERNIDADY ANTECDENDE PRECLAMPSIA GRVE EN PRIMER EMBRAZO, ACTUALMENTE MANEJADA CON PROFILAXIS. CONTITUYE ARO,

HA PRESENTDO CEFALEA EN CASCO CARACTERIZTICA DE DICHA PATOLOGIA, SIN AMEBRGO SIN DEMAS PREMONITORIOS, SIN CIFRAS TENSIONALES (PRIORIDAD) ELVADAS, **CONSIDERO TOMA DE PRACLINICOS DE EXTENSION YA QUE PUEDE CURSAR CON PREECLAMPSIA ATIPICA, SOLICITO IGM DE CONTROL,** ACTULMENTE NEIGA SINTOMAS PREMONITORIOS, NO SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA PERDIDAD VAGINALES. REFORMULO MICRONURIENTES INCLUIDOS ASA SE BRINDA EDUCACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA COMO TINITUS, FOSFENOS, EPIGASTRALGIA, EDEMAS, ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, PERDIDAS VAGINAES U OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.CONSULTAR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS, VESTIMENTA COMODA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ASEO PERSONAL Y DE ZONA INTIMA, SOBRE MEDIDAS DE PROTECCION SEXUAL DURANTE EL EMBRAZO E ITS IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA, CURSO PSICOPROFILACTICO, ATENCION DEL PARTO DE PARTO INSTITUCIONAL, IDENTIFICACION DE CONDUCTAS DEPRESIVAS Y SE BRINDA APOYO INSTITUCIONAL»

El 11 de abril de 2017 consulta por migraña, ante lo cual el galeno tratante plasma en la historia clínica «**CEFALEA INTENSA APARENTEMENTE ORIGEN MIGRAÑOSO SIN COMPLICACIONES ASOCIADA, CON CIFRAS TENSIONALES NORMALES POR LO QUE SE DESCARTA PRECLAMPSIA, SE INGREA PARA MANEJO DEL DOLOR CON TRAMADOL EL CUAL PERMITIDO SEGUN CATEGORIA FDA EN EL EMBARAZO**» (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 177).

El sexto control prenatal fue llevado a cabo el 03 de mayo de 2017, en la que se deja constancia de ecografía de segundo trimestre realizada el 11 de febrero de 2017, cifras tensionales normales (115/80) y se anota (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 180):

«EA PACINTE DE 35 A OS HEMOCLASIFICACIÓN A G3 P 2 C1 AO CESAREA POR PRECLAMPSIA SEVERA PERIODO INTERGENESICO DE 16 A OS **CURSANDO GESTACION DE 33.6 SEMANAS** POR FUM 08 09 16 CONFIABLE Y POR ECOGRAFIA DE 2 TMS DEL 11 02 17 PARA 22 2 SEMANAS. ASISTE A CONTROL PRENATAL 6. EN EL MOMENTO NIEGA DISURIA POLAQUIUIRIA TENESMO DOLOR HIPOGASTRICO DOLOR LUMBOSACRO ALTERACIONES EN FLUJO VAGINAL DOLOR TIPO CONTRACCION UTERINA PERDIDAS VAGINALES FIEBRE EPIGASTRALGIA TINNITUS FOSFENOS CEFALEA GLOBAL INTENSA CONVULSIONES EDEMA EN EXTREMIDADES O CARA O NO PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES [...]

PACIENTE ASISTE A CONTROL PRENATAL NUMERO 6, **AUN NO HA SIDO VALORADA POR GINECOLOGIA**, DEBE SER VALORADA DEBIA A ALTO RIESGO POR ANTECEDENTES MATERNOS, SE SOLICITA INTERCONSULTA, SOLO HA REALIZADO UNA ECOGRAFIA POR LO QUE SE SOLICITA, SE SOLICITAN PARACLINICOS DE TERCER TRIMESTRE, SE FORMULAN MICRONUTRIENTES.»

En esa oportunidad se solicitó ecografía obstétrica transabdominal de tercer

trimestre y se dispuso remisión para valoración por ginecología (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 20, 22-24) siendo avalada por la EPS Cafesalud mediante autorización número 181681490 del 08 de mayo de 2019 remitida a la E.S.E. San Pedro y San Pablo de La Virginia (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta « DiscoCompacto Historia Clinica Folio12» Doc. « DiscoCompacto Guias Historia Clinica Folio 12.pdf» fl. 21)

El 04 de mayo de 2017 le fue practicado a la paciente ecografía obstétrica por parte del ginecoobstetra Roque Armando López, en la que se obtuvieron los siguientes resultados (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 18):

*«Embarazo único Longitudinal cefálico
Dorso derecho
Actividad cardíaca presente
Movimientos fetales activos
Placenta anteroposterior GII/III de espesor normal
ILA:11.4cc
Con medidas:
DBP: 84mm AC: 302mm
LF: 66mm HC:306mm
Toda la anatomía es normal
Sexo: masculino
Peso estimado: 2.038gr
OPINION
Embarazo único de 34 semanas +/- 1 por ecografía Fpp: 15/06/2017»*

Con fecha 08 de mayo de 2017 se plasma atención correspondiente a lectura de paraclínicos en la que, entre otros, se registraron los resultados de ecografía realizada el 4 de mayo de 2017, así: *«ECOGRAFIA DEL 04/05/2017: EMBARAZO UNICO LONGITUDINAL DORSO DERECHO, ACTIVDAD CARDIACA PRESENTE, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, ILA: 11.4, ANATOMIA NORMAL, MASCULINO, PESOI ETSIMADO 2038 GR EMBARAZO DE 34 SEMANAS +/-1 SEMANA, FPP: 16/06/2017»*. En ese momento se registraron cifras tensionales normales de 120/80 (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 183)

También consultó por cefalea el 28 de mayo de 2017, indicándose en la historia clínica que la paciente estaba normotensa -110/70- (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 185)

El día 04 de junio de 2017 a las 12:03 la señora Natalia Isabel consulta por cuadro clínico de 6 horas de evolución consistente en sangrado vaginal de escasa cantidad asociado a dolor tipo contracción uterina de leve intensidad con más o menos dos contracciones en diez minutos. Para ese momento se registró presión arterial sistólica 127 y diastólica 87, asentándose la siguiente nota médica por parte del galeno Julián Arroyave Pinilla:

*«PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD TRIGESTANTE CON EMBARAZO DE 38 SEMANAS 2 DIAS POR ECOGRAFIA, COSUTLA POR EXPULSION DE TAPON MUCOSO Y DOLOR TIPO CONTRACCION UTRERIANA, SIN PREMONITORIOS, CIFRAS TENSIOANELES EN METAS, SE REALIZA TACTO VAGINAL ENCONTRANDOSE CAMBIOS CERVICALES BORRAMIENTO DEL 40%, DILATACION 3 CM, POR LO QUE **SE ENCUENTRA EN FASE LATENTE DEL TRBAJO DE PARTO**, SE TOMA MTF EL CUAL ES **CATEGORIA I**, DEBIDO A IMPOSIBILIDAD PARA ATENCIO DEL PARTO EN EL PUESTO DE SALUD DE IRRA EN EL QUE ME ENCUENTRO COMENTO PACIENTE CON MEDICO DE TURNO DEL HOSPITAL DE QUINCHIA DR CHAPARRO QUIEN ACEPTA PACIETNE, ENVIO PACIENTE CON AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y ACOMPAÑANTE.»* (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 188)

En anotación de la misma fecha hacia las 03:18 pm del médico José Luis Chaparro Cruz (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 190) se anota frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto y paciente normotensa (120/80). El mismo profesional de la salud a las 6:36 pm describe presión arterial 130/87 y frecuencia cardiaca fetal 140 lpm (ídem).

A las 06:31 am del 5 de junio de 2017 el médico Andrés Leonardo Arango plasma *«PACIENTE QUE AL MOMENTO NO HA INICIADO FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO, CON CIFRAS TENSIONALES NORMALES DURANTE LA OBSERVACION»* (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 191) en aquella oportunidad la medición fue de 120/70.

En la misma calenda a la 01:13 pm el médico Daniel Duque Tobón plasma (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 191):

«PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD, HEMOCLASIFICACION A POSITIVO, TRIGESTANTE CON FORMULA OBSTETRICA G3P1A0C1V2, CON EMBARAZO DE 38 SEMANAS Y 4 DIAS POR ECOGRAFIA TARDIA DEL SEGUNDO TRIMESTRE, ALTO RIESGO OBSTETRICOIPOR ANTECEDENTE DE CESAREA EN EMBARAZO PREVIO POR PREECLAMPSIA SEVERA. REMITIDA DESDE EL

CENTRO DE SALUD DE IRRA EL DIA ANTERIOR, DONDE CONSULTO POR SALIDA DE MATERIAL SANGUINOLENTO DE COLOR CAFE ACHOCOLATADO POR VAGINA, EN ESCASA CANTIDAD, ASI COMO DOLOR DE TIPO CONTRACCION UTERINA DE INTENSIDAD LEVE. EN EL MOMENTO LA PACIENTE REFIERE SENSACION DE APROXIMADAMENTE UNA CONTRACCION CADA 30 MINUTOS, DE INTENSIDAD LEVE Y DE 20 SEGUNDOS DE DURACION. NIEGA AUMENTO DE LA ACTIVIDAD, NIEGA AMNIORREA, NIEGA PREMONITORIOS. BUENA TOLERANCIA DE LA VIA ORAL.

SIGNOS VITALES: FC 78 LPM **TA 102/66** MMHG, FR 23 RPM, T 36.5°C, SAO2 97% A AIRE AMBIENTE. PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO SIN MASAS, TRAQUEA CENTRADA, NO SE PALPAN ADENOPATIAS, NO HAY INGURGITACION YUGULAR, TORAX NORMOEXPANSIBLE, NO HAY DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL NI ANOMALIAS A LA INSPECCION, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN GRAVIDO CON ALTURA UTERINA DE 32 CM, FETO UNICO LONGITUDINAL CEFALICO, DORSO DERECHO, **CON FCF 156 LPM**, MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS. TACTO VAGINAL CON CAVIDAD EUTERMICA, EUTROFICA, SIN LESIONES, CUELLO POSTERIOR, DE CONSISTENCIA DURA, CON DILATACION DE 2 CM. BORRAMIENTO DEL 10%, NEUROLOGICO SIN DEFICIT, PARES CRANEALES INDEMNES, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADAS EN LAS CUATRO EXTREMIDADES, EXTREMIDADES SIMETRICAS, PULSOS PERIFERICOS DE BUENA INTENSIDAD, PERFUSION DISTAL CONSERVADA.

PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD, TRIGESTANTE CON EMBARAZO DE 38 SEMANAS Y 4 DIAS QUIEN ES REMITIDA DESDE EL DIA ANTERIOR DEL CENTRO DE SALUD DE IRRA POR INICIO DE FASE LATENTE DEL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO. EN EL MOMENTO CON DILATACION DE 2 CM, BORRAMIENTO DEL 10% Y SIN ACTIVIDAD UTERINA ADECUADA. ALTO RIESGO OBSTETRICO POR CESAREA PREVIA DEBIDA A PREECLAMPSIA SEVERA, ASI COMO PERIODO INTERGENESICO DE 16 AÑOS. EN EL MOMENTO **CON CIFRAS TENSIONALES QUE SE HAN MANTENIDO ESTABLES Y DENTRO DE METAS**, SIN OTROS CAMBIOS DE IMPORTANCIA AL EXAMEN FISICO. **SE HABLA CON SEÑORA LUZ DARY DE LOS RÍOS, DEL HOGAR DE PASO PARA GESTANTES, SE ACUERDA TRASLADO DE LA PACIENTE A DICHO HOGAR MIENTRAS INICIA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO, SE LE INDICA TRAERLA A VALORACION CADA 4 HORAS O HASTA NUEVA INDICACION MEDICA. PACIENTE QUIEN SALE DE LA INSTITUCION EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.**

- TRASLADO A HOGAR DE PASO

-SE INDICA TRAER CADA 4 HORAS PARA VALORACION»

El mismo 5 de junio de 2017 a las 7:50 p.m. la médica Melanie Joann Vélez Salazar registra (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 192):

«PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, NO SIGNOS SIRS NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, BUEN ESTAO GENRAL **FCF:145LPM** CON LOS SÍGUENTES SIGNOS VITALES: **TA:120/85** MMHG, FC:80 LPM, FR:18 RPM, T:36.5 G. SATO2:98%

[...]

ABD:UTERO MASAS NO GRAVIDO VISCEROMEALIAS, AU: CM MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, **FCF:145LPM BLANDO**, DERESIBLE, NO DOLOROSO, NO

IRRITACION PERITONEAL

[...]

EN EL MOMENTO EN FASE LATENTE CON TV: CUELLO POSTERIOR, **BORRAMIENTO 10%, DILATACION 3 CM ESTACION-1**, NO LEUCORREA, NO SALIDA NI HEMORRAGIA. CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR 1 CONTRACCION CADA HORA POR LOQUE SE DAN RECOMENDACIONES MEDICAS DE QUE SI CONTRACCIONES UTERINAS SON REGULARES, SALIDA DE LIQUIDO CLARO O HEMORRAGIA DEBE PRESENTARSE ANTES DE LA HORA SUGERIDA. PACIENTE REFIERE ENTENDER.»

En notas de enfermería visibles en el archivo 001 folio 194 del cuaderno de primera instancia se registran las siguientes cifras tensionales de la gestante y de frecuencia cardiaca fetal:

- 04/06/2017 H: 12:35: TA: 120/60
- 04/06/2017 H: 17:41: FCF 154
- 05/06/2017 H: 07:24: TA: 116/63 FCF: 144

El día 07 de junio de 2017 a las 12:59 se anota por la médica Melanie Joann Vélez Salazar lo siguiente (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 195-196):

«EN EL MOEMNTO EN TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA CON DILATACION DE 7 BORRAMIENTO DE 70%, ESTACION +1, SALIDA DE TAPON MUCOSO + LIQUIDO AMNIOTICO EN HORAS DE LA MAÑANA.

[...]

PAS 132 PAD 78

[...]

UTERO GRAVIDO AU: 32CM, MOVIMIE NTOS FETALES PRESENTES, **FCF: 99LPM DILATACION 7, BORRAMIENTO 70%, E STACION +1, TAPON MUCOSO, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO.**

[...]

NOTA RETROSPECTIVA 12:30 PM PACINETE SE REMITE COMO URGENCIA VITAL POR ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA SEVERA HACE 13 AÑOS EN EL MOEMNTO CON CIFRAS TENSIONALES 140/95 + SINTOMAS PREMONITORIOS CEFALEA, NAUSEAS, FOSFENOS, CON SALIDA DE LIQUIDO MECONIADO GRADO I, **FCF:99LPM (BRADICARDIA).** SE CONSIDERA PACIENTE SE BENEFICIA DE ATENCION DE PARTO EN NIVEL DE ATENCION MAYOR POR LO QUE **SE REALIZA LLAMADO A HOSPITAL SAN JORGE CONTESTA MEDICO DE TURNO QUIEN REFIERE QUE DADO RIESGO DE POSIBLE ATENCION DE PARTO EN AMBULANCIA PARTO DEBE SER ATENDIDO EN NUESTRA INSTITUSION DE PRIMER NIVEL DADO QUE PACIENTE SE ENCUENTRA ESTACIONADA + SINTOMAS PREMONITORIOS+ BRADICARDIA FETAL SE DECIDE REMITIR COMO URGENCIA VITAL CON SULFATO DE MAGNESIO 4 AMP EN 500 CC SSN 0.9% POR BOMBA DE INFUSION 67ccc/hora Y NIFEDIPINO 3 TAB CADA 20 MIN,** EN HOSPITAL SAN JORGE PERSONAL QUE CONTESTA LLAMADO NO DA NOMBRE. SE LE EXPLICA LA PACIENTE CONDICIONES CLINICAS Y POSIBLES RIESGOS LA CUAL REFIERE ENTENDER.»

En notas de enfermería de ese 07 de junio de 2017 se consigna lo siguiente (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 197):

A las 14:26 se anota:

«10+30 AM PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD ASISTE AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE LA SEÑORA LUZ DARY DE LOS RIOS ENCARAGADA EL HOGAR DE PASO INGRESA REFRIENDO DOLOR TIPO CONTRACCION PACIENTE VALORADA POR LA DRA VELEZ QUIEN INDICA ESTA EN TRABAJO DE PARTE FASE ACTICA CON **DILATACION DE 7 CMY BORRAMIENTO DEL 100%, MEMBRANAS ROTAS.** SE UBICA PACIENTE EN PREPARTO»

A las 14:46 se escribe:

«PACIENTE QUE ES REMITIDA PARA EL HOSPITAL SAN JORGE DE PEREIRA EN COMPAÑIA DE MEDICO ,AUX DE ENFERMERIA Y FAMILIAR PACIENTE "DOLOR DE CABEZA " SE OBSERVA CONCIENTE ORIENTADA ALERTA AFEBRIL HIDRATADA ALGICA SIN SOPORTE DE OXIGENO CON LEV PASANDO 4 AMP DE SULFATO DE MAGNESIO EN 500 DE SSN A 10 CC /H POR BOMBA DE INFUSION ABDOMEN GRAVIDO CON FCF DE 105 LATIDOS POR DE TURNO MINUTO REMITE. CON UN BORRAMIENTO DEL 70% CON 9 CMTS DE DILATACION, MEMBRANAS ROTAS, MANEJANDO CIFRAS TENSIONALES ALTAS»

En hora 20:49 se inserta:

«PACIENTE QUIEN A LAS 14+00 SE VITALIZA POR HISTORIAL MEDICO PREECLAMISIA SEVERA DE HACE 18 AÑOS INGRESA A URGENCIAS A LAS 10+30 DE LA MAÑANA DEL DIA 07-06-2017, REFIERE QUE A LAS 02+00 DE LA MAÑANA ROMPE MEMBRANAS SE LE REALIZA MONITOREO EL CUAL SALE SIN NINGUNA ALTERACION, SE CANALIZA Y SE TOMAN SIGNOS VITALES CADA 20 MINUTOS. A LAS 13+30 SE TOMAN NUEVAMENTE TENSION ARTERIAL LA CUAL DA 145/90, EN ESE MOMENTO PACIENTE REFIERE CEFALEA. FOSFENOS, NAUSEAS Y EMESIS UN SOLO EPISODIO, MEDICO DISPONIBLE DR DANIEL DUQUE INGRESA A LA SALA DE PREPARTO LE REALIZA TACTO VAGINAL NATALIA MONTOYA ENCONTRANDOLA EN 7CM DE DILATACION Y BORRADA EL 70%, SE TOMA FRECUENCIA FETAL LA CUAL SE EN CONTRABA EN 96, EL MEDICO DE TURNO ORDENA PASAR 4 AMPOLLAS DE SULFATO DE MAGNECIO EN 500CC DE SOLUCION SALINA NORMAL EN BOMBA DE INFUSION DE LA SIGUIENTE MANERA SE PASAN 500CC +4 AMPOLLAS DE MAGNESIO POR BOMBA DE INFUSION PARA 7 HORAS, SE CUMPLEN ORDEN MEDICA Y SE VITALIZA SALE DR DANIEL DUQUE, Y AUXILIAR SANDRA PAOLA VILLADA EN AMBULANCIA COMO URGENCIA VITAL, PARA HOSPITAL SAN JORGE, DURANTE EL TRASLADO PACIENTE REFIERE SENTIR MUCHO DOLOR

Y QUE NO AGUANTABA MÁS EN SE TOMA FRECUENCIA FETAL DURANTE EL TRASLADO DANDO VALORES DE 120 Y 130, MEDICO DR DUQUE REALIZA TACTO VAGINAL ENCONTRANDO DILATACION DEL 9CM Y BORRAMIENTO DEL 80% SIN SALIDA DDE LIQUIDO Y SE VUELVE A TOMAR FRECUENCIA FETAL 15 MINUTOS ANTES DE INGARESA AL HOSPITAL SAN JORGE LA CUAL SE EN CONTRABA EN 135 PERO CON DESASELERACIONES, SE INGRESA RAPIDAMENTE Y SE SUBE DIRECTAMENTE A GINECOLOGIA, MEDICO DE TURNO ANA MARIA VALENCIA LE REALIZA ULTRA SONIDO YA QUE NO ENCONTRABAN FRECUENCIA CARDIACA FETAL CON EL DOPLER, AL CUAL NO ENCUENTRA SONIDOS CARDIACOS LA GINECOLOGA LE PREGUNTA A NATALIA MONTOYA QUE A QUE HORAS HABIA ROTO MEMBRANAS Y DE QUE COLOR ERA EL LIQUIDO, A LO QUE ELLA RESPONDE QUE A LAS 02-00 DE LA MAÑANA ELIMINO ABUNDANTE CANTIDAD LIQUIDO VERDE ESPESO, LA GINECOLOGA LE PREGUNTA PORQUE NO CONSULTO DE INMEDIATO AL HOSPITAL Y ELLAI RESPONDE QUE PORQUE NO HABIA VOTADO MAS LIQUIDO, LA DOCTORA LE EXPLICA QUE EL BEBE NO TENIA RITMOS CARDIACOS QUE POR ENDE ESTABA MUERTO. SE PASA NUEVAMENTE A SALA DE PARTOS POR ORDEN DE GINECOLOGA ANA MARIA VALENCIA Y SE REALIZA EL INGRESO CORRESPONDIENTE, AUXILIAR SANDRA PAOLA VILLADA REALIZA EL INGRESO SOLA YA QUE LA MADRE DE NATALIA MONTOYA, SE TORNABA MA HUMORADA Y GROSER, SE REALIZA INGRESO Y SE ENTREGAN STIKERS.»

También reposan en el plenario notas adicionales como «nota de traslado» del médico Duque Tobón (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 198):

« SE TRASLADA PACIENTE TRIGESTANTE CON EMBARAZO DE 39 SEMANAS, QUIEN ES REMITIDA COMO URGENCIA VITAL A HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE POR BRADICARCIA FETAL + ANTECEDENTE DE CESAREA POR PREECLAMPSIA SEVERA HACE 18 AÑOS + SINTOMAS PREMONITORIOS + CIFRAS TENSIONALES LIMITROFES. ULTIMA FETOCARDIA EN LA INSTITUCION DE 98 LPM. SALE EN AMBULANCIA DONDE SE MONITORIZA LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y LA TENSION ARTERIAL CADA 20 MINUTOS, LAS CUALES SON VARIABLES, CON RESULTADOS ENTRE 100 Y 135 LPM EN LAS MEDICIONES DETERMINADAS, SIN CAMBIOS RECIENTES EN EL EXAMEN FISICO NI SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA.

SE TOMA ULTIMA MEDICION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL A LA ALTURA DEL MUNICIPIO DE LA VIRGINIA, 30 MINUTOS ANTES DE ARRIBAR AL HOSPITAL DE DESTINO, LA CUAL TIENE UN RESULTADO DE 136 LPM, SE HACE TACTO VAGINAL EVIDENCIANDO DILATACION DE 9 CM CON BORRAMIENTO DEL 80% Y ESTACION +1 DE LA CALOTA FETAL, AL ARRIBAR AL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE SE ARriba AL SERVICIO DE OBST ETRICIA, DONDE LA PACIENTE ES VALORADA POR MEDICO DE TURNO (DRA. LISA ARANGO) PRESENTACION. QUIEN REFIERE DILATACIÓN DE 8 CM Y BORRAMIENTO DEL 80 SIN SALIDA DE LIQUIAMNIOTICO AL RECHAZAR LA PRESENTACION»

MEDICO DE TURNO DE HOSPITAL SAN JORGE REINTERROGA A LA PACIENTE, QUIEN MANIFIESTA QUE A LAS 2+00 DE LA MAÑANA PRESENTO SALIDA DE LIQUIDO VERDOSO Y DE CONSISTENCIA ESPESA EN ABUNDANTE CANTIDAD, PERO COMO SOLO FUE UN EPISODIO NO CONSIDERO QUE FUERA ALGO FREOCUPANTE Y ESPERO HASTA AUMENTO

EN LA INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES PARA DESPLAZARSE AL HOSPITAL, LO CUAL FINALMENTE HIZO HACIA LAS 11+00. DE INMEDIATO SE PROCEDE A TOMAR FRECUENCIA CARDIACA FETAL, LA CUAL NO ES POSIBLE HALLAR PESE A LOS MULTIPLES INTENTOS POR HACERLO. POR LO QUE MEDICO DE TURNO DECIDE REALIZAR RASTREO ECOGRAFICO.»

UNA VEZ EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE, MEDICO DE TURNO HACE RASTREO ECOGRAFICO Y LLAMADO A GINECO-OBSTETRA DE TURNO (DRA. ANA MARIA VALENCIA), QUIEN REALIZA ULTRASONOGRAFIA GENERAL, EN LA CUAL NO HAY EVIDENCIA DE ACTIVIDAD CARDIACA, POR LO QUE CONSIDERA OBITO FETAL SE DA RECOMENDACION A LA MADRE DE PERMITIR E ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DEL FETO PARA DETERMINAR CAUSA DE MUERTE.»

SOY CLARO EN QUE LA PACIENTE HABIA SIDO REMITIDA DESDE EL CENTRO DE SALUD DE IRRA EL DIA DOMINGO 04/08/2017 POR INICIO DE FASE LATENTE DEL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO, PARA VALORACION DEL MISMO, Y POR NO HABER PRESENTADO ACTIVIDAD UTERINA CLARA NI CAMBIOS CERVICALES, SE LE DIO LA RECOMENDACION DE TRASLADARSE A HOGAR DE PASO, LO QUE LA PACIENTE ACEPTA EN NINGUN MOMENTO DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA LA PACIENTE PRESENTO AUMENTO EN LA ACTIVIDAD, CAMBIOS CERVICALES, NI ALTERACIONES EN LOS SIGNOS VITALES MATERNO O FETALES, SE LE TOMARON MONITOREOS LOS CUALES ESTABAN EN CATEGORIA 1.

ANTE LA NORMALIDAD DE LOS SIGNOS VITALES MATERNO Y FETALES, EL NO HABER CUMPLIDO AUN LAS SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL PARA CONSIDERARSE EMBANAZO POSTFECHADO, Y LA AUSENCIA DE ACTIVIDAD UTERINA MARCADA Y CAMBIOS CERVICALES, HASTA EL DIA 06/06/2017, LA PACIENTE NO CUMPLIA CON NINGUN CRITERIO PARA SER REMITIDA A CENTRO DE TERCER NIVEL COMO URGENCIA VITAL. **EN HORAS DE LA MADRUGADA DEL 07/06/2017 PRESENTA RUPTURA ESPONTANEA DE MEMBRANAS CON APARENTE LIQUIDO AMNIOTICO CON MECONIO EN GRADO 3 (LO QUE SE DEDUCE SEGUN LA DESCRIPCION DE LA PACIENTE DADO QUE NO PUDE VISUALIZARLO EN PERSONA)...**

Y AUN ASI ESPERA 8 HORAS PARA DIRIGIRSE A LA INSTITUCION HOSPITALARIA. INGRESA Y SE TOMA INMEDIATAMENTE MONITOREO FETAL EL CUAL SE CATALOGA COMO CATEGORIA 1. POR LAS CONDICIONES SE LLAMA A SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HUSJ DONDE DAN LA RECOMENDACION DE ATENDER EL PARTO EN LA INSTITUCION DADO EL AVANZADO EN LA DILATACION. SIN EMBARGO, DE IGUAL FORMA SE DECIDE REMITIR COMO URGENCIA VITAL, CON LOS HECHOS QUE YA FUERON RELATADOS. COMO MI UNICO RECURSO ES EL MONITOREO FETAL, NO TENGO ECOGRAFIA NI OTROS MEDIOS PARA DETERMINAR ESTADO FETAL, POR LO QUE DURANTE EL TRASLADO NO ES POSIBLE DEFINIR ESTO.»

En la historia clínica de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 52 y ss), se dejan los siguientes registros:

«Al ingreso no es posible encontrar fetocardia con doppler, por lo que se da aviso a ginecología de turno dra Valencia quien hace rastreo ecográfico y no encuentra fetocardia ni movimientos respiratorios, se le explica a la madre el fallecimiento de su bebé de causa por el momento desconocida, se explica la importancia de estudio del bebé y la placenta: paciente en 8 cm de dilatación borramiento 80% estación +1 tapón mucoso verdoso, no fétido y escaso, calota dura, se traslada a sala de partos.

[...]

BEG APARENTES. S. VITALES: S. TA:110/50mmHg FC:80lpm FR:20xmin T:36.6 SO2:97% AFEBRIL, HIDRATADA. CP: CAMPOS PULMO BIEN VENTLADOS.RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. MAMAS SECRETANTES. ABD: UTERO INVOLUCIONANDO NORMALMENT PERISTALTISMO PRESENTE. GENITALES: LIQUIOS NORMALES. EXTREMIDADES, NEUROLOGICO MENTAL: NORMAL RECIEN NACIDO DE SEXO MASCULINO SIN SIGNOS VITALES, CON RIGIDEZ DE GRANDES ARTICULACIONES, SIN DEMAS ALTERACIOENS MACROSOMICAS APARENTES. CON PESO:2740gm Y TALLA:47cm, REPORTE PARACLINICOS DE 07JUNIO: BT:0.4 PTT:33.5 PT:14.5 INR:089 LDH:56 TGP:23 TGO:23 CREATININA:0,5 PCR:9.5 LEUCOCITOS:22.200. N20% Hgb: 13.5 Hte: 39.0

[...]

Fecha: 07/06/2017 16:02

PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD, CON EMBARAZO DE 38.6 SEMANAS REMITIDA POR ESTADO FETAL NO TRANQUILIZADOR, RPM DE 12 HORAS CON MECONIO GRADO III Y TRASTORNO HIPERTENSIVO A ESTUDIO. SE REALIZA RASTREO ECOGRÁFICO, ENCONTRANDO OBITO FETAL. SE TRASLADA A SALA DE PARTOS **CON SALIDA DE RECIÉN NACIDO (07/06/17 18+35) CON CIRCULAR DE CORDÓN A CUELLO, IMPREGNADO DE MECONIO ESPESO GRADO III, SIN SIGNOS VITALES.** EN RONDA CON DR. LEÓN SE INDICA CONTINUAR EN MANEJO CON AMPICILINA Y SUSPENDER SULFATO DE MAGNESIO POR PARACLÍNICOS DE PREECLAMPSIA NEGATIVOS Y CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL DENTRO DE RANGOS NORMALES.

[...]

DIAGNOSTICOS

P95X MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA

O429 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION»

La médica María Fernanda Álvarez Candamil, galena que atiende el parto, documenta lo que observó al momento del expulsivo (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «Historia Clinica Natalialsabel MontoyaHUSJ» Doc. «HC DE NATALIA 43917441.pdf» fl. 6 y ss):

«CIRCULAR DE CORDON: SI

[...]

OBSERVACIONES: SIENDO LAS 18+35 **SALE RECIEN NACIDO CON CIRCULAR DE CORDON A CUELLO,** IMPREGNADO DE MECONIO ESPESO GRADO III, SIN SIGNOS VITALES, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, CON RIGIDEZ EN EXTREMIDADES, CON LIVIDECE Y **EQUIMOSIS A NIVEL PALPEBRAL Y EN**

CUELLO LAS CUALES DETERMINAN UNA HORA DE MUERTE MAYOR A 4 HORAS»

La expulsión del óbito fetal al parecer se produjo sin complicaciones según se lee en notas de enfermería (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «Historia Clínica Natalia Isabel Montoya HUSJ» Doc. «43917441 MONTOYA SOTO NATALIA 07062017RC.pdf » fl. 1):

«Fecha de Registro: 07/junio/2017

HORA: 06:35 p. m.

USUARIA EN PERIODO EXPULSIVO POR ORDEN MEDICA SE PASA A MESA GINECOLOGICA, SE REALIZA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE DIRIGE PUJO, A LAS 18+35 HRS SE PRESENTA PARTO NORMAL ATENDIDO POR LA DOCTORA ALVARES, CON PRODUCTO DE SEXO MASCULINO, OBITO FETAL SIN MALFORMACIONES APARENTES, EL CUAL PESO: 2740 GR, TALLO: 47 CM, POR ORDEN MEDICA SE LE ADMINSTRAN 10 UNIDADES DE OXITOCINA DIL EL 10 CC SSN A LOS 5 MINUTOS SE PRESENTA ALUMBRAMIENTO DE PLACENTA TIPO SHULZENTH COMPLETA, TANTO FETO Y PLACENTA SE ENVIA A ESTUDIO POR ORDEN DE LA GINECOLOGA DE TURNO EL MEDICO REALIZA REVISION DE CAVIDAD VAGINAL Y REFIERE QUE NO SE OBSERVA DESGARRO, USUARIA CON SANGRADO VAGINAL MODERADO Y UTERO EN PROCESO DE INVOLUCION, SE TRASLADA A CAMILLA PARA SALAS DE RECUPERACION DONDE SE VIGILARA EL POST PARTO, CON HISTORIA CLINICA COMPLETA.

HORA: 08:00 p. m.

PTE QUE INGRESA A SALAS TRAIDA DE SALAS DE PARTOS, TRASLADADA EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE CAMILLERO, AL INGRESO PTE CONCIENTE OPRIORIENTADA AFERBIL, CON TAPON PARA TTO, CON MAMAS BLANDAS CON UTERO EN PROCESO DE INVOLUCION, CON SANGRADO VAGINAL EN ABUNDANTE CANTIDAD, PTE DE POSTPARTO CON PRODUCTO OVITADO, DE 38 SEMANAS, SE OBSERVA DECAIDA ANSIOSA CON LLANTO PRESENTE POR TAL SITUACION, SE CAMBIA PAÑAL, EN EL MOMENTO REFIERE CEFALEA, SE COMENTA A MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA ADMINISTRAR 1 GRAMO DE ACETAMIONOFEN VO, CON LO CUAL CEDE, CONTINUA EN SALAS CON TTO ORDENADO, SE ESPERA DEFINIR CONDUCTA MAÑANA EN RONDA MEDICA, SIGNOS VITALES ESTABLES, EN COMPAÑIA DE FLIAR

Fecha de Registro: 08/junio/2017

HORA: 12:00 p. m.

ENTREGO PACIENTE EN CAMA CONCIENTE ORIENTADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SOPORTE ADICIONAL DE OXIGENO, PACIENTE DE POSTPARTO CON PRODUCTO OVITADO, DE 38 SEMANAS DURANTE LA MAÑANA SE OBSERVO EN CONDCIONES ESTABLES PASA AFEBRIL HIDRATADA, SE OBSERVO ANSIOSA DEPRIMIDA, EN LA MAÑANA FUE VISITADA POR EL PSICOLOGO. CONTINUA CON MAMAS BLANDAS SECRETANTES, ABDOMEN GLOBOSO CON UTERO EN PROCESO DE INVOLUCION INFRAUMBILICAL. PRESENTA SANGRADO VAGINAL MODERADO. SE LE ADMINSTRO TRATAMIENTO ORDENADO. TIENE SALIDA

HORA: 04:00 p. m.

FAMILIAR EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES, REFIERE: " ME SIENTO MEJOR", SE OBSERVA DESPIERTA ALERTA ORIENTADA COLABORADORA

AFEBRIL CON BUEN PATRON RESPIRATORIO SIN SOPORTE ADICIONAL DE O2 SATURANDO ADECUADAMENTE, MAMAS BLANDAS NO SECRETANTES, ABDOMEN CON UTERO EN PROCESO DE INVOLUCION, SANGRADO VAGINAL ESCASO, MMIS SIN ALTERACIONES, SE ENTREGAN PETERNECIAS, EPICRISIS, FORMULA MEDICA E INDICACIONES MEDICAS, SE DA EDUCACION DE CUIDADOS EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA, EGRESA SIN NOVEDADES.»

Post parto fue valorada por psiquiatría y revalorada por ginecología, dejándose la siguiente impronta (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 52):

«MADRE CON BUENA EVOLUCIÓN POST PARTO, YA VALORADA POR PSIQUIATRIA QUIEN ENCUENTRA PACIENTE CON REACCIÓN DE AJUSTE SIN NECESIDAD DE TRATAMIENTO POR EL MOMENTO E INDICA SU EGRESO, FETO CONSERVADO EN NEVERA INSTITUCIONAL A LA ESPERA DE TRASLADO A PATOLOGÍA PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE FETO Y PLACENTA, SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 71570759-3 PACIENTE REVALORADA POR GINECOLOGO DE TURNO DR NOREÑA QUIEN ENCUENTRA PACIENTE CON PUERPERIO NORMAL SIN SIGNOS DE SIRS CON TENSIÓN ARTERIAL MODULADA SIN REQUERIMIENTO DE ANTIHIPERTENSIVOS, SIN PREMONITORIOS DE PREECLAMPSIA, CON PARACLINICOS EN LIMITES DE NORMALIDAD, LIGERO INCREMENTO DE LEUCOCITOS Y PCR EXPLICABLES POR EL TRABAJO DE PARTO RAZON POR LA CUAL SE INDICA EGRESO PREVIO CONCEPTO DE PSIQUIATRIA SALIDA DE MATERNA CON TTO E INDICACIONES CONTROL EN CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOCAL PARA PLANIFICACION FAMILIAR SE ENTREGAN POR ESCRITO RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS GENERALES D ALARMA...»

- Copia de certificado de defunción número 71570759-3 en fecha 07 de junio de 2017 (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 24-25)
- Copia de informe de análisis anatomopatológico realizado a feto y placenta el 09 de junio de 2017 en la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 58-59) en el que se describe:

«El feto se observa sobre mesa de disección con una talla de 47 cm, peso de 2800 gr, sin malformaciones congénitas, sin lesiones traumáticas evidentes, flacidez, frio. Cuero cabelludo, ojos, nariz, boca, mentón, orejas, cuello, tórax, abdomen, genitales, dorso, glúteos, ano, extremidades superiores e inferiores sin alteraciones. Se practica disección bimastoidea de cráneo y toracoabdominal en Y observando los órganos in situ, sin malformaciones congénitas, con cambios por autolisis. Cerebro sin edema, congestión o hemorragia, masas o nodulaciones.

*Pulmones de forma y tamaño normal, al corte sin masas o nodulaciones.
Corazón de forma y tamaño normal, al corte con sus 4 cavidades, válvulas y vasos sanguíneos sin alteraciones.
Hígado, bazo, riñones, suprarrenales, páncreas, timo, tubo digestivo sin alteraciones patológicas.
La placenta mide 14 x 14 x 3 cm, amnios con edema leve, cotiledones con congestión vascular, hemorragia escasa, sin infartos o necrosis, cordón umbilical que mide 45 cm, al corte con sus 3 vasos sanguíneos permeables.
Se toman muestras de los órganos y placenta para análisis histopatológico observando pulmón con leve edema intra alveolar, corazón, hígado, riñones, suprarrenales, bazo, tubo digestivo con congestión vascular y hemorragia leve.
Placenta con edema de amnios, decidua y vellosidades coriónicas con congestión vascular, hemorragia leve, sin infartos, sin necrosis, cordón umbilical con sus 3 vasos sanguíneos congestivos.
DX: FETO DE SEXO MASCULINO DE APROXIMADAMENTE 38 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL SIN MALFORMACIONES CONGENITAS EVIDENTES, SIN LESIONES TRAUMATICAS APARENTES, REMITIDA DE UNIDAD LOCAL DE QUINCHIA POR PREMONITOREOS POR SOSPECHA DE PREECLAMPSIA SEVERA CON HALLAZGOS DE HEMORRAGIA LEVE GENERALIZADA Y CONGESTION VASCULAR, CAMBIOS QUE DEBEN CORRELACIONARSE CON PREECLAMPSIA MATERNA.»*

Posterior al óbito fetal la paciente fue valorada por psicología en fecha 14 de junio de 2017 en la E.S.E. Nazareth de Quinchía (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 48), para entonces se registró diagnóstico de trastorno de adaptación dejaron las siguientes anotaciones:

«PACIENTE ASISTE A SERVICIO DE PRICOLOGIA POR VOLUNTAD PROPIA Y POR INDICACIONES DE GALENOS DEL HOSPITAL SAN JORGE, POR SITUACION DE OBITO FETAL HACE SEMANA APROX, PACIENTE RERIERE HABER ESTADO EN HOGAR DE PASO EN QUINCHIA RISARALDA ALLI FUE LLEVADA POSTERIOR A HOSPITALIZACION EN ESE NAZARETE DONDE SE INDICA MONITORIZACION CADA 4 HORAS, POR PRESETAR FLUJO. PACIENTE CON EMBARAZO DEALTO RIESGO POR PREECLAMSIA SEVERAEN PRIMER EMBARAZO, SEGUNDO PARTO NORMAL, ADUCE QUE EN HOGAR DE PASO CUMPLIO CON INDICACIONES MEDICAS, Y CON ADECUADA EVOLUCION DE PROCESO DE PARTO. EL DIA MARTES 6 DE JUNIO SE INDICA SALIDA PARA CASA EL MIERCOLES 7 DE JUNO PACIENTE REFIERE SENSACION DE DOLOR DE PARTO POR LO QUE ES LEVADA NUEVANENTE A HOSPITAL CON APARENTE DILATACIÓN A LAS 10:30 DE LA MAÑANA, SE REALIZA NUEVO NONITORED DENTRO DE PARANETROS NORMALES, SE REPITE PROCEDIMIENTO A LAS 11:15 CONTINIA TODO NORMAL, DILATACION EN 7 A LAS 12:00 PACIENTE SE ENCUENTRA CON AUMENTODE TENSION ARTERAL, SITUACION QUE SE REGULO TRAS INTERVENCION MEDICA, A LAS 13:00 CONTINUA PROCESO. A LA 813-25E INDICA A PACIENTE NECE 13:25 SE INDICA A PACIENTE NECESIDAD DE REMISION A PEREIRA (PACIENTE DESCONOCE MOTIVO DE REMISION) EN AMBULANCIA, SE LLEGA A PEREIRA A 16:00 DONDE SE REALIZA NUEVA MONITORIZACION DONDE NO SE ENCUENTRA FRECUENCIA CARDIACA, SE REALIZA INTERVENCION CON PARTO VAGINAL, SE ENVÍA PRODUCTO A

PATOLOGIA, PENDIENTE LOS RESULTADOS AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE PRESENTA LLANTO DURANTE CONSULTA ADUCE LLANTO FRECUENTE NO CONTROLADO, ALTERACION EN CICLO DE SUEÑO INSOMIO TIPO MIXIO CON RUWVACION DE IDEAS, IRRITABLE NO HIPOPROSEXA, SENSACION HIPOTIMICA DE MODERADA INTENSIDAD, ANHEDONIA HIPOREXIA NO IDEAS DE MUERTE, RED DE APOYO 2 HIJDS MADRE Y PAREJA»

Consulta nuevamente por psicología el 26 de julio de 2017 en la E.S.E. Nazareth de Quinchía (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 43) fecha en la que continúa con diagnóstico de trastorno de adaptación:

«PACIENTE LLEGA PARA VALORACION DE CONTROL POST TRAUMATICO (MUERTE DE HIJO) PACIENTE REFIERE NO ALTERACIÓN EN CICLO DE SUEÑO, NO HIPOREXIA DISMINUCION DE LLANTO, PRESENTA REACTIVACION EMOCIONAL CUANDO VE A BEBES, PACIENTE REFIERE DESEO DE NUEVA CONCEPCION, SE REALIZA PROCESO EDUCATIVO NO IRRITABILIDAD NO DISMINUCION DE LIBIDO SEXUAL NO IDEAS DE MUERTE [...] PACIENTE ESTABLE A NIVEL EMOCIONAL SIN PRESENCIA DE SINTOMAS QUE INTERFIERAN COTIDIANIDAD SE SOLICITA VALORACION DE CONTROL EN UN MES PARA VERIFICAR EVOLUCION»

También reposan las siguientes documentales:

- Copia de declaración extrajuicio rendida por los señores Natalia Isabel Montoya Soto y Luis David Carrasquilla Urrea ante la Notaría Única de Supía -Caldas el 6 de junio de 2018, en la que declaran que desde hacía seis años convivían bajo el mismo techo compartiendo lecho y mesa de forma ininterrumpida (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 60-63)
- Copia de declaración extrajuicio rendida por los señores Jesús Antonio Vélez Villada, Roberto Elias Lema Castro el 29 de junio de 2019 ante la Notaría Única del Círculo de Quinchía, en la que manifiestan conocer la unión marital que tienen conformada Natalia Isabel Montoya Soto y Luis David Carrasquilla desde hace seis años (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 64-65)

Dictamen pericial rendido por el médico Dairo Gutiérrez Cuello, especialista en ginecología y obstetricia (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 202-210), a instancia de la

E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, del cual se destaca:

- Afirma que la fórmula de ASA y calcio son dos medicamentos que aumentan la invasión trofoblástica ayudando a la conversión de las arterias espiraladas en útero placentarias para aumentar la perfusión materno fetal y disminuir las posibilidades de preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino.
- Destaca que al parecer presenta ruptura de membrana con salida de líquido meconial a las 2 am, no informando a los médicos de turno a su cargo, solo acudiendo 8 horas más tarde, donde encuentra bradicardia fetal, signos premonitorios de preeclampsia, se solicita remisión a un nivel de mayor complejidad, no siendo aceptada por el médico del hospital San Jorge, sin embargo de manera racional es enviada como urgencia vital, y al ser valorada por médico de este nivel III no encontrado latido cardiaco.
- Consideró que la actitud de implementar el ASA es la correcta debido a que reduce la incidencia de preeclampsia en un 14% y en 21% en la tasa de mortalidad perinatal.
- Explicó que la conducta de permitir el parto después de una cesárea es posible y deberán cumplir los siguientes requisitos:
 - Aceptación por parte de la paciente de la opción a parto vaginal.
 - No otros factores de riesgo ni contraindicaciones para el parto vaginal.
 - Inicio espontáneo de parto. En caso de necesidad de inducción del parto, planteará la cesárea electiva.
- Señala que las anteriores condiciones se presentan en el presente caso (parto normo-evolutivo), enfatizando en que el hecho de haber sido sometida a una cesárea no implica que en los siguientes embarazos no se pueda realizar un parto vaginal. De hecho, el parto vaginal tiene menos complicaciones maternas y fetales. Por tanto, esta es la vía preferible de parto siempre que sea posible. No se podrá intentar un parto vaginal en los casos en los que existan contraindicaciones propias para la vía vaginal del parto. Sin embargo es pertinente mencionar que se deben extremar los cuidados en estas

pacientes sometidas a trabajo de parto posterior a una cesárea.

- Considera que la no aceptación de la paciente en el nivel de mayor complejidad pudo haber agravado la situación de la paciente, al retardar la posibilidad de intervención.
- Estima que la paciente no cumplió con el deber de autoresponsabilidad al no acudir a la institución de salud al momento de eliminar líquido amniótico meconial, situación que representa estado fetal no satisfactorio, esto en la medida en que a la paciente se le instruye con base en los signos de urgencias.
- Respecto de la cardiotocografía explica que los trazados de frecuencia cardíaca fetal categoría I son normales. Son firmemente predictivos de estado ácido-base fetal normal en el momento de la observación. No precisan controles especiales y solo basta con observación rutinaria. La categoría I de trazados de FCF incluye todo lo siguiente:
 - Línea de base: 110-160 lpm
 - Variabilidad de la FCF de la línea de base: moderada
 - Deceleraciones tardías o variables: ausentes
 - Deceleraciones precoces: presentes o ausentes
 - Aceleraciones: presentes o ausentes.
- En el de marras la cardiotocografía realizada al momento de la consulta en trabajo de parto el día de 4 de junio 2018, resultó categoría I que es sinónimo de bienestar fetal, indicando que el feto tiene bajo riesgo de mortalidad fetal durante los siguientes 7 días a la prueba.
- En cuanto a las casas maternas o albergues temporales explicó que es una práctica permitida acorde a lo reglado por la resolución 3280 de 2018, la cual indica que si existe dificultades para el acceso a la atención institucional de parto, está indicada la autorización de casa maternas o albergues temporales para que la mujer y su acompañante esperen la indicación de hospitalización para el parto.
- Destaca que en el caso de análisis se intenta remitir de manera oportuna negándose la recepción en el nivel de mayor complejidad, aumentando la posibilidad de resultado adverso en el feto, es decir, no se tuvo en cuenta lo preceptuado por la resolución 4747 del 2012 donde dice que la entidad receptora no podrá negarse a recibir un

usuario.

En la audiencia de práctica de pruebas realizada el 12 de agosto de 2021, se expuso y realizó la contradicción del dictamen rendido por el médico Jorge Andrés Jaramillo García, destacándose lo siguiente:

Reiteró que es posible tener un parto vaginal en paciente precesareada, especialmente en este caso en que el primer parto fue una cesárea, el segundo fue vaginal con feto de 3000 gramos, por lo que era perfectamente posible un parto vaginal.

Destaca que la paciente permaneció en trabajo de parto normo-evolutivo y que se intenta remitirla en una ocasión, pero no se acepta por el hospital de destino, por lo que se decide enviarla como urgencia vital, lo que retrasa la atención.

Afirma que la casa de albergue está prevista como permitida en resoluciones aplicables al asunto.

La cardiotopografía utilizada para verificar el bienestar fetal, tipificado como categoría I da una tranquilidad de 7 días de bienestar fetal. Expone que la categoría III es indicativa de una patología, una alteración del bienestar fetal; y la categoría II es indeterminada es decir, hay que hacer un examen adicional, como por ejemplo, el perfil biofísico para poder determinar o repetir la prueba en 12 horas aproximadamente (audiencia pruebas min. 01:00:38 y ss).

Reprochó que la entidad receptora no dio cumplimiento a la resolución 4747, que dispone que no puede negarse a recibir un usuario.

Dice que en la historia clínica no aparece claro el lapso que transcurrió entre el momento en que la E.S.E. Hospital San Jorge de Pereira se hubiera aparentemente negado a recibir a la paciente y el plazo de remisión efectiva como urgencia vital, ni entre la orden de remisión y la realización de la remisión.

Dice que en el dictamen no habla de la escala de Herrera y Hurtado. Explica que

esta escala se caracteriza porque hay una combinación de riesgo obstétrico y psicosocial que es conveniente que algunas entidades de salud lo adopten debido a que hace un análisis de relación logística para verificar el riesgo que la paciente tiene definitivamente (audiencia pruebas min. 00:30:41 y ss.).

Manifiesta que la escala no se tuvo en cuenta para el análisis, pero el caso *per se* corresponde al de una paciente de alto riesgo.

También refiere que una paciente que ha tenido una cesárea, la única manera de volverla a repetir la cesárea es que se repita la condición obstétrica por medio del cual se hizo la primera cesárea y en este caso los médicos tuvieron en cuenta el hecho de que hubo un parto después de una cesárea y para ellos era perfectamente posible intentar tener un tener nuevamente un parto. Por supuesto que en el evento en que hubieran sospechado ello que era necesario o que se repitiera la misma condición obstétrica por medio del cual se hizo la primera cesárea, era conveniente remitirla a un nivel dos de manera urgente, sin embargo tuvieron en cuenta que tuvo un parto después de una cesárea con un feto de aproximadamente 3000 gramos y el óbito materia de análisis pesó aproximadamente 2800 gramos que es un feto que tranquilamente podía haber nacido por parto (audiencia pruebas min. 00:34:59 y ss.).

Explica que el trabajo de parto se compone de tres fases: latente, activa y alumbramiento. La fase latente tiene unas funciones básicas que son: i) favorece que el feto «se meta de cabeza» (sic); ii) Otra función es lograr la actitud de flexión que tiene el feto en sus diferentes partes; iii) orientar la presentación; iv) acortar el cérvix. Esta fase se caracteriza porque no hay dolor, puede que sienta contracciones, pero es imperceptible, indicando que el tiempo de duración de la fase latente depende de la paridad de la paciente, que puede oscilar entre 14 y 20 horas y en esos casos no hay absolutamente nada que hacer, simplemente esperar que cese la fase latente y entre en fase activa de tal manera que al hablarse de 72 horas es probable que la paciente haya entrado al servicio de urgencias antes de la fase latente, por lo que, tratándose de esta circunstancia no había una urgencia inmediata para remitir a la paciente a un nivel de mayor complejidad (audiencia pruebas min. 00:36:53 y ss.).

Dice que en el presente asunto se presentó una cadena de demoras, destacando que la primera la correspondiente a la tardanza en que la paciente llega a la institución de salud, lo cual contraviene su deber de corresponsabilidad. Relata que la paciente tiene ruptura de membranas a las dos de la mañana con evidencia de líquido maconeado y acude al centro asistencial ocho horas más tarde. Comenta que el líquido teñido de meconio es una manifestación clínica de un estado fetal no satisfactorio. Desde su concepto si la paciente llega una vez se rompe la membrana y la remiten, «de pronto hubiera sido otro el desenlace» ya que «la paciente deja pasar 8 horas que fueron cruciales para este tipo de circunstancia», acentuando que en la historia clínica se plasma que a la paciente debe acudir cada cuatro horas y se le dan recomendaciones por las cuales debe presentarse incluso antes de ese tiempo (audiencia pruebas min. 00:38:56 y ss.).

La otra demora la atribuye a la entidad bajo el entendido que debió de remitir la paciente de inmediato en cuanto llegó en esas condiciones, cuando no se le detecta o había alteración de la frecuencia cardíaca fetal. Informa además que si bien la paciente tenía antecedente de preeclampsia, no habían datos de tal patología en este caso, así como tampoco habían datos de trastornos hipertensivos, sin embargo advierte que el 60% de las pacientes que hacen preeclampsia en el primer embarazo lo hacen en el segundo y en el tercero, y, a pesar de que en este evento ello no se configuraba «esa paciente debió haber sido remitida de inmediato *ipso facto* cuando llegó en esas condiciones» (ídem min. 00:40:45 y ss).

Expone que el estado fetal no satisfactorio se caracteriza porque inicialmente los fetos tienen un mecanismo de defensa cuando hay una noxa que los afecta consistente en que inicialmente tienen un aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Pasado un tiempo de esto acontece el efecto contrario, hay una estimulación del nervio vago y se produce una disminución de la frecuencia cardíaca fetal y justo en este momento se relajan los esfínteres y hay salida de materia fecal dentro de la cavidad uterina y ese es un signo inequívoco de estado fetal no satisfactorio. Al referirse al asunto concreto relata que «*en este caso que hubo ruptura de membrana con salida de líquido, esto fue un timbre, es decir, una circunstancia demasíadamente coyuntural. El feto estaba avisando sáquenme, sáquenme porque tengo problemas, se rompió la membrana que no debió, no debió haberse*

roto, se rompieron las membranas y salió el líquido de aspecto meconial automáticamente una persona que vea ese ese líquido amniótico tiene que pensar en que hay un estado fetal no satisfactorio [...] Pero si hubiera podido hacer algo, si ella hubiera acudido por lo menos 1 o a lo sumo 2 horas después de este incidente» (ídem min. 00:43:23 y ss)

Informa que la remisión no se comentó a la entidad receptora a través del CRUE sino directamente y ello es permitido de acuerdo a la norma técnica, esto es, decreto 4747 de 2007 y resolución 3047 de 2008 (ídem min. 01:05:37 y ss).

Indica que cuando la paciente fue comentada al Hospital San Jorge se encontraba en fase activa del trabajo de parto, explicando que en esta fase se presenta la dilatación y la expulsión. En la Guía de Práctica Clínica de 2013 se considera fase activa más allá de 4 cm y en la guía más reciente que es la de 2018, es a partir de 6 cm, por lo que al verificarse que la paciente estaba con 7 cm de dilatación al momento de la remisión, es posible colegir que se encontraba en fase activa. (ídem min. 01:08:51 y ss)

Asevera que la preeclampsia es una enfermedad propia de la madre, los fetos jamás tienen preeclampsia, pero sí sufren las consecuencias de esa patología (ídem min. 01:14:10 y ss.).

Manifiesta que es más fácil catalogar a una paciente como de alto riesgo que como de bajo riesgo, pues son muchos los factores y de diversa índole que permiten catalogar un embarazo como ARO, como por ejemplo, la baja estatura de la madre, el peso tanto de la madre como del feto (muy alto o muy bajo), la condición socioeconómica, pero por eso es que deben valorarse de forma especial el riesgo derivado de condiciones patológicas, para establecer a partir de allí si es necesario proceder a una remisión inmediata o no, ya que no es necesario remitir a una paciente por ARO originado en un alto peso o talla baja o por su condición socioeconómica, pero a veces sí es necesario valorar y remitir a una paciente con un alto riesgo patológico. En este caso la paciente tiene alto riesgo patológico como lo son los antecedentes de preeclampsia y cesárea previa, por lo que este tipo de pacientes deben ser valoradas por el ginecólogo a las 28 semanas (para verificar

las condiciones del feto y verificar las condiciones de alto riesgo) y a las 36 (para verificar el sitio de atención del parto y la vía de interrupción del embarazo). Relieva que la paciente sí se le prescribió consulta con ginecólogo pero nunca se materializó dicha atención en salud, desconociendo si ello se debió a un problema de orden administrativo (ídem min. 01:16:46 y ss.).

Resalta que si bien la cardiotocografía es tipo uno y da una tranquilidad de 7 días, la situación concreta en el presente asunto es que el feto tuvo una circular de cordón a cuello evidenciada cuando nace el feto, lo cual es impredecible, sí puede sospecharse con una ecografía Doppler y de las manifestaciones clínicas de la frecuencia cardíaca fetal que puede estar en bradicardia o taquicardia en la gráfica del registro cardiotocográfico, pero en este asunto las manifestaciones clínicas no se hicieron evidentes en la paciente al momento de su ingreso a la E.S.E. Nazareth el 4 de junio de 2017. Arguye que de 100 niños 40 nacen con circular de cordón y la mayoría no se mueren, a otros les va mal y se mueren, recalcando que ello es impredecible (ídem min. 01:19:51 y ss)

Comenta que hay que hacer entre 3 y 4 ecografías durante todo el embarazo: i) cuando la paciente se da cuenta del embarazo; ii) otra entre las semanas 11 a 14; iii) entre las semanas 20 a 24; y, iv) a las 36 semanas, **sin embargo lo pertinente en el presente asunto era la remisión de la paciente al ginecólogo para verificar las características de este embarazo**, es decir, el estado de crecimiento fetal en un feto con una madre con antecedente de preclamsia, y segundo constatar el nivel de complejidad donde debía haber nacido este bebé (ídem min. 01:22:05 y ss)

Ilustra que cuando la paciente presenta cifras tensionales normales no hay indicación para hacerle solicitud de exámenes de preeclampsia (ídem min. 01:23:24 y ss)

Estima que la paciente no tenía criterios para aspirar a una cesárea electiva porque la paciente tuvo una cesárea hace 18 años y un parto vaginal 2 años después con un feto de 3000 gramos, de tal manera que la única condición de hacer una cesárea electiva es que se repita la condición obstétrica mediante la cual ocurrió la

primera cesárea, si no se repite, no es necesario hacerla, es más, en Colombia se está tratando de disminuir el índice de cesáreas porque aumenta la morbilidad (ídem min. 01:25:55 y ss)

En cuanto a las cifras tensionales expone que se entiende alterada la sístole por encima de 15 milímetros y la diástole por encima de 30, por lo que la cifra 140/95 reportada el 7 de junio de 2017 es relativamente normal, máxime si se tiene en cuenta que se considera preeclampsia a cifras por encima de 160/90 (ídem min. 01:29:26 y ss)

Afirma que los embarazos a término se tipifican de acuerdo a la edad gestacional, considerando que es a término todo aquel que sobrepase las 37 semanas y por encima de 42 es de post término (ídem min. 01:30:21 y ss)

Aún cuando en el análisis histopatológico se habla de un posible estado hipertensivo de la madre no detectado, **para el perito resulta claro que el feto falleció como consecuencia de la interrupción de la circulación materno-fetal por circular de cordón a cuello** (ídem min. 01:34:39 y ss)

- Dictamen pericial rendido por el Doctor Andrés Jaramillo García, médico especialista en ginecología y obstetricia, especialista en valoración del daño corporal, el día 25 de junio de 2019 (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 70-95). En la experticia rendida a instancia de la parte actora se indicó:

Dice que por el antecedente de parto por cesárea con una preeclampsia severa en esa gestación y los motivos de tipo sociológico, el embarazo en estudio debe catalogarse como de alto riesgo obstétrico.

Además destaca que la madre presenta baja ganancia de peso lo que se ve reflejado en que el feto presentó percentiles de crecimiento en el límite inferior, por lo que en casos con esas condiciones la literatura indica que las pacientes deben ser atendidas en un nivel que garantice en caso de cualquier eventualidad el acceso a un quirófano en un periodo de tiempo no superior a 20 minutos, condición que no se cumplió.

Aclara que la paciente no tuvo criterios para considerar que se tratara de una preeclampsia y los hallazgos en la necropsia son propios de una asfixia fetal probablemente relacionada con la circular de cordón a cuello sumada a una longitud corta del cordón que ocasionó un sufrimiento fetal de instalación aguda con el avance del trabajo de parto y que ocasionó que a pesar de meconiarse no se produjera la aspiración de meconio de acuerdo con los hallazgos en dicha necropsia.

La muerte del feto no tiene nada que ver con el hecho de que fuera precesareada, ni con que tuviera o no un trastorno hipertensivo, si no con el hecho de no disponer de un quirófano en caso de un sufrimiento fetal agudo, que, si se hubiera tratado de una paciente sin cesárea previa ni antecedentes de riesgo y se hubiera clasificado como de bajo riesgo, se hubiera presentado como un evento impredecible y por lo tanto inevitable.

Para el profesional de la salud la circunstancialidad en este caso estriba en que si por los motivos que la clasificaban como de riesgo se hubiera trasladado a un hospital que contara con el servicio de cirugía y especialista en ginecobstetricia, hubiera tenido la oportunidad de ser llevada a una cesárea sin demora cuando se presentó el sufrimiento fetal, el cual no tiene ninguna correlación con los factores que la clasificaban como de alto riesgo.

Resalta que el peso fetal para la edad gestacional estaba en todo el percentil 10 (límite inferior normal) lo que hacía al bebé más susceptible a la condición de asfixia, situación que no le permitió tolerar un poco más la condición adversa de la asfixia y así poderlo sacar con vida del vientre materno.

Consideró que es negligencia de la EPS no gestionar la valoración por ginecólogo como lo solicitó el médico general en su momento.

Estimó que aún cuando la paciente se encontraba en fase latente debía ser remitida a un centro de alta complejidad para su atención dada su condición de precesareada, pero para ese momento no tenía una condición crítica.

En su criterio se presentó sufrimiento fetal asociado al bajo peso del *nasciturus* y a la circular de cordón, por lo que si a la paciente se le hubiera remitido a un centro de mayor complejidad desde la fase latente, se hubiera podido actuar más oportunamente cuando se evidenció el estado no satisfactorio.

Arguye que sí existía la urgencia por la presencia de meconio y alteración de la frecuencia cardíaca fetal que ameritaba un parto inmediato, posiblemente por cesárea que no podía ser atendido en un primer nivel y es cierto que la urgencia vital (que no era esperada) sí podría haber sido atendida de manera oportuna si se hubiera remitido previamente cuando habían indicaciones de otra índole para hacerlo (paciente precesareada)

De la contradicción del dictamen se destacan los siguientes apartes:

En cuanto a la diferencia entre embarazo de alto riesgo y un embarazo normal explica que la ciencia médica ha establecido algunas condiciones para determinar si una gestación está evolucionando normalmente o si tiene alguna condición de riesgo. Esas condiciones de riesgo pueden hacer referencia para el transcurso de la gestación o pueden hacer referencia para el momento del parto o pueden hacer referencia para ambos. Las condiciones que presentaba la mamá tenían condiciones de riesgo tanto para el embarazo como para el parto. Para el embarazo el hecho de que fuera un bebé pequeño y que ella hubiera tenido baja ganancia de peso –queda la incertidumbre de un trastorno hipertensivo- y tanto para el embarazo como para el parto la condición de precesareada, si bien la paciente había tenido un parto vaginal después de la cesárea, esto no le quita la condición de riesgo durante la gestación y del parto. (audiencia de pruebas min. 02:26:54 y ss.).

Dice que no es posible establecer si en el momento del parto la paciente presentó preeclampsia, porque la preeclampsia tiene varios criterios para su clasificación y tiene unas presentaciones que son atípicas. En este caso, por cifras tensionales no podría decir que tuviera una preeclampsia porque por definición tendrían que tener presiones por encima de 140/90 para considerar un trastorno hipertensivo. Adicionalmente, para hablar de una preclamsia, se requeriría de la presencia de presencia de proteínas en la orina y presencia de edemas, así como alteración de

los exámenes de laboratorio de los órganos que puede comprometer un trastorno hipertensivo y la presencia de unos síntomas que se llaman premonitorios. (ídem min. 02:29:51 y ss.).

Indica que el médico tratante parece haber considerado una preeclampsia pues ordenó el suministro de sulfato de magnesio y este es un medicamento que se coloca para los pacientes con ese diagnóstico (ídem min. 02:30:25 y ss.).

Explica que la paciente presenta cefalea, que podría ser indicativo de trastorno hipertensivo, pero en este caso ello no puede concluirse de forma directa porque la paciente presenta cifras tensionales normales. Más adelante la paciente empieza a presentar mediciones que sí la ingresan a ese rango, hay que tener en cuenta que en ese momento la paciente ya se encuentra con un trabajo de parto avanzado y el solo dolor que ello produce puede hacer que esas cifras de presión se suban (ídem min 02:31:23 y ss)

Es concreto en advertir que la señora Natalia Isabel Montoya debió ser atendida por un especialista en ginecología y obstetricia (ídem min. 02:31:48)

Afirma que la paciente no requería una cesárea de manera electiva porque ya había tenido un parto vaginal, entonces podría perfectamente tener otro por esa misma vía, pero debió ser atendida en un nivel de alta complejidad por su condición de precesareada (ídem min. 02:32:14)

Dice que para el 4 de junio de 2017 no había ninguna condición que requiriera la terminación inmediata de la gestación, por lo tanto no había por qué hacer una terminación ni una inducción anticipada del embarazo (min. 02:33:31 y ss.).

En su criterio esta paciente podía esperar hasta las 39 o 40 semanas para determinar si se practicaba o no cesárea, considerando que no había ningún criterio para desembarazar a las 38 semanas (ídem min. 02:33:59 y ss.).

Explica que anteriormente el periodo intergenésico se consideraba un riesgo, pero en la actualidad no (ídem min. 02:34:53 y ss.).

Consideró que cifras tensionales como 127/87 y 130/87 son normales (ídem min. 02:35:10 y ss.).

Estima que el 04 de junio de 2017 no debió enviarse a la señora Montoya Soto a un hogar de paso porque ya tenía actividad uterina y era precesareada (ídem min. 02:35:22 y ss.)

Considera que de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de prevención, diagnóstico temprano y alteraciones del embarazo del año 2013 adoptado por el Ministerio de Salud, la señora Natalia Isabel debió hospitalizarse por ser precesareada y tener actividad uterina. Explica que la Guía de Práctica Clínica establece el trabajo de parto en varios tiempos, tiene una etapa que se llama fase latente y otra que se llama fase activa. En fase activa la paciente debe estar hospitalizada. La fase latente es aquella etapa en la que la paciente ya presenta contracciones, pero que todavía no alcanzan una frecuencia de 3 a 5 contracciones en 10 minutos y la que presenta cambios cervicales sin haber llegado a los 5 cm de dilatación, eso es una fase latente. En pacientes que no tengan factores de riesgo para enfrentar esa fase latente, el manejo puede ser ambulatorio, pero el hecho de que la paciente tenga una cesárea previa hace que se recomiende la observación, no necesariamente la hospitalización, sino la observación de ver la evolución de dicha fase latente, para saber si realmente era una fase latente, en un cuyo caso sí se debe dejar hospitalizada, o si se trataba de un falso trabajo de parto, en cuyo caso sí puede ser dada de alta. Precisa que el anterior análisis no está explícitamente previsto en la Guía de Práctica Clínica, sino implícitamente, esto es, que **«en pacientes con factor de riesgo que presenten un patrón contráctil se deben dejar bajo observación»**, la guía no dice que tengan que ser hospitalizadas, pero es la evolución de ese proceso la que define si se tiene que hospitalizar o no (ídem min. 02:36:43 y ss.)

Afirmó que si el hogar de paso queda a una distancia que permita la valoración de la paciente cada 4 horas la conducta adoptada por el médico tratante en fecha 4 de junio de 2017 fue adecuada, porque de tenerla sentada en una sala de espera a estar en el hogar de paso en estas circunstancias de pronto es lo mismo si el sitio es cercano, pero si el desplazamiento implica un periodo de tiempo que afecte dicha

circunstancia entonces no consideraría tan adecuada la conducta, por lo que si el hogar de paso está ubicado a una cuadra, la conducta sería atinada porque estar tan cerca sería como estar en el hospital, por lo que en el evento de que se presenten complicaciones como sangrado, el hecho de que el hogar de paso se encuentre a una cuadra y media no va a cambiar el resultado, si presenta rupturas de membranas tampoco, si se incrementa la actividad uterina tampoco, porque está cerca al sitio de atención (ídem min. 02:40:20 y ss.)

Respecto de la tardanza de la paciente en acudir al servicio médico con posterioridad a la ruptura de membranas, dice que no es posible establecer la incidencia de esa conducta porque en la historia clínica no dicen cuál es la condición del bebé para ese momento –7 de junio de 2017 a las 10:30 a.m.- solo se registra fetocardia de 105 latidos por minuto –evidente compromiso de la salud fetal- en nota de las 14:26 de esa calenda. Acota que cuando se tiene una ruptura de membranas y una circular a cuello, esa ruptura sí puede hacer que ese cordón empiece a apretarse, afectando la perfusión y la oxigenación del bebé y lo lleve a un sufrimiento fetal, entonces a ruptura de membrana sí es un condicionante ante una circular de cordón que puede ir gestando de forma gradual y no necesariamente aguda el compromiso del bienestar fetal por la doble circular. (ídem min. 02:42:35 y ss.)

Afirma que por la condición de precesareada de la paciente, desde el control prenatal debieron impartirse directrices que cuando iniciara el proceso de parto debía acudir a un centro de alta complejidad (ídem min. 02:46:16 y ss.).

Comenta que por definición la frecuencia cardíaca fetales por debajo de 110 si son sostenidas se consideran una bradicardia, si son transitorias, corresponde probablemente a una desaceleración. Las desaceleraciones en el trabajo de parto hay que categorizarlas porque son de 3 tipos: i) De tipo 1 o cefálico, que son generadas por la compresión de la cabeza fetal, una condición que es normal y que no conlleva riesgo para la salud del bebé; ii) si son tardías, o sea que ocurren inmediatamente después de la contracción, corresponden a una insuficiencia placentaria y suelen ser indicativas de sufrimiento fetal y iii) las de tipo 3 generalmente son por compresión del cordón, allí hay que ver su frecuencia, recurrencia y magnitud, para poder establecer si son o dan lugar a compromiso de

la salud fetal, en estos dos últimos casos, en caso de que así sea, pues se debe tratar de terminar la gestación por la vía más expedita –entre 20 y 30 minutos-, en el menor tiempo posible para evitar el compromiso del bienestar fetal (ídem min. 02:48:58 y ss.).

Indica que los partos en embarazos de alto riesgo deben ser manejados por especialista en obstetricia, pero si no es posible, entonces por médico general (ídem min. 02:51:52 y ss.).

Indica que la primera constancia de sufrimiento fetal en la historia clínica data del 7 de junio de 2017 a las 14:26 horas (ídem min. 02:54:24 y ss.)

De las testimoniales recaudadas se destaca lo siguiente:

El testigo técnico, médico **Daniel Duque Tobón** indica haber tratado a la paciente en dos oportunidades, la primera en el servicio de observación el 5 de junio de 2017 y en un segundo momento cuando la compañera que estaba en el servicio de urgencias le comentó el caso para trasladarla con urgencia primaria y fue él quien la trasladó como urgencia vital hasta el Hospital San Jorge. Explicó que en la primera atención se trataba de una paciente con una gestacional de aproximadamente 39 semanas, que se había calculado en base a una ecografía tardía del segundo trimestre, quien se encontraba remitida desde el puesto de salud del corregimiento de Irra, por aparente inicio del trabajo de parto en una fase latente, afirmando que no tenía criterios para ingreso hospitalario por no cumplir aún con los cambios cervicales indicados por la guía del Ministerio de Salud, ni por los centímetros de dilatación por este motivo a la paciente, en vista de que sus signos vitales estaban estables, se tomó la conducta de derivarla a un hogar de paso que está ubicado a una cuadra del hospital, con una indicación médica de revisiones periódicas cada 4 horas para determinar el avance en los cambios cervicales. Relata que cuando la revisó se encontraba en buenas condiciones generales, presentaba una dilatación únicamente de 2 cm con un borramiento cervical del 10%, que no se consideran aún signos de haber iniciado una fase activa del trabajo de parto. Tenía unas cifras tensionales dentro de límites de la normalidad. No tenía premonitorios para preeclampsia ni tenía otros signos de alarma como para haberla ingresado en

ese momento a hospitalización. (audiencia de pruebas min.1:59:13 y ss.).

Afirmó que la paciente presentaba alto riesgo obstétrico por antecedente de preeclampsia y cesárea previa, sin que esta clasificación implicara la necesidad de hospitalización y mucho menos de la remisión a un nivel superior, pues según la guía de práctica clínica la indicación para hospitalizar inicia en el momento en que empieza la fase activa, es decir, que haya por los menos 4 cm. de dilatación y un borramiento cervical de por lo menos el 50% (ídem min. 2:02:28 y ss.).

Informó que la paciente no tuvo valoraciones por ginecología durante sus controles prenatales, lo cual era necesario para definir la vía del parto y el nivel de atención en que debió ser atendido (ídem min. 02:04:21 y ss.).

Expone que son criterios de remisión a un nivel superior cuando la paciente presenta un trastorno hipertensivo confirmado en el embarazo o un antecedente de parto por cesárea sin que entre ese parto por cesárea y el embarazo actual haya habido un parto vaginal, así como una enfermedad renal, reumatológica, endocrinológica, si hay algún tipo de hemorragia al momento de la atención, sea placenta previa, abrupción placentaria, rotura de vasa previa, si hay ruptura de membranas obstétricas antes de antes del inicio en la fase de la fase latente del trabajo de parto, si en algún momento hay amniorrea, es decir, salida de líquido amniótico por cavidad vaginal -lo que se traduce, pues, en una ruptura prematura de membranas-, si hay algún tipo de infección, sea del saco amniótico, sea de las membranas amnióticas o una infección urinaria que este complicando la gestación actual, anemia moderada con valor de hemoglobina menor de 8, enfermedad del tejido conectivo, si la paciente ya tiene un antecedente previo de diabetes mellitus, si ya tiene un antecedente previo de enfermedad hepática (ídem min. 2:06:13 y ss.).

Desde su criterio la tardanza de ocho horas que tuvo la paciente en acudir al centro de salud tuvo incidencia en el desenlace fatal, porque de haberlo hecho se hubiera podido gestionar una remisión temprana y hubiera podido tener un desenlace favorable (ídem min. 2:10:37 y ss.).

Desconoce las causas por las cuales la paciente no acudió a ginecología, porque él

no la atendió durante sus controles prenatales (ídem min. 02:12:02).

Estima que el hecho de que la paciente hubiere tenido parto por cesárea en oportunidad anterior no era criterio de remisión, porque tiene un 74% de posibilidades de realizar parto vaginal y además, seguida a la cesárea tuvo un parto vaginal. Sumado a ello no tenía síntomas premonitorios y tampoco se evidenciaron cifras tensionales que sugirieran un estado de preeclampsia, por lo que no era candidata a una cesárea electiva, explicando que el riesgo de ruptura uterina acaece cuando se aplican medicamentos oxitócicos que ayuden a estimular las contracciones, pero si no hay necesidad de inducción del trabajo de parto, se puede atender de manera vaginal (ídem min. 02:16:13 y ss.).

También compareció a rendir testimonio la ginecóloga obstetra del hospital Universitario San Jorge, Doctora **Ana María Valencia Montoya**, quien en lo que respecta a la atención médica dispensada en esta Empresa Social del Estado explicó:

Dice que no se puede generar una relación directa entre la ruptura de membranas por lapso de 14 horas y el óbito fetal, pues en la literatura médica se habla de momentos de seguridad antes de que inicie el trabajo de parto y se piense que no hay riesgo de infección. Señala que la literatura es un poco controversial porque en algunos se habla de 12 horas y en otros de 18 horas, pero esto no se considera riesgo, sino como una alerta al personal médico para que inicie antibióticos de manera profiláctica y de esta manera se evite la infección. Expone que una ruptura de membranas puede estar relacionada con el desencadenar, por ejemplo, accidentes de cordón, así, en fetos muy pequeños o donde hay mucho líquido amniótico, el cordón podría ponerse por delante de la presentación fetal, ya sea la cabeza o la colita del feto y comprimirlo, y de esta manera disminuir el riego o el flujo sanguíneo que va de la placenta al bebé y tener un desenlace fatal. También puede suceder que el cordón se salga por el cuello del útero y genere lo mismo una disminución en el aporte del flujo sanguíneo hacia el bebé. Hay otras condiciones que son riesgo y es por ejemplo en embarazos pequeños que se desprenda la placenta y al desprenderse la placenta, pues el feto queda sin soporte, sin ayuda, sin apoyo. (ídem min. 03:16:23 y ss.)

Dice que no desembarazó a la paciente, pues quien atiende el parto es la médica de turno. También indicó que no se practicó cesárea por cuanto no estaba en riesgo la vida de la madre (ídem min. 03: 18:40y ss.)

Señala que no pudo establecer la causa de muerte del feto (ídem min. 03:22:08 y ss.).

Aclara que la preeclampsia atípica se presenta cuando hay alteración de algunos de los resultados de laboratorios, pero no viene acompañada necesariamente de hipertensión y este tipo de patología tiene una incidencia del 10% sobre el global de pacientes diagnosticadas con ello (ídem min. 03:23:29 y ss.).

Explica que la paciente debe catalogarse como de Alto Riesgo Obstétrico no solo por los antecedentes físicos -preeclampsia y cesárea previa-, sino también por los sociodemográficos (ídem min. 03:31:28 y ss.).

Ejemplifica que si una paciente presenta salida de líquido amniótico meconiado lo que se debe hacer es una monitoria fetal continua que permita decidir si se da continuidad a un parto normal o si se debe desembarazar en quirófano, pues si hay alteración de la fetocardia se tienen menos de treinta minutos para practicar cesárea (ídem min. 03:33:13 y ss.)

Advierte que una paciente con bradicardia fetal sostenida se debe desembarazar (ídem min. 03:36:11 y ss.).

Considera que la paciente desde el control prenatal su embarazo debió ser dirigido por ginecólogo (ídem min. 03:40:27 y ss.).

También se recibió el testimonio técnico de la médica general **Melanie Joann Vélez Salazar**, quien dispensó atención a la señora Montoya Soto para la época del parto, de cuya declaración se destaca lo siguiente:

Manifiesta haber atendido a la paciente en dos oportunidades, destacando de la

primera de ellas –05 de junio de 2017- que en ese momento la paciente estaba siendo manejada con controles cada cuatro horas y que tenía conocimiento de que su embarazo presentaba alto riesgo obstétrico. En la segunda oportunidad que la vio fue el 7 de junio de 2017 cuando arribó al servicio de urgencias informando que presentó salida de líquido meconiado a las 2 de la mañana de ese día, situación ante la cual comenta el caso con el servicio de ginecología del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, quienes manifiestan que no podían iniciar el trámite de remisión a nivel superior porque existía el riesgo de atender el parto en ambulancia. Posterior a ello se deja a la paciente en observación con monitoreo fetal, el cual estaba bien. Asimismo toman cifras tensionales que arrojan valores de 140/95, por lo que atendiendo a los antecedentes de la paciente se decide iniciar una remisión como urgencia vital, solicitando al doctor Daniel hacer ese traslado (ídem min. 03:54:25 y ss.)

Al indagársele por los actos y gestiones efectuadas en el interregno transcurrido entre el ingreso y la salida en remisión de la paciente ese 07 de junio de 2017, esto es, desde las 10:30 a.m. hasta la 01:30 p.m., manifestó que la comunicación con el nivel superior fue inmediata y que solo deciden efectuar la remisión como urgencia vital por la variación en las cifras tensionales de la paciente (ídem min. 04:01:29 y ss.).

En su criterio, para el momento en que ella valora a la paciente en primera oportunidad no cumplía con criterios de hospitalización ni de remisión a nivel superior (ídem min. 04:02:21 y ss.).

No recuerda la razón por la cual no se comunicó con el CRUE, pero sí tenía comunicación directa con el área de ginecología del Hospital San Jorge para obtener indicaciones de un especialista (ídem min. 04:05:50 y ss.)

Relata que al ingreso de la paciente al servicio de urgencias la fetocardia era normal, categoría I (ídem min. 04:07:35 y ss.)

Posteriormente es recaudado el testimonio del médico **Sergio Alejandro Clavijo Marín**, quien fungió como galeno del puesto de salud de Irra, dependiente de la

E.S.E. Nazareth de Quinchía de cuya declaración se extracta lo siguiente.

Informa que la paciente cursó 6 controles prenatales y que él le realizó el último cuando tenía 33 semanas y 6 días de gestación según la primera ecografía que tenía. Durante esa atención se evidenció que no había sido valorada por ginecoobstetra, por lo que se le efectuó la remisión, se le indicó que se realizara otra ecografía y se le enviaron los paraclínicos que correspondían al tercer trimestre (ídem min. 04:22:51 y ss.).

Afirmó que el embarazo de la señora Natalia Isabel era de alto riesgo por los antecedentes de su primer embarazo al haber presentado preeclampsia severa y requerir cesárea (ídem min. 04:24:15 y ss.).

La remisión con ginecoobstetra tiene la finalidad de que el especialista la reclasifique, defina la vía del parto y el lugar del parto (ídem min. 04:24:42 y ss.)

Explica que su función se limita a emitir la orden de remisión y ya es la paciente quien debe gestionar la autorización del servicio ante la EPS y comunicarse con la IPS que se le asigne para que le asigne la cita, procedimiento este que le fue explicado a la paciente al igual que la importancia de la valoración por ginecología (ídem min. 04:25:28 y ss.).

Destaca que las cifras tensionales de la paciente eran normales y que en ese momento no tomaba medicamentos antihipertensivos (ídem min. 04:26:57 y ss.).

Asevera que no hay constancia de que la gestante hubiera faltado a algún control, pero sí hay un periodo significativo de 6 semanas en el que no tuvo controles (ídem min. 04:57:24 y ss.).

Explica que la EPS se encarga del trámite de la remisión a especialista y en algunos casos la IPS gestiona esas atenciones, pero como tal el trámite es de la EPS, precisando que previo a ello el usuario debe acudir a la EPS a tramitar la autorización, pues de otra manera la EPS no tendría como enterarse de la existencia de ese requerimiento en salud (ídem min. 04:30:44 y ss.).

A instancia de la parte actora fue recepcionado el testimonio de la señora **Margarita Urrea Isaza**, de cuya versión se sintetizan los siguientes aspectos.

Informa que conoce a la señora Montoya Soto desde hace aproximadamente 13 años cuando trabajaba en una casa de familia y al señor Luis David Carrasquilla Urrea lo conoce por ser su sobrino (ídem min. 04:49:22 y ss.).

Indica que desde la muerte del feto la señora Natali Isabel se mostraba triste y que previo a ese evento era una mujer muy alegre, pero ahora tiene llanto persistente, circunstancia que también ve reflejada en el señor Carrasquilla Urrea (ídem min. 04:51:45 y ss.).

Afirma que la señora Montoya Soto ha asistido a un psicólogo por cuenta de ese estado de ánimo recalcando que el embarazo era deseado (ídem min. 04:52:12 y ss.).

Le consta que la pareja ha convivido bajo el mismo techo desde hace 7 años en una vivienda ubicada en el sector de la cancha cerca del cementerio (ídem min. 04:56:55 y ss.).

Si bien frente a la testigo se formuló tacha por parte de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía con motivo del parentesco que tiene con el señor Luis David Carrasquilla Urrea, la misma fue desestimada en la sentencia de primera instancia, sin que este aspecto hubiese sido objeto de reparo alguno en los recursos de apelación, por lo que ningún pronunciamiento se hará frente al particular en esta sede, máxime cuando no se evidencian en la deponente vestigios de versiones artificiosas, sino, contrario a ello, su actitud fue responsiva y su relato denotó espontaneidad y coherencia.

También compareció a instancia de la parte actora la testigo **Lina María Cortés Rodríguez** quien narró lo que a continuación se resume.

Afirma conocer a la señora Natalia Isabel hace aproximadamente 20 años y al señor

Luis David lo conoce hace menos tiempo en razón a que convive con la señora Montoya Soto (ídem min. 05:06:03 y ss.).

Dice que la señora Natalia desde el óbito fetal se encuentra sumida en un estado de depresión, por lo que requirió ayuda de profesional en psicología, con el cual asistió a consulta hasta tres meses antes de la audiencia de pruebas. Al señor Luis David Carrasquilla también se encuentra emocionalmente afectado (ídem min. 05:08:20 y ss.).

Tenía conocimiento de que el bebé que esperaba la pareja era deseado y que la señora Natalia Isabel acudía a todos los controles prenatales (ídem min. 05:12:31 y ss.)

Finalmente, es recaudado el testimonio de la señora María Melva Franco Castaño quien, conforme al objeto de la prueba, relató.

Recuerda que la pareja era muy alegre y que el embarazo era planeado, pero después de que perdieron al bebé se les ve afligidos, por lo que la señora Natalia debió asistir a controles con psicólogo (ídem min. 05:06:59 y ss.)

5. ANÁLISIS JURÍDICO PROBATORIO

Procederá esta Corporación a determinar lo que en derecho corresponda, circunscribiendo su estudio a los juicios de reproche esbozados por las partes recurrentes, previo el análisis del material probatorio obrante en el expediente y de conformidad con la normatividad que regula la materia, y la jurisprudencia que desarrolla la misma.

5.1. El daño

Respecto a la existencia del daño como elemento primario para desarrollar el análisis de los elementos constitutivos de la responsabilidad del Estado, la parte actora refirió que en el presente asunto se trata no solo del daño por el suceso de la muerte, sino también por las afectaciones en salud y la pérdida de oportunidad

por cuanto el estudio realizado al mortinato arrojó que tenía condiciones fisiológicas y viabilidad como proyecto de vida humana saludable.

Frente a lo anterior, habrá de decir el Tribunal que el primero de los aducidos – el daño por la **muerte** del recién nacido- el día **07 de junio de 2017** se encuentra acreditado en el plenario con el certificado de defunción número 71570759-3 y a lo largo de la historia clínica como feto con muerte en útero, sin que en los recursos este aspecto hubiese sido objeto de discusión.

Frente al daño a la salud, en la demanda el mismo es atribuido a afecciones psicológicas derivadas del evento traumático por la pérdida del feto por nacer y la expectativa ante un embarazo deseado, dicho concepto fue desestimado en la sentencia de primera instancia al considerar que no se encontraba acreditado con suficiencia que la aflicción propia del duelo y resarcible mediante el daño moral hubiese trascendido a una afección patológica. Respecto de este daño debe precisar la Sala que no ahondará en su análisis como quiera que no fue objeto de embates en el recurso de apelación.

En cuanto al daño concerniente a la pérdida de oportunidad, comoquiera que el mismo atiende a la aleatoriedad del resultado esperado, no es posible desde esta primigenia etapa de estudio tener por acreditada o no su causación, por lo que su análisis quedará inmerso en la resolución del problema jurídico planteado.

En este punto, debe recordarse que no basta con que el daño sea evidenciado; se requiere además que el mismo sea antijurídico para efectos de que este tenga vocación de indemnización por la parte demandada. Aunado a lo anterior, constituye un presupuesto ontológico; no bastan las afirmaciones sobre la realidad del daño, sino que se requiere la prueba de su materialización y que la misma no se debió a un hecho lícito, por el contrario, deviene de una conducta materialmente antijurídica.

Establecida la existencia del daño alegado, abordará la Sala el análisis de la imputación con el fin de determinar, bajo los argumentos expuestos en los recursos de apelación, si en el caso concreto el daño deviene atribuible o endilgable por acción u omisión a las demandadas y, por lo tanto, si estas se encuentran en el

deber jurídico de resarcir los perjuicios que de dicho daño se derivan o si por el contrario, no existe nexo causal entre el daño alegado y la conducta activa u omisiva de la demandada.

5.2 La Imputación

Ahora bien, de conformidad con la ya citada cláusula de responsabilidad establecida en el artículo 90 constitucional, el Estado responderá patrimonialmente por los **daños antijurídicos que le sean imputables**, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas¹², de tal manera que el daño antijurídico se constituye en el fundamento de la responsabilidad del Estado, en la medida en que el mismo sea atribuible o imputable al ente o agente estatal.

El elemento imputabilidad es definido por la jurisprudencia, de la siguiente manera:

«La Imputabilidad es la atribución jurídica que se le hace a la entidad pública del daño antijurídico padecido y por el que, por lo tanto, en principio estaría en la obligación de responder, bajo cualquiera de los títulos de imputación de los regímenes de responsabilidad, esto es, del subjetivo (falla en el servicio) u objetivo (riesgo excepcional y daño especial).»¹³

La imputabilidad se debe analizar desde dos órbitas, la primera desde un ámbito de imputación material (imputación fáctica), entendida como la atribución del resultado dañoso a una acción u omisión del Estado, y la segunda desde un ámbito jurídico (imputación jurídica), en el sentido de que la imputación abarca el título jurídico en el que encuentra fundamento la responsabilidad administrativa endilgada.

En materia de imputabilidad y partiendo del daño indemnizable, la doctrina ha indicado¹⁴:

¹² Constitución Política de Colombia, artículo 90.

¹³ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERASUBSECCION A Consejero ponente: HERNAN ANDRADE RINCON Bogotá, D. C, veintiséis (26) de mayo de dos mil once (2011) Radicación: 19001-23-31-000-1998-03400-01(20097)

¹⁴ M'Causland Sánchez, María Cecilia. Equidad Judicial y Responsabilidad Extracontractual. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1ª ed., 2019, p.338-339.

*«...la responsabilidad solo podrá declararse cuando ocurran todos sus elementos estructurales, que serían comunes a la responsabilidad de los particulares y del Estado: el daño, la conducta (activa o pasiva) del demandado, **la relación de causalidad jurídica (adecuada) entre esta y aquel** y, por último, el fundamento o título jurídico (subjetivo u objetivo) que permita atribuir el daño a dicho demandado.*

*En ese sentido, **la responsabilidad puede definirse como la obligación de reparar el daño causado a una persona, que corresponde a otra persona a quien dicho daño resulta imputable por existir fundamento jurídico para ello.**»* (Negrilla fuera de texto).

Procede entonces la Sala en esta instancia, a la luz de los elementos probatorios que han quedado relacionados, al análisis de los presupuestos para establecer si las fallas alegadas por la parte actora en el libelo petitorio y el recurso de apelación, configuran una causa eficiente, que permita imputar (nexo causal) la muerte del hijo de la señora Natalia Isabel Montoya Soto Niaza (daño), a la actividad médica a cargo de la ESE Hospital Nazareth de Quinchía, la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la EPS Cafesald (falla del servicio o pérdida de oportunidad).

Como punto de partida debe decirse que el carácter de embarazo de alto riesgo obstétrico de la gestación en estudio no fue objeto de debate, al tiempo que este Tribunal lo encuentra debidamente catalogado como tal en la historia clínica, pues desde la primera valoración prenatal llevada a cabo el 15 de noviembre de 2016 se clasificó así a la paciente por su antecedente de preeclampsia y cesárea en el primer embarazo. Lo que se debate es si pese a dicha categorización no se le brindó la debida atención conforme lo mandan las guías de prácticas clínicas y protocolos médicos y si ello fue causa eficiente del daño endilgado, por lo que se abordarán en principio las particularidades propias de la aludida condición.

La condición de riesgo alto del embarazo de la demandante que se dice fue desatendido por las entidades demandadas e indebidamente valorado en la sentencia de primera instancia y que determina si la atención médica debía prestarse en una institución de nivel superior, que constituye punto neural de la apelación, habrá igualmente de estudiarse a la luz de las Guías de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento De Las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio -Sección 5ª Detección Temprana de las Anomalías Durante el Trabajo de Parto, Atención del Parto Normal y Distócico- que ha señalado

los factores de riesgo para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto.

De igual forma, se estudiará el riesgo alto alegado por las condiciones socioeconómicas de la gestante, que según lo indica la parte actora también fue un factor de alarma que debió tenerse en cuenta en el período de gestación, que fue reportado desde la primera consulta pero que fue desatendido por la entidad demandada y que también era determinante para definir la conducta a seguir por parte del cuerpo médico que llevó a cabo la atención a la materna.

Entonces, frente a la condición de embarazo de alto riesgo que presuntamente cursaba la madre, **las Guías** de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo Parto o Puerperio - Sección 5ª Detección Temprana de las Anomalías Durante el Trabajo de Parto, Atención del Parto Normal y Distócico¹⁵ ilustran lo que pasa a indicarse:

*«La identificación de factores de riesgo y condiciones de salud facilita determinar el lugar y el nivel de atención de la gestante en trabajo de parto, permitiendo la detección temprana y la remisión oportuna de las gestantes. **Esta acción debe ser permanente desde el periodo preconcepcional, durante todo el control prenatal y al inicio del trabajo de parto.**» (resaltado de la Sala)*

De igual forma, enlista una serie de factores de riesgo como orientadores para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, y enseña que se aplicará el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado. Para el caso que nos ocupa, la Guía dispone como recomendaciones clínicas las siguientes:

«Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II o superior):

(...)

15 disponible para consulta en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf página 404

Antecedente de complicaciones como:

(...)
Preeclampsia.
(...)
Cesárea previa.
(...).»

También, como criterios de remisión a una institución de mediana o alta complejidad, la Guía tiene en cuenta los siguientes:

«Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para la remisión de gestantes a instituciones de nivel II o superior durante el trabajo de parto:

- *Indicaciones para la monitorización fetal electrónica (EFM), **incluyendo la identificación de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) a la auscultación intermitente.***
- *Prolongación del primer o segundo periodos del parto.*
- ***Líquido amniótico teñido con meconio.***
- *Solicitud de la madre para el alivio del dolor con analgesia neuroaxial.*
- *Emergencia obstétrica: hemorragia previa al parto, presentación o prolapso del cordón, hemorragia posparto, colapso materno o la necesidad de reanimación neonatal avanzada.*
- *Retención de la placenta.*
- *Fiebre materna en el trabajo de parto (38,0 °C una vez o 37,5 °C en dos ocasiones con dos horas de diferencia).*
- *Distocias de presentación o presentación de pelvis diagnosticada en el trabajo de parto teniendo en cuenta la inminencia del nacimiento.*
- ***Presión arterial elevada o diastólica (mayor de 90 mmHg) o aumento de la presión arterial sistólica (mayor de 140 mmHg) en dos lecturas consecutivas tomadas con 30 minutos de diferencia.***
- *Incertidumbre sobre la presencia de latidos del corazón fetal o la vitalidad fetal.*
- *Desgarro perineal de tercero o cuarto grado u otro trauma perineal complicado que requiere sutura.*
- *Sospecha clínica o ecográfica de macrosomía fetal o desproporción céfalo pélvica.»*

A su vez, la Guía de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública, Tomo I de 2007, adoptada por el Ministerio de la Protección Social¹⁶, trae los parámetros a tener en cuenta a efectos de catalogar o no un embarazo de riesgo, disponiendo a continuación:

«8.2.9 Valoración del perfil de riesgo materno

¹⁶ Disponible para consulta en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCIÓN%20C3%93N%20DE%20LEPRA.pdf pág. 136 y ss

De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos se identificarán los factores de riesgo biosicosociales¹⁷, las enfermedades asociadas y propias de la gestación que contribuyan a un resultado adverso materno o perinatal, lo que permitirá establecer el perfil de riesgo de la gestante y clasificarla para su oportuno y adecuado manejo en:

- Gestantes sin factores de riesgo: son aquellas que no presentan factores de riesgo biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación que aumentan su riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general. Su cuidado prenatal deberá ser planeado de acuerdo con la presente guía.*
- Gestantes con factores de riesgo: son aquellas gestantes que de acuerdo con la evaluación que se realice de sus factores de riesgo biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tiene mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general. **Estas gestantes deberán ser remitidas al especialista en obstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud. Es deber de los prestadores de salud garantizarle a estas gestantes una atención adecuada, oportuna e integral.**» (resaltado de la Sala)*

Dicha Guía también trae como factores de riesgo en la gestación los siguientes:

«2. Historia reproductiva anterior:

- Nuliparidad o multiparidad (más de cuatro partos)*
- **Intervalo intergenésico menor de dos años o mayor o igual a cinco años***
- **Complicaciones obstétricas previas:** aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, **pre eclampsia** o eclampsia, trombosis –embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, **cesárea**, hemorragia postparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar*
- Complicaciones perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 g o mayor de 4.000 g., retardo de crecimiento intrauterino, eritroblastosis fetal, niño malformado o cromosómicamente anormal, reanimación u otro tratamiento neonatal*
- Antecedentes de infertilidad*
- Cirugía ginecológica previa.*

(...)».

Teniendo en cuenta lo anterior, y los argumentos esgrimidos por la parte actora

¹⁷ A modo de ilustración, según la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio, este tipo de riesgo se evalúa mediante la escala de Herrera y Hurtado en la que se tienen en cuenta aspectos como la historia reproductiva, embarazo actual; y riesgo psicosocial: ansiedad severa y soporte inicial familiar inadecuado.

concernientes a la desatención de los factores de riesgo que presentaba la demandante durante su período de gestación, encuentra la Sala que, en efecto, las Guías anteriormente transcritas consagran como factores de riesgo las aducidas en la demanda, esto es, antecedentes de preeclampsia y cesárea en embarazo anterior.

No obstante, también de acuerdo a las anteriores Guías la Sala encuentra que las condiciones o no de riesgo están determinadas por la presencia o no de enfermedades asociadas o propias de la gestación o riesgos biosicosociales¹⁸, es decir, alteración de la condición clínica o patológica que aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal, situación que no se presentó con la materna durante el período de gestación pues este se desarrolló en condiciones de normalidad.

Ahora bien, aunque se encuentra acreditado en el registro de la historia clínica que la paciente se encontraba afiliada en el régimen subsidiado y que su lugar de domicilio era aparentemente rural (corregimiento de Irra del municipio de Quinchía), dichos aspectos no se encuentran enlistados dentro de los factores de riesgo que trae la Guía transcrita o la escala de Herrera y Hurtado¹⁹ dentro del denominado riesgo psicosocial, que aunque la misma no es taxativa sino orientadora, dispone que para aquellas condiciones que no se encuentren ahí relacionadas, la determinación de la vía (vaginal o cesárea), lugar y nivel de atención del parto, se hará a criterio médico, debiendo, de considerarlo necesario, remitirlas al especialista para valoración, ello también de acuerdo a las patologías que presente la gestante o el feto, como las que se mencionarán.

Lo anterior sin perder de vista que, conforme a lo indicado por los peritos que rindieron dictamen, ante la pluralidad de factores que pueden catalogar a una paciente como de alto riesgo obstétrico, las circunstancias con mayor relevancia para el momento de la calificación de la vía de parto, lugar y nivel de complejidad

¹⁸ A modo de ilustración, según la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio, este tipo de riesgo se evalúa mediante la escala de Herrera y Hurtado en la que se tienen en cuenta aspectos como la historia reproductiva, embarazo actual; y riesgo psicosocial: ansiedad severa y soporte inicial familiar inadecuado.

¹⁹ Disponible para consulta en [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://herramientas.iets.org.co/flujoigramas/Documentacion/Escala%20Herrera%20Hurtado.pdf](https://herramientas.iets.org.co/flujoigramas/Documentacion/Escala%20Herrera%20Hurtado.pdf)

son las correspondientes a los riesgos patológicos.

Teniendo en cuenta lo anterior, a efectos de realizar un análisis ordenado del acervo probatorio y de la problemática jurídica planteada, se analizará el presente asunto desde tres ventanas temporales: i) la fase prenatal; ii) el trabajo de parto en fase latente y iii) el trabajo de parto desde el momento de la salida de líquido meconiado hasta la finalización de la fase activa, revisando frente a cada una si se dan las circunstancias descritas en la demanda, la contestación de la E.S.E. Nazareth de Quinchía, en sus respectivos recursos y finalmente se determinará si dichos elementos tuvieron incidencia en el fatídico resultado, esto es, si fueron causa eficiente en la materialización del daño.

Respecto de la fase prenatal, las imputaciones principales se ciernen sobre la omisión remitir a la paciente a consulta con ginecoobstetra desde el inicio de sus controles prenatales y la omisión de la EPS en gestionar el agendamiento y efectiva realización de la consulta con dicha especialidad.

Para determinar en qué momento debió ordenarse a la paciente interconsulta con especialista en ginecología y obstetricia, es necesario acudir a lo explicado por los peritos que comparecieron al proceso. En primer lugar, el galeno Dairo Gutiérrez Cuello, profesional de esa especialidad, explicó que una paciente con antecedentes de preeclampsia debió ser valorada por ginecoobstetra por lo menos en dos oportunidades a las 28 semanas (para verificar las condiciones del feto y verificar las condiciones de alto riesgo) y a las 36 (para definir el sitio de atención del parto y la vía de interrupción del embarazo), por su parte, el Doctor Andrés Jaramillo García, médico especialista en ginecología y obstetricia, es tajante en que la señora Natalia Isabel Montoya debió ser atendida por un especialista en ginecología y obstetricia, pero en el documento contentivo del dictamen no es concreto en establecer a partir de qué momento.

La testigo técnica, la ginecóloga Ana María Valencia Montoya, considera que la paciente desde el control prenatal, su embarazo debió ser dirigido por ginecólogo.

Asimismo, en la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana

y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo Parto o Puerperio explica que «Se recomienda que el control prenatal de *una mujer embarazada con antecedente de una cesárea sin otros factores de riesgo se realice en una institución de baja complejidad; en la semana 32 debe ser remitida para valoración por gineco-obstetra para definir la vía del parto, la cual debe ser concertada con la gestante antes de la semana 36 y debe quedar documentada en la historia clínica.*» lo cual es coherente con otra aseveración que hace el ginecólogo Jaramillo García, cuando en la contradicción indica que en su criterio esta paciente podía esperar hasta las 39 o 40 semanas para determinar si se practicaba o no cesárea, considerando que no había ningún criterio para desembarazar a las 38 semanas (audiencia de pruebas min. 02:33:59 y ss.).

Y en cuanto al antecedente de preeclampsia, el mismo documento normo técnico «recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con alto riesgo de preeclampsia.» recomendando adicionalmente para ese mismo tipo de antecedente «realizar ecografía fetal para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico entre las semanas 28 y 30 de gestación (o al menos dos semanas antes del diagnóstico del trastorno hipertensivo del embarazo previo, si este fue realizado antes de la semana 28) y repetir cada 4 semanas», sin que la sola condición del mero antecedente de preeclampsia previa exija por sí solo que la paciente deba ser atendida por especialista desde el primer trimestre.

La mentada Guía para ambos antecedentes recomienda la identificación del riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto.

Analizando la prueba pericial en consonancia con lo reglado en la norma técnica es posible inferir que si bien el *deber ser* es que una paciente con antecedentes de preeclampsia y cesárea previas sea atendida por un especialista en ginecología y obstetricia desde el primer trimestre, empero lo cierto es que ello solo es obligatorio a partir de la semana 32 para efectos de reclasificar, determinar vía de parto, lugar y nivel de complejidad, pudiendo ser valorada la gestante en institución de baja complejidad hasta ese momento, máxime cuando ambos peritos fueron claros en advertir que en la paciente nunca se verificó en el embarazo materia de estudio el

diagnóstico de preeclampsia, toda vez que en todos los controles prenatales presentó cifras tensionales en metas, es decir, más allá del antecedente del primer embarazo, la gestación materia de escrutinio cursó sin alteraciones aparentes.

Con base en lo anterior, debe pasar a evaluarse si en este asunto se cumplió con la mencionada exigencia.

Revisada la historia clínica se avizora que en la primera atención prenatal del 15 de noviembre de 2016 se ordenó, entre otras cosas a la paciente ecografía de primer trimestre (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 4) la cual solo le fue practicada hasta el 11 de febrero de 2017 por parte del ginecoobstetra Roque Armando López cuando la edad gestacional rondaba las 22.2 semanas (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 13).

Sin embargo, la anterior atención especializada no debe ser tomada como valoración por ginecoobstetricia propiamente dicha en los términos antes aludidos, como quiera que se limitó a practicar ecografía, sin que tuviera como finalidad la reclasificación del riesgo en el embarazo, y mucho menos determinó vía de parto, lugar y nivel de complejidad, se trató pues de la realización e interpretación de ayuda diagnóstica.

La anterior ecografía fue incorporada a la historia clínica del centro de salud de Irra en consulta del 27 de febrero de 2017, en la cual se ordenó toma de paraclínicos para descartar preeclampsia atípica, dado que presentaba episodios de cefalea (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 16).

Posterior a esa atención, en el carné prenatal se registra una atención medica en fecha 03 de abril de 2017, sin embargo en la historia clínica que obra en el expediente no aparece registro de las anotaciones médicas correspondientes, por lo que se desconoce si en esa oportunidad se emitió orden de remisión a especialista en ginecoobstetricia.

fecha de la consulta	16-11-16	16-12-16	28-11-17	24-02-17	03-04-17	03-05-17			
semanas de amenorrea	9	si	20+2	24,4	29,4	33,6			
peso (kg)	67	62,9	60,6	63	62	62,9			
tensión arterial Máx./mín.(mm Hg)	100/70		110/70	105/60	110/65	115/80			
alt. uterina pubis fondo			16 cm/Mot	21 TT	25	29 CM			
F.C.F. (lat./min.)			140	155 ++	148 ++	152			
Bacteriuria	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Proteinuria	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Folato	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Hierro	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Indicados	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Estado nutricional	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D



Más adelante, en el sexto control prenatal realizado el 3 de mayo de 2017 cuando la paciente cursaba poco más de 33 semanas, el galeno del centro de salud de Irra plasma en la historia clínica que la paciente aún no ha sido valorada por ginecología, **por lo que ordena tanto la interconsulta especializada** como ecografía de tercer trimestre, siéndole autorizado aquel servicio mediante autorización número 181681490 del 8 de mayo de 2017.

Conforme a lo anterior, si bien la E.S.E. Nazareth de Quinchía se tardó poco más de una semana en la remisión de la paciente a valoración por especialista, sin que se observe que dicho plazo sea desproporcionado o desatienda la finalidad perseguida con el servicio especializado pretendido (definir vía de parto, lugar y nivel de atención) máxime que, de una parte, la guía no hace referencia a que la valoración por ginecoobstetra deba hacerse en la semana 32, sino que dice que en ese periodo lo que debe hacerse es la remisión, pues en voces del ginecólogo Jaramillo García, la materialización de esa cita puede esperar inclusive hasta las semanas 39 o 40 cuando el embarazo se desarrolle en condiciones aparentemente normales, como lo fue el que es materia de debate.

Acorde al anterior razonamiento, no considera este Tribunal que la E.S.E. Nazareth de Quinchía hubiese incurrido en una omisión, en lo que a este punto respecta, por cuanto ordenó la remisión a especialista dentro de un plazo razonable en apego a lo previsto en la norma técnica y según las voces de especialistas en la materia y los actos prenatales, como órdenes de exámenes periódicos, suministro de ASA, solicitudes de ecografías y demás, correspondieron a las necesidades del cuadro clínico que presentó la paciente durante su gestación.

Sabiendo que el actuar de la E.S.E. Nazareth se agota con la emisión de la orden médica para consulta con especialista, debe pasar a establecerse si la no realización de la misma es un aspecto atribuible a una omisión de la materna o de Cafesalud EPS.

En cuanto a la asignación de citas el artículo 124 del decreto 019 de 2012 dispone:

« ARTÍCULO 124. Asignación de citas médicas con especialistas. La asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las Empresas Promotoras de Salud en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud por parte de la población colombiana. Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá en los próximos tres meses a la vigencia del presente decreto la reglamentación correspondiente.»

Coherente con lo anterior, el artículo 1 de la resolución 1552 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social dispuso:

«Artículo 1°. Agendas abiertas para asignación de citas. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de ambos regímenes, directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.

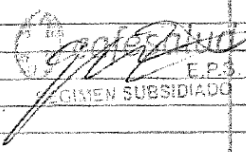
Parágrafo 1°. En los casos en que la cita por medicina especializada requiera autorización previa por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS), esta deberá dar respuesta sin exceder los cinco (5) días hábiles, contados a partir de la solicitud.

Parágrafo 2°. Cuando por la condición clínica del paciente, especialmente, tratándose de gestantes y de pacientes que presenten diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer, el profesional tratante defina un término para la consulta especializada, la Entidad Promotora de Salud (EPS), gestionará la cita, buscando que la misma sea asignada, en lo posible, dentro del término establecido por dicho profesional.» (resaltado de la Sala)

Conforme a lo anterior se infiere que la obtención de una cita con especialista tiene dos momentos: i) la autorización del servicio y ii) el agendamiento. El primero indefectiblemente exige la gestión por parte del interesado tendiente a radicar la orden médica para obtener la autorización del servicio, enterando de esta manera a la EPS de la necesidad del servicio.

Para el agendamiento se presentan dos variables, siendo la regla general que el paciente gestione la obtención de la cita, mediante comunicación directa con el prestador del servicio (vía teléfono, correo electrónico o mediante el uso de plataformas digitales) y, excepcionalmente, en casos especiales, la carga de gestionar la obtención de la cita recae directamente en la EPS, como lo es en el caso de las gestantes.

En la autorización manuscrita se observa que la paciente cumplió con su obligación como paciente consistente en radicar la orden médica ante la EPS y gestionar la obtención de la autorización del servicio, al leerse en el referido documento *«la fecha y hora responden al momento en que el paciente radica la solicitud: fecha y hora: 08 mayo 2017»*, direccionándose a la paciente al servicio de ginecología de la E.S.E. San Pedro y San Pablo de La Virginia.

	Numero de Autorización	181681490		
	Nombres y apellidos del paciente	Natalia Isabel Montoya		
	Tipo de documento	cc	Municipio	Quinchá
	Numero de documento	43917441		
	IPS que solicita	Nazareth		
Procedimiento Solicitado		IPS a la que se remite	Dirección IPS	Observaciones
Ginecología		San P y San Pablo	La Virginia	Dx: 2354
 E.P.S. GOBIERNO SUBSIDIADO				
La Fecha y hora corresponden al momento en que el paciente radica la solicitud			Fecha y Hora	08 Mayo 2017
Debe ingresarse el número de autorización en cuanto tenga respuesta del Call Center			Vigencia de la autorización	90 días

Así las cosas, teniendo en cuenta que la señora Montoya Soto cumplió con la gestión que le era exigible para la obtención de la cita con especialista, tomando en consideración su estado de gravidez y acorde con lo previsto en la norma en cita, **era deber de la EPS procurar por su cuenta el agendamiento y efectiva realización de la cita médica y no a solicitud de la usuaria.**

En ese orden de ideas, dista esta Magistratura de la conclusión a la que llegó la a quo frente a este aspecto cuando indica que *«desconoce si la paciente intentó la*

comunicación con la institución prestadora del servicio a fin de agendar la cita, pues ningún soporte probatorio da cuenta de ello», comoquiera que ello no le era exigible, ya que la normatividad aplicable exige un actuar proactivo y diligente de parte de la EPS en tratándose de maternas, más aún en casos como el que se examina en donde la materna se encuentra en un municipio alejado de centros urbanos que permitan el fácil acceso a servicios médicos especializados.

Así pues, ante la negación indefinida de la parte actora respecto de la prestación del servicio (inciso final art. 167 CGP) le correspondía era a Cafesalud EPS desvirtuar el mentado supuesto de hecho y probar si agendó o no la cita, las gestiones que realizó tendientes a ello o en su defecto probar si la no materialización de la cita se debió a una negativa u omisión atribuible a la usuaria, pero como no lo demostró, debe tenerse entonces por establecido que en efecto como lo asevera la parte demandante, la EPS incurrió en la mencionada omisión.

Ahora bien, una cosa es que se encuentre demostrada una omisión por parte de la EPS **y otra muy diferente es que la misma sea causa eficiente del daño que sustenta los pedimentos de la demanda**, por lo que sería del caso entrar a analizar este elemento constitutivo de responsabilidad si no fuera por el hecho de la aprobación de las cuentas finales de la liquidación y la cancelación de la matrícula mercantil que hace que la entonces Cafesalud EPS ya no sea destinatario de derechos y obligaciones dada su extinción del mundo jurídico en los términos de los artículos 218 y siguientes del Código de Comercio.

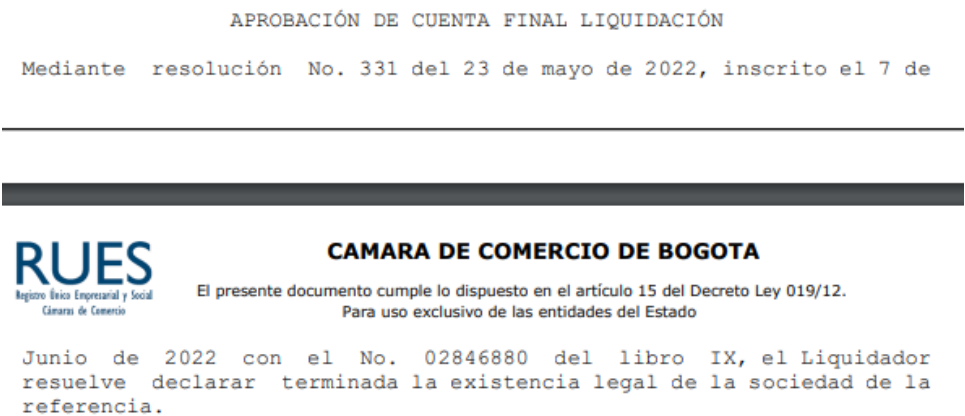
Al respecto el Consejo de Estado apoyado en concepto 220-111154 del 17 de julio de 2014 emitido por la Superintendencia de Sociedades ha explicado que la existencia de la persona jurídica finaliza:

«[...]cuando se surta la inscripción en el registro mercantil de los documentos correspondientes a la cuenta final de liquidación, que la sociedad para todos los efectos desaparece como sujeto de derecho y con ella, los órganos a través de los cuales actúa, lo que a su turno implica que el liquidador ostentará hasta entonces el carácter de representante legal y en tal virtud estará llamado a responder y actuar en nombre de la misma.»

Así pues, con la inscripción en el registro mercantil de la cuenta final de liquidación, esto es, la liquidación definitiva de la sociedad, esta desaparece como sujeto de

derecho. En consecuencia, hasta ese momento el liquidador tiene capacidad para representarla legalmente.»²⁰

Revisado el certificado de existencia y representación de CAFESALUD S.A. Liquidada - sociedad comercial que se identificaba con NIT 800.140.949-6- conforme a consulta del sistema de Registro Único Empresarial y Social RUES, se observa el registro de aprobación de cuenta final de liquidación mediante resolución No. 331 del 23 de mayo de 2022, inscrito el 7 de Junio de 2022 con el No. 02846880 del libro IX, por medio de la cual el Liquidador resuelve declarar terminada la existencia legal de la sociedad de la referencia:



En el mismo documento se registra la cancelación de la matrícula mercantil el día 2 de junio de 2022:

MATRÍCULA

Matrícula No. 00471083 cancelada
Fecha de cancelación: 7 de junio de 2022

En atención a la extinción de la entonces EPS, resulta inane ahondar en la responsabilidad que le sería atribuible.

Conforme a lo expuesto, se desestima parcialmente la imputación efectuada por la parte actora en cuanto a la pérdida de oportunidad, ya que uno de sus fundamentos se cierne sobre la incidencia probabilística de la falta de esta atención especializada en las resultas del proceso, cuando formula el cargo sobre la siguiente base hipotética: si se hubiera remitido oportunamente a la paciente a valoración con

20 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta. Sentencia del 12 de noviembre de 2015, exp. 20083, C.P. Martha Teresa Briceño de Valencia

ginecoobstetra este habría determinado la vía de la cesárea o por lo menos habría fijado el lugar de atención del parto en tercer nivel; luego entonces, la paciente al momento del alumbramiento, incluso en fase latente, habría tenido a disposición un quirófano, con lo cual independientemente de si la complicación fetal se originó en una preeclampsia sobreviniente o en una atípica o en una circular de cordón umbilical a cuello, se habría podido desembarazar a la señora Natalia Isabel a tiempo para lograr un parto con feliz término.

El anterior planteamiento que se infiere de la demanda y se encuadra en el daño de pérdida de oportunidad por su formulación carente de certeza y en vez de ello, formulado a partir de supuestos hipotéticos, se desestima desde ahora en la medida que siendo el mismo imputable únicamente a una persona jurídica extinta, impide la atribución de responsabilidad con la consecuente imposición indemnizatoria.

Pasa este Estrado Judicial a examinar los embates relacionados con el periodo de parto latente, en el que a voces de la parte actora la E.S.E. Nazareth de Quinchía incurrió en una omisión al no efectuar la remisión inmediata, mientras que su contraparte considera que no se daban los criterios ni de hospitalización ni de remisión.

Del dictamen y contradicción rendida por **el ginecoobstetra Dairo Gutiérrez Cuello**, en lo que a esta fase se refiere, se destaca lo siguiente:

- Pese a que el primer parto de la señora Natalia Isabel fue por cesárea, el segundo fue vaginal con feto de 3000 gramos, por lo que en teoría no habría impedimento para un nuevo parto vaginal máxime cuando el tercer embarazo correspondía al de un feto de 2740 gramos.
- Si bien la paciente tenía embarazo con alto riesgo obstétrico por antecedentes patológicos (preeclampsia y cesárea en embarazo anterior) y eventualmente psicosociales (con fundamento en la escala de Herrera y Hurtado), lo cierto es que su embarazo y trabajo de parto fueron normo-evolutivos.
- La cardiotopografía tomada el 4 de junio de 2017 arrojó categoría I (normal-bienestar fetal satisfactorio), lo que daba una expectativa de 7 días de

bienestar fetal.

- La exigencia para practicar cesárea era que se repitiera la condición obstétrica por medio del cual se hizo la primera cesárea, lo cual no se presentó, pues las cifras tensionales a lo largo del embarazo permitieron establecer que no presentó preeclampsia típica.
- Teniendo en cuenta que en teoría la fase latente tiene una duración máxima de 20 horas, es probable que el 4 de junio de 2017 cuando la paciente se presentó al servicio de urgencias, todavía no hubiera iniciado fase latente.
- En cuanto a las casas maternas o albergues temporales explicó que es una práctica permitida acorde a lo reglado por la resolución 3280 de 2018, la cual indica que si existen dificultades para el acceso a la atención institucional de parto, está indicada la autorización de casa maternas o albergues temporales para que la mujer y su acompañante esperen la indicación de hospitalización para el parto.
- Habiéndose presentado en el puesto de salud de Irra el 4 de junio de 2017, sin haber iniciado tan siquiera fase latente, no había una urgencia inmediata para remitir a la paciente a un nivel de mayor complejidad.
- La fase activa de la paciente la señala en la medición de la dilatación previo a la remisión, en donde se registra en las notas médicas 7 cm. de dilatación.
- Considera que inclusive las cifras tensionales que presentó el 7 de junio de 2017 y que fueron sustento de la remisión (140/90) eran normales teniendo en cuenta que se considera preeclampsia a cifras por encima de 160/90.

En los anteriores términos para el referido galeno, ni al momento del ingreso de la paciente al puesto de salud de Irra (4 de junio de 2017) ni durante la fase latente de parto (6 de junio a 7 de junio antes de que se verificara la dilatación de 7 cm. sobre las 12:59 del mediodía de ésta última calenda) se presentaron circunstancias que hicieran meritoria la remisión de la paciente a nivel de alta complejidad, por lo que habría de entenderse que el proceder de los galenos de la E.S.E. Nazareth fue ajustado a la práctica clínica.

A continuación se pasan a examinar las manifestaciones **del ginecólogo Andrés Jaramillo García** en lo que a los eventos de la fase latente del parto se refiere:

- Inicia aseverando que las condiciones de la paciente (antecedentes de preeclampsia, cesárea previa, baja ganancia de peso de la madre y percentiles de crecimiento bajos del feto) imponen que la paciente debe ser atendida en un nivel que garantice en caso de cualquier eventualidad el acceso a un quirófano en un periodo de tiempo no superior a 20 minutos, lo que en su parecer no se cumplió, sin embargo, debe precisar la Sala que esta manifestación no la concreta a una fase específica (latente, activa o expulsiva).
- Más adelante, en el escrito contentivo del dictamen, precisó que por la condición de precesareada de la paciente, debió ser remitida a centro de alta complejidad inclusive desde la fase latente.
- Refiere que no hay certeza de que la paciente hubiese tenido o no un cuadro de preeclampsia porque si bien nunca presentó cifras tensionales superiores a 140/90, pero sí presentaba cefalea que es indicativo de dicha patología.
- Dice que para el 4 de junio de 2017 no había ninguna condición que requiriera la terminación inmediata de la gestación, por lo tanto no había por qué hacer una terminación ni una inducción anticipada del embarazo.
- Inicialmente afirma que el 04 de junio de 2017 no debió enviarse a la señora Montoya Soto a un hogar de paso porque ya tenía actividad uterina y era precesareada, sin embargo, seguidamente indica que el hecho de que la paciente tenga una cesárea previa hace que se recomiende la observación, no necesariamente la hospitalización, sino la observación de ver la evolución de dicha fase latente, para saber si realmente era una fase latente, en un cuyo caso sí se debe dejar hospitalizada, o si se trataba de un falso trabajo de parto, en cuyo caso sí puede ser dada de alta. Complementó refiriendo que si el hogar de paso queda a una distancia que permita la valoración de la paciente cada 4 horas la conducta adoptada por el médico tratante en fecha 4 de junio de 2017 fue adecuada, porque de tenerla sentada en una sala de espera a estar en el hogar de paso en estas circunstancias de pronto es lo mismo si el sitio es cercano, pero si el desplazamiento implica un periodo de tiempo que afecte dicha circunstancia entonces no consideraría tan adecuada la conducta, por lo que si el hogar de paso está ubicado a una cuadra, la conducta sería atinada porque estar tan cerca sería como estar en el hospital, por lo que en el evento de que se presenten complicaciones como

sangrado, el hecho de que el hogar de paso se encuentre a una cuadra y media no va a cambiar el resultado, si presenta rupturas de membranas tampoco, si se incrementa la actividad uterina tampoco, porque está cerca al sitio de atención.

En lo que toca al punto de la fase latente, el perito Jaramillo García se contradice, pues en el documento contentivo de la experticia efectúa manifestaciones que permiten inferir que en su parecer la paciente debió ser remitida a nivel superior desde su ingreso el 4 de junio de 2017, pero más adelante considera que la conducta de los galenos de enviar a la paciente a un hogar de paso cercano a la sede principal de la E.S.E. Nazareth de Quinchía fue atinada, pues lo propio en esta fase para una paciente de esas características es garantizar una observación periódica de su evolución (cada 4 horas).

Por su parte, los médicos que atendieron a la gestante a su arribo a la sede principal de la E.S.E. Nazareth de Quinchía, doctores Daniel Duque Tobón y Melanie Joann Vélez Salazar, **estimaron que durante la fase latente la paciente no cumplía con criterios de hospitalización ni de remisión a nivel superior.**

Al respecto las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio recomiendan atender las siguientes indicaciones **para la remisión de gestantes a instituciones de nivel II o superior durante el trabajo de parto:**

«• *Indicaciones para la monitorización fetal electrónica (EFM), incluyendo la identificación de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) a la auscultación intermitente.*

• *Prolongación del primer o segundo periodos del parto.*

• **Líquido amniótico teñido con meconio.**

• *Solicitud de la madre para el alivio del dolor con analgesia neuroaxial.*

• *Emergencia obstétrica: hemorragia previa al parto, presentación o prolapso del cordón, hemorragia posparto, colapso materno o la necesidad de reanimación neonatal avanzada.*

• *Retención de la placenta.*

• *Fiebre materna en el trabajo de parto (38,0 °C una vez o 37,5 °C en dos ocasiones con dos horas de diferencia).*

• *Distocias de presentación o presentación de pelvis diagnosticada en el trabajo de parto teniendo en cuenta la inminencia del nacimiento.*

• *Presión arterial elevada o diastólica (mayor de 90 mmHg) o aumento de la presión arterial sistólica (mayor de 140 mmHg) en dos lecturas consecutivas tomadas con 30*

minutos de diferencia.

- *Incertidumbre sobre la presencia de latidos del corazón fetal o la vitalidad fetal.*
- *Desgarro perineal de tercero o cuarto grado u otro trauma perineal complicado que requiere sutura.*
- *Sospecha clínica o ecográfica de macrosomía fetal o desproporción céfalo pélvica.»*

En efecto, como atinadamente lo manifiesta la E.S.E. Nazareth de Quinchía en su recurso de apelación y contrario a lo señalado por la parte actora, la sola clasificación de un embarazo como de alto riesgo obstétrico no es un criterio que impida necesariamente que el trabajo de parto se pueda realizar en el nivel en el que se dispensó la atención en este caso, conforme a la pauta trazada en las guías ya referidas.

Revisadas las anotaciones médicas consignadas en la historia clínica de fechas 04 a 05 de junio de 2017 no se observa que la paciente o el feto presenten alguna de las alteraciones antes enlistadas, todo lo contrario, la materna presentaba cifras tensionales en metas y la fetocardia dio mediciones de entre 140 y 156 latidos por minuto, los cuales son cifras normales, según los dichos de los peritos que rindieron dictamen en el presente asunto.

Circunscritos entonces en específico al interregno comprendido entre el 4 de junio de 2017, el inicio de la fase latente y los instantes inmediatamente anteriores a la ruptura de membranas con salida de líquido amniótico meconiado -y dejando de lado la premisa hipotética de considerar que de haber sido valorada la paciente por un ginecoobstetra en sus controles prenatales se hubiera determinado como lugar de parto un hospital de nivel superior-, es dable para esta magistratura colegir que la conducta desplegada por la E.S.E. Nazareth de Quinchía se ajustó a los protocolos clínicos aplicables a la sintomatología que presentaba para ese momento específico, dado que, a pesar de los antecedentes y condición psicosocial de la señora Natalia Isabel, el tercer embarazo se desarrolló en condiciones normales, sin alteraciones significativas que fueran indicativas de alguna anomalía del feto o patología de la madre que exigieran una remisión a nivel superior en esa etapa primigenia del trabajo de parto, a lo que se suma que los exámenes físicos que se le practicaron en ese lapso siempre exhibieron datos normales.

Aborda este Tribunal la tercera parte de este estudio metodológico precisando que

no se está atribuyendo el inicio de la fase activa a la expulsión de líquido amniótico, pues conforme a la pluricitada Guía de Práctica Clínica y a lo explicado por los galenos que concurren al proceso, **la definición de la fase activa corresponde al periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm** y se acompaña de dinámica regular y no necesariamente inicia con la ruptura de membranas.

La determinación de unir la salida de líquido y la fase activa se sustenta en que no se tiene claridad del momento a partir del cual se superó el margen de los 4 centímetros, como quiera que en medición del 5 de junio a las 7:50 p.m. la grávida presentaba 3 cm. de dilatación, del 6 de junio no se observa historia clínica y el primer tacto vaginal del 7 de junio de 2017 registra a las 12:59 p.m. ya con 7 cm.

Precisado lo anterior se pasa a establecer si, como lo aduce la demandante, la paciente debió ser remitida inmediatamente, o como lo afirma la E.S.E. Nazareth de Quinchía, **el criterio de remisión** solo se configuró al momento en que la señora Montoya Soto presentó cifras tensionales de 140/90, sumado al hecho de que la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge se negó o recomendó atender el parto en primer nivel de complejidad.

Se analizará en primer término si hubo omisión atribuible a la E.S.E. Nazareth de Quinchía y en caso de que ello se verifique se pasará a establecer la existencia de nexo causal y en caso de obtenerse el relacionamiento, se pasará a determinar la incidencia de las conductas atribuidas a la propia materna, a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y las circunstancias propias del embarazo y el trabajo de parto.

Frente a esta tercera etapa en estudio, **el ginecoobstetra Dairo Gutiérrez Cuello** manifestó:

- Que el líquido amniótico con meconio es una manifestación clínica de un estado fetal no satisfactorio (otrora llamado sufrimiento fetal), catalogando el hecho como una circunstancia demasiado coyuntural.
- Afirma que se debió remitir a la paciente de forma inmediata cuando se

verificó su llegada en esas condiciones, esto es, con manifestación de salida de líquido teñido con meconio.

En similar sentido **el especialista Andrés Jaramillo García** explicó que sí existía la urgencia por la presencia de meconio y alteración de la frecuencia cardiaca fetal que ameritaba un parto inmediato, **posiblemente por cesárea que no podía ser atendido en un primer nivel.**

Indicó además que ante una desaceleración sostenida de la frecuencia cardiaca fetal se debe terminar la gestación por la vía más expedita entre 20 y 30 minutos.

La ginecóloga Ana María Valencia Montoya ejemplifica que si una paciente presenta salida de líquido amniótico impregnado con meconio lo que se debe hacer es una monitoría fetal continua **que permita decidir si se da continuidad a un parto normal o si se debe desembarazar en quirófano**, pues si hay alteración de la fetocardia se tienen menos de treinta minutos para practicar cesárea.

Los anteriores conceptos médicos son coherentes con lo previsto en la guía de práctica clínica que prevé como uno de los criterios de remisión a nivel medio o superior, **el líquido amniótico con presencia de meconio**, lo cual resulta lógico, pues si bien esta señal no exige la intervención quirúrgica inmediata, sí impone un monitoreo constante **y demanda la disponibilidad de un quirófano y profesionales especializados para desembarazar rápidamente a la paciente** en el momento en que se constate la presencia de una variable adicional como lo es una alteración en la frecuencia cardiaca fetal.

Destaca este Tribunal que ninguno de los médicos estimó conveniente la atención del parto en primer nivel ante la presencia de meconio en el líquido amniótico, **sino que todos fueron coherentes en afirmar que era indispensable la remisión a la E.S.E. de tercer nivel.**

Así las cosas, al momento del ingreso de la gestante con evidencia de salida de líquido teñido de meconio, debió remitírsele de forma inmediata a nivel superior, pues si se toma en consideración que ante una emergencia se debe intervenir

quirúrgicamente en media hora y la distancia entre Quinchía y Pereira para entonces era de aproximadamente dos horas, resultaba claro que de mantenerse a la paciente en esas instalaciones no tendría oportunidad alguna en el evento de presentarse alguna alteración que ameritara operar de forma urgente, como en efecto ocurrió.

En este orden de ideas, independientemente de la aparente recomendación dada por el Hospital San Jorge a la médica de turno de no remitir por riesgo de parto en ambulancia, lo cierto es que tal y como lo afirmó el perito Dairo Gutiérrez Cuello, al verificarse el ingreso de la paciente en esas condiciones se le debió remitir de inmediato.

De los anteriores elementos se desprende que la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía incurrió en notable tardanza en la conducta que le era exigible de remitir a la paciente a nivel superior cuando tuvo conocimiento de la salida de líquido amniótico teñido de meconio, debiendo pasar a evaluarse el nexo de causalidad entre la mencionada demora y el daño que se le endilga.

Para establecer el nexo de causalidad **debe primero establecerse la causa de muerte fetal.**

Revisado el informe de análisis anatomopatológico realizado a feto y placenta el 09 de junio de 2017 en la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «DiscoCompacto Demanda YAnexosFolio32» Doc. «Docs Medicos e Historia Clinica.pdf» fl. 58-59) se observa que registra la siguiente conclusión:

*«DX: FETO DE SEXO MASCULINO DE APROXIMADAMENTE 38 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL SIN MALFORMACIONES CONGENITAS EVIDENTES, SIN LESIONES TRAUMATICAS APARENTES, REMITIDA DE UNIDAD LOCAL DE QUINCHIA POR PREMONITOREOS POR SOSPECHA DE PREECLAMPSIA SEVERA CON HALLAZGOS DE HEMORRAGIA LEVE GENERALIZADA Y CONGESTION VASCULAR, **CAMBIOS QUE DEBEN CORRELACIONARSE CON PREECLAMPSIA MATERNA.**» (resaltado de la Sala)*

Pese a lo anterior, el perito Dairo Gutiérrez Cuello señaló que aún cuando en el análisis histopatológico se habla de un posible estado hipertensivo de la madre no

detectado, **considera que es bastante claro que el feto falleció como consecuencia de la interrupción de la circulación materno-fetal por** circular de cordón a cuello (audiencia de pruebas min. 01:34:39 y ss.).

Misma conclusión a la que llegó el Doctor Andrés Jaramillo García quien adujo que los hallazgos en la necropsia **son propios de una asfixia fetal probablemente relacionada con la circular de cordón a cuello** sumada a una longitud corta del cordón (la longitud promedio de 60 con un rango de 50-70 cm al término²¹).

Además, para el Doctor Andrés Jaramillo García la circular estuvo tan ajustada que ocasionó que a pesar de meconiarse no se produjera la aspiración de meconio de acuerdo con los hallazgos en la necropsia.

La conclusión de los especialistas se sustenta además en la verificación visual que hiciera la médica María Fernanda Álvarez Candamil quien al momento de atender el expulsivo anotó (cdno. 1ra. Inst. Enlace obrante en archivo 42 subcarpeta «Historia Clínica Nataliasabel MontoyaHUSJ» Doc. «HC DE NATALIA 43917441.pdf» fl. 6 y ss):

«CIRCULAR DE CORDON: SI

[...]

*OBSERVACIONES: SIENDO LAS 18+35 **SALE RECIEN NACIDO CON CIRCULAR DE CORDON A CUELLO**, IMPREGNADO DE MECONIO ESPESO GRADO III, SIN SIGNOS VITALES, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, CON RIGIDEZ EN EXTREMIDADES, CON LIVIDECEAS Y EQUIMOSIS A NIVEL PALPEBRAL Y EN CUELLO LAS CUALES DETERMINAN UNA HORA DE MUERTE MAYOR A 4 HORAS»*

Se debe precisar es que el perito Jaramillo García habla de una doble circular de cordón, empero al momento del expulsivo la Doctora Álvarez Candamil no efectuó tal anotación, simplemente dejó constancia de haber observado una circular de cordón, sin más especificaciones, al tiempo que en ninguno de los demás medios

21 BUSTAMANTE-ZULUAGA, Carlos et al. Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto: Revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2011, vol.62, n.4 [cited 2025-06-01], pp.315-320. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000400004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.

de prueba se consignó la posibilidad de que hubiera podido darse una doble circular, por lo que para el presente asunto se tendrá por acreditado que la causa de muerte se debió a un circular de cordón simple.

Para este Tribunal es claro entonces que el deceso no fue una consecuencia derivada de una preeclampsia sobreviniente, sino que la circular de cordón simple fue un diagnóstico confirmado visualmente por parte de la médico de turno en el servicio de ginecoobstetricia de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y pese a las manifestaciones del patólogo en su informe, lo cierto es que los especialistas en la materia confluyeron en que no hay asomo de duda en que la asfixia mecánica agudizada por la ruptura de membranas que llevó a ajustar el circular, afectó la perfusión y la oxigenación del bebé de forma gradual hasta su fallecimiento.

Lo anterior teniendo en cuenta que el “patrón de oro diagnóstico” de la circular de cordón es la visualización directa en el momento del parto.²²

Establecida la causa de muerte debe verificarse si la misma es atribuible a la omisión en que incurrió la E.S.E. Nazareth de Quinchía.

Destaca esta Magistratura que según lo explicado por el galeno Dairo Gutiérrez Cuello, **la circular de cordón a cuello es un evento impredecible**, aunque sí puede sospecharse con una ecografía Doppler y de las manifestaciones clínicas de la frecuencia cardíaca fetal que puede estar en bradicardia o taquicardia en la gráfica del registro cardiotocográfico, **pero en este asunto las manifestaciones clínicas no se hicieron evidentes en la paciente al momento de su ingreso a la E.S.E. Nazareth el 4 de junio de 2017**. Arguye que de 100 niños 40 nacen con circular de cordón y la mayoría no se mueren, recalcando que ello es impredecible (ídem min. 01:19:51 y ss).

A similar conclusión llega el ginecólogo Andrés Jaramillo García **quien manifiesta**

22 BUSTAMANTE-ZULUAGA, Carlos et al. Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto: Revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2011, vol.62, n.4 [cited 2025-06-01], pp.315-320. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000400004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.

que ese evento es imprevisible e inevitable, destacando además que el peso fetal para la edad gestacional estaba en todo el percentil 10 (límite inferior normal) lo que hacía al bebé más vulnerable a la condición de asfixia, situación que no le permitió tolerar un poco más la condición adversa de la asfixia y así poderlo sacar con vida del vientre materno.

La afirmación del médico Gutiérrez Cuello en cuanto a la posibilidad de sobrevida de fetos con circular de cordón umbilical a cuello no es del todo pacífica, pues así como hay autores que refieren que el riesgo de muerte fetal no se incrementa con el hecho de que el feto tenga circular de cordón, sin importar la edad gestacional a la que se realice este diagnóstico²³, hay otros que sí lo asocian con morbi-mortalidad neonatal significativa²⁴, para lo cual es menester traer a colación el artículo científico denominado «Factores de riesgo prenatal en la muerte fetal tardía»²⁵ en el que se publicó un estudio de casos y controles con 900 pacientes con el fin de evaluar factores de riesgo asociados a muerte fetal tardía. La población del estudio fue dividida en dos grupos: 450 nacidos muertos y 450 nacimientos vivos, en dicha muestra, el circular de cordón, que habitualmente se relaciona con muerte fetal, en este estudio ocurrió en 82 recién nacidos muertos (18.2%) versus 95 recién nacidos del grupo control (21.1%), lo que no marcó diferencia estadística significativa ($p = 0.27$)

23 Larson JD, Rayburn WF, Harlan VL. Nuchal cord entanglements and gestational age. Am J Perinatol 1997;14:555-7.

24 Diagnóstico y control evolutivo de las circulares de cordón en el primer trimestre de gestación mediante ecografía 3D/4D y doppler. Autores: Ana Martínez Aspás, I.S.B.N.: 978-84-370-8843-3 Edita: Universitat de València, 2012. P. 178 citando a WANG Y, LE RAY C, AUDIBERT F, WAGNER MS. Management of nuchal cord with multiple loops. Obstet Gynecol. 2008 Aug;112(2 Pt 2):460-461.

25 Panduro-Barón G, Vázquez Granados MD, Pérez Molina JJ, Castro Hernández JF. Factores de muerte prenatal en la muerte fetal tardía. Ginecol Obstet Mex 2006;74:573-9. Disponible para consulta web: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom0611d.pdf>

Cuadro 3. Factores perinatales, significancia estadística y fuerza de relación

Factores de riesgo	Casos n= 450	Controles n = 450	p	Razón de momios (RM)	IC 95%
Líquido amniótico meconial	238	54	< 0.001	8.23	5.79-11.73
Líquido rojizo	62	2	< 0.001	35.79	8.54-212.85
Oligohidramnios	119	24	< 0.001	6.38	3.94-10.41
Polihidramnios	25	4	< 0.001	6.56	2.15-22.41
Prolapso de cordón	6	1	0.06	6.07	0.73-134.27
Circular de cordón	82	95	0.275	0.83	0.59-1.17
Doble o triple circular	30	6	< 0.001	5.29	2.07-14.29
Nudo del cordón	4	0	0.06	-	-
Sexo masculino	249	231	0.229	1.17	0.90-1.54
Peso del recién nacido > 4000 g	25	15	0.105	1.71	0.85-3.45
Malformaciones clínicas	27	3	< 0.001	9.51	2.73-39.61

La presencia de doble o triple circular de cordón estuvo presente en 30 casos del grupo de fallecidos, en comparación únicamente con 6 casos en el grupo de los nacidos vivos. Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($p<0,001$) y fue considerada como una variable **fuertemente asociada con la mortalidad fetal**.²⁶

Las anteriores cifras así analizadas permiten visualizar la incidencia de la circular de cordón, pero frente a una pluralidad de factores ajenos a esta patología que también podrían causar la muerte fetal, pero si delimitamos la muestra únicamente a la sobrevida de los fetos con circular de cordón, encontraríamos entonces que de la totalidad de la población que presentó circular simple (177 casos) el 46,33% fallecieron (82) mientras que el 53.67% (95) sobrevivieron. En aquellos que presentaban doble o triple circular (36 casos) el 83,3% fallecieron (30), mientras que el 16.67% sobrevivieron (6).

El anterior estudio, en cuanto a circular simple de cordón, se ajusta a lo indicado por el ginecobstetra Dairo Gutiérrez Cuello cuando afirma que la mayoría de los fetos que en el contexto nacional nacen en esas condiciones adversas sobreviven, por lo que se tomará como base cuantificable el valor de 53.67% para estimar el valor del perjuicio a reconocer por concepto de pérdida de oportunidad.

Adicional a lo anterior, no es prudente indicar –como lo hace la parte actora en su recurso-, que el fatal desenlace se pudo haber evitado en el evento de que el trabajo

26 BUSTAMANTE-ZULUAGA, Carlos et al. Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto: Revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2011, vol.62, n.4 [cited 2025-06-01], pp.315-320. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000400004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.

de parto hubiera sido brindado en una institución de mayor nivel de complejidad, ya que en artículo publicado por la revista colombiana de obstetricia y ginecología denominado *«Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto. Revisión de la literatura»*²⁷, después de analizar múltiples referentes científicos, arribó a la conclusión de que *«[n]o hay evidencia que soporte la realización de cesárea ante la presencia de circular única en la nuca fetal»*. En aquel estudio se hace referencia a la falta de uniformidad en el pronóstico de sobrevivencia de fetos con circular simple o múltiple de cordón, indicando que quienes consideran que *«es factor de riesgo para hipoxia perinatal abogan por la realización electiva de la operación cesárea cuando se ha reportado por ecografía reciente del tercer trimestre la presencia de circular(es) de cordón en nuca fetal, sin embargo, se requiere evaluar la evidencia que soporta este manejo»*, pero, también hizo referencia a estudio denominado *«Circular de cordón y cesárea Schaffer y colaboradores (2005) [en el que] compararon embarazos a término y postérmino con circular de cordón y un grupo control. Estos autores encontraron que las tasas de partos espontáneos fueron similares en todos los grupos, incluso cuando se tuvo en cuenta el subgrupo con múltiple circular de cordón. No hubo diferencias en la tasa de cesáreas: las frecuencias de cesárea para el grupo sin circular de cordón, con circular única y con múltiples circulares fueron de 13,5%, 9% y 12,6%, respectivamente. Singh y Sidhu tampoco encontraron que la circular de cordón no ajustada incrementara la probabilidad de cesárea (9,2% en el grupo con circular única frente a 11,9% en el grupo sin circular). Múltiple circular de cordón durante el trabajo de parto En los casos de múltiple circular de cordón los estudios arrojan resultados variados. Por lo general, las múltiples vueltas de cordón en edades gestacionales lejos del término no están relacionadas con resultados adversos. Sin embargo, existen reportes de casos en donde 3, 4 o 5 vueltas de cordón sí generan riesgo de mortalidad perinatal y RCIU.»*

No es entonces una conclusión correcta considerar que la atención en alto nivel de complejidad garantizaría la sobrevivencia del feto, **pues la literatura científica no tiene parámetro unificado al respecto**, siendo correcto bajo el marco teórico estudiado

27 BUSTAMANTE-ZULUAGA, Carlos et al. Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto: Revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2011, vol.62, n.4 [cited 2025-06-04], pp.315-320. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000400004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.

las vías tanto de parto por cesárea como el parto vaginal, debiéndose frente a cada caso evaluar las condiciones concretas a efectos de determinar la vía idónea.

Si en el presente asunto la posibilidad de sobrevida no transitara por la senda de las posibilidades, sino de que previera un grado de probabilidad o certeza, se podría hablar de falla, **pero se insiste, como el pronóstico es incierto, es aleatorio, necesariamente el estudio debe circunscribirse al daño derivado de la pérdida de oportunidad.**

Otra variable a considerar es lo ajustada que esté la circular²⁸, porque si la circular está muy ajustada y persiste durante un largo período, puede acompañarse de compresión de los vasos del cordón umbilical lo que ocasionaría, sobre todo durante el trabajo de parto, dificultad en los intercambios de gases materno-fetales con la consiguiente posibilidad de hipoxia, hipercapnia y acidosis, señalándose en la literatura científica que en esos eventos se debe procurar la realización electiva de la operación cesárea cuando se ha reportado por ecografía reciente del tercer trimestre la presencia de circular(es) de cordón en nuca fetal²⁹.

Los conceptos de previsibilidad e irresistibilidad han sido desarrollados por el Consejo de Estado³⁰ principalmente en asuntos en que se atribuye responsabilidad por causa de desastres naturales, en los siguientes términos:

«La previsibilidad no corresponde a la simple posibilidad vaga o general de que el hecho pueda ocurrir, sino a la posibilidad concreta y real de que pudiera ser anticipado; la resistibilidad, por su parte, involucra una valoración de los avances de la técnica, pero también de los recursos de que deban disponerse para conjurar los eventos causantes del daño.»³¹ La magnitud del desastre natural puede superar la

28 SHRESTHA NS, SINGH N. Nuchal cord and perinatal outcome. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2007 Jul-Sep;5(3):360-363.

SHEINER E, ABRAMOWICZ JS, LEVY A, SILBERSTEIN T, MAZOR M, HERSHKOVITZ R. Nuchal cord is not associated with adverse perinatal outcome. Arch Gynecol Obstet. 2006 May;274(2):81-83.

29 ídem|

30 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN A Consejero ponente: JOSÉ ROBERTO SÁCHICA MÉNDEZ Bogotá, D.C., veintiocho (28) de junio de dos mil veinticuatro (2024) Radicación número: 76001-23-33-000-2013-00172-01 (69.529).

31 Sobre este tema, JORDANO FRAGA, JESÚS. En la reparación de los daños catastróficos. Madrid, Marcial Pons, 2000, trae la siguiente conclusión: "Es evidente que ese juicio técnico encierra una decisión político-social de costes (esto es, la determinación cuantitativa de las inversiones asumibles por la sociedad en la evitación de

capacidad técnica o económica del Estado para resistirlo, pero su previsibilidad impone la adopción de medidas para atenuar el daño.

27. El mandato que impone la Carta Política en el artículo 2º inciso 2º, consistente en que las autoridades de la República tienen el deber de proteger a todas las personas residentes en Colombia, han de mirarse en concreto frente al caso particular que se juzga, teniendo en consideración las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo³² y, por ende, a pesar de que constituye deber de la Administración brindar protección a todas las personas residentes en el país, no le son imputables todos los daños causados a las personas, en tanto las obligaciones del Estado son relativas, pues situaciones temporales, presupuestales o de orden legal, imponen limitaciones a las capacidades que en cada caso concreto se establezcan, dado que “nadie está obligado a lo imposible”³³.

28. Al Estado se le deben exigir los medios que corresponden a su realidad, haciendo caso omiso de las utopías de la concepción ideal del Estado perfecto, omnipotente y omnipresente. A esto se ha llamado la teoría de la relatividad del servicio, a fin de no pedir más de lo posible, pero con la misma lógica debe concluirse que el Estado debe hacer todo cuanto está a su alcance.»

No obstante, el uso frecuente que se ha dado a dichos conceptos en el marco de la responsabilidad derivada de eventos de fuerza mayor, es de utilidad para el presente litigio a fin de extraer las reglas generales referidas a los conceptos en extenso de previsibilidad e irresistibilidad. Al respecto, el órgano de cierre de esta jurisdicción³⁴ ha definido de manera general la imprevisibilidad como el suceso en el que, pese a que pudo haber sido imaginado con anticipación, resultó súbito o repentino en su producción, o en el que, no obstante, la diligencia y cuidado que se tuvo para evitarlo, de todas maneras acaeció, con independencia de que hubiese sido mentalmente proyectado, o no, previamente a su ocurrencia; y la irresistibilidad como la imposibilidad que tiene el obligado de adelantar determinado comportamiento o actividad, para evitar la existencia de un daño. Esto último, con la precisión de que la mera dificultad no puede constituirse en una verdadera imposibilidad, pero ello tampoco debe conducir al entendimiento de acuerdo con el

riesgos). El componente técnico debe ser el predominante en la fijación de estos estándares. Y el criterio económico-racional; porque si técnicamente casi todos los riesgos naturales son evitables hoy; económicamente no siempre será racional la absoluta cobertura técnica...Debe observarse que cabe trazar una doble línea: 1) la de efectividad (el standard técnico requerible efectivamente a las obras públicas) en previsión de riesgos y que todas las obras públicas deben efectivamente cumplir; este sería el nivel exigido de estándar de seguridad; 2) la de razonabilidad (asumiendo que la disponibilidad presupuestaria no permite actualmente alcanzar el estándar óptimo de seguridad), pero determinando no el nivel permisible de estándar de seguridad sino la frontera de la institución de la responsabilidad”.

32 Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 3 de febrero de 2000, exp. 14.787, M.P. Alier E. Hernández Enríquez y del 30 de noviembre de 2006, exp 14.880, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

33 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de septiembre 11 de 1997, exp. 11764, M.P. Carlos Betancur Jaramillo.

34 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C Magistrado Ponente: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS Bogotá, D.C., veintidós (22) de mayo de dos mil veinticuatro (2024) Radicado número: 68001-23-33-000-2016-01309-01 (61169).

cual la imposibilidad siempre debe revestir un carácter sobrehumano, pues solo basta con que aquella inviabilidad, de acuerdo con la valoración que de ella efectúe el juez en el caso concreto, aparezca como razonable.

Revisada la historia clínica se evidencia que la circular de cordón a cuello devino de forma súbita en el feto, ya que desde el ingreso de la paciente a la E.S.E. Nazareth de Quinchía el 04 de junio de 2017 se determinó mediante cardiotocografía que el bienestar fetal podía catalogarse como categoría I, esto es, que presentaba parámetros normales y en voces del ginecólogo Dairo Gutiérrez Cuello ello daba una tranquilidad de 7 días, sin embargo, contrario a ese pronóstico, pasados solo dos días, de forma intempestiva acaeció el cuadro clínico en el *nasciturus*.

En efecto, no solo en la teoría, sino que en el asunto de marras es posible advertir que la circular de cordón es un evento impredecible, **pero no por ello es irresistible**, como quiera que la salida de líquido amniótico teñido de meconio es sugestivo de diversas complicaciones fetales, dentro de las cuales se encuentra la circular de cordón.

Así pues, pese a la dificultad diagnóstica *in útero* de la circular de cordón aún con ecografía Doppler (Doctor Gutiérrez Cuello), las consecuencias adversas son mitigables, toda vez que al advertir la presencia de meconio, la paciente debe ser sometida a monitoreo fetal continuo (ginecóloga Ana María Valencia Montoya) para que en el evento de evidenciarse alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal – bradicardia o taquicardia sostenida- se desembarace en quirófano en un lapso no mayor a 30 minutos (según lo indicado por los galenos Jaramillo García y Valencia Montoya)

En eventos como el que es objeto de estudio el tiempo juega un papel crucial puesto que el signo observable de salida de líquido teñido de meconio es indicativo de un estado de bienestar fetal insatisfactorio, según el cual, a pesar de desconocerse concretamente la anomalía, sí permite adoptar medidas urgentes para reaccionar de forma ágil ante la concurrencia de otro signo de alarma.

Ahora bien, la notoria imprevisibilidad de la aflicción fetal, sumado a la falta de

certeza de sobrevivencia del feto aún con la disponibilidad de recursos médicos (el doctor Dairo afirma que la mayoría sobreviven, esto es, ubica la supervivencia no en un grado de certeza sino de probabilidad porcentual), agudizada por circunstancias propias del embarazo (feto pequeño y cordón umbilical corto) y la concausalidad de la materna (como se verá más adelante) **ubican el presente asunto en el campo de la aleatoriedad**, lo que de tajo desvirtúa la causalidad de una falla, pero permite el análisis de responsabilidad desde la perspectiva de pérdida de oportunidad como se pasa a explicar.

La pérdida de oportunidad se constituye, según la jurisprudencia desarrollada por el Consejo de Estado³⁵, *«en el cercenamiento de una ocasión aleatoria que tenía una persona de obtener un beneficio o de evitar un menoscabo, posibilidad benéfica que, sin perjuicio de que no es posible avizorar con toda certeza y sin margen de duda que se hubiese materializado en la situación favorable que se esperaba, no se puede desconocer que existía y que poseía una probabilidad considerable de haberse configurado en ésta.»*

En esa oportunidad la Alta Corporación de lo Contencioso señaló como elementos esenciales para su configuración los siguientes: i) certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde; ii) imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; y iii) la víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado.

No obstante, en atención al precedente antes citado, el Consejo de Estado en sentencia proferida el 5 de abril de 2017³⁶ con ponencia del Consejero Ramiro Pazos Guerrero, reordenó los elementos constitutivos del daño de pérdida de oportunidad, bajo los siguientes términos: a) Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, b) Certeza de la existencia de una oportunidad y c) Pérdida definitiva de la oportunidad.

35 Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. SUBSECCIÓN B. C.P.: Danilo Rojas Betancourth. Bogotá, D.C., 31 de mayo de 2016. Rad.:630012331000200300261 01. Actor: Edilberto Piedrahita Tenorio. Demandado: Nación-Rama Judicial.

36 Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección B. C.P: Ramiro Pazos Guerrero. Bogotá, D.C., 5 de abril de 2017. Rad.: 170012331000200000645-01. Actor: Ángela María Gutiérrez Campiño y otros.

En caso de que la pretensión por este concepto salga adelante, la base cuantificable se sustentará en el criterio de unificación sentado por el máximo órgano en la jurisdicción contencioso administrativa³⁷, que para el evento de reparación del daño moral en caso de muerte se fijó en 100 salarios mínimos legales mensuales para el nivel 1, como son en este caso los padres del feto fallecido.

Conforme a jurisprudencia reciente de la Sección Tercer Subsección A del Consejo de Estado,³⁸ el porcentaje sobre el cual se debe reconocer el monto resarcitorio equivale a la oportunidad perdida o a las posibilidades de sobrevivida del paciente.

Así, el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la estructuración de la pérdida de oportunidad es la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar, requisito que considera esta Sala se cumple en el *sub lite*, ya que como se indicó líneas atrás, aún con la obtención del servicio en salud adecuado y oportuno, no se tenía certeza o por lo menos una probabilidad real de que el feto hubiese sobrevivido al cuadro clínico que padecía.

Frente al segundo componente denominado b) Certeza de la existencia de una oportunidad, se debe verificar la existencia inequívoca de una oportunidad que se perdió, esto es que, de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente, conforme la interpretación efectuada por esa Alta Corporación. En el *sub examine*, la oportunidad está dada por el hecho que en los controles prenatales y en el estudio anatómico patológico no se evidenció la existencia de malformaciones congénitas, lo que convertía al feto en un proyecto de vida humana viable. En razón de ello, al habersele privado a la paciente de la posibilidad de acceder a servicios de tercer nivel y con ello de la disponibilidad de un quirófano, se le cercenó la posibilidad de acceder a servicios quirúrgicos oportunos que

37 Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. "Documento final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014. Referentes para la reparación de perjuicios inmateriales. Documento ordenado mediante Acta No. 23 del 25/sep./2013 con el fin de recopilar la línea jurisprudencial y establecer criterios unificados para la reparación de los perjuicios inmateriales."

38 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN A Consejera ponente: MARÍA ADRIANA MARÍN Bogotá, primero (1°) de diciembre dos mil veintitrés (2023) Radicación número: 25000-23-26-000-2009-00880-01 (65235)

favorecían la posibilidad de supervivencia del feto.

Finalmente, el tercer elemento es c) Pérdida definitiva de la oportunidad, esto es la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. En el caso que ocupa la atención de la Sala existe la certeza que la posibilidad de evitar el perjuicio es inexistente, pues es obvio que ante el deceso del feto no hay nada que los actores puedan hacer. Así entonces es posible afirmar que la oportunidad se perdió.

En suma, en el presente asunto se encuentran acreditados los tres presupuestos de la pérdida de oportunidad, por lo que habrá de abordarse lo atinente a su tasación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pasará a determinar el monto indemnizatorio tomando en consideración la posibilidad de sobrevida del feto y los demás factores que incidieron en su deceso.

Partiendo de la base de que en el presente asunto el feto no fue afectado por doble circular, sino por una circular simple, **habrá de fijarse una base inicial de 53.67%** (equivalente a la posibilidad de sobrevida) del valor total pretendido por concepto de perjuicios morales reclamados.

Otros aspectos de incidencia fueron: i) el bajo peso del feto que lo hizo más vulnerable a la asfixia mecánica; ii) la longitud corta del cordón, que desde un punto de vista puramente mecánico favorece a que el cordón se ajuste con mayor facilidad con el inicio del trabajo de parto y iii) lo ajustada de la circular que en voces del ginecólogo Jaramillo García fue de tal nivel que le impidió al feto la aspiración de líquido amniótico con meconio; iv) agudizada por la ruptura de membranas.

Como los anteriores factores tuvieron incidencia directa en el fatídico resultado y corresponden a aspectos ajenos a la E.S.E. Nazareth de Quinchía, bajo el postulado del *arbitrio iuris* **necesariamente deben reducir en el 20% la base cuantificable inicial (53.67%), quedando de momento la misma en 42.9%.**

Un aspecto alegado por la E.S.E. Nazareth de Quinchía corresponde a la tardanza de la paciente en acudir al servicio médico, lo cual consideran incidió significativamente en el fatídico resultado.

El anterior argumento se esgrime con la finalidad de reducir el *quantum* indemnizatorio por la aparente coparticipación de la propia afectada en el hecho dañoso.

Bien es sabido que la concurrencia de culpas de conformidad con el artículo 2357 del Código Civil tiene la virtud de reducir el valor de la condena, cuando quiera que la conducta desplegada por la propia víctima también sea causa eficiente en la concreción del daño. Al respecto el Consejo de Estado en sentencia de mayo 25 de 2023 proferida por la Sección Tercera Subsección B³⁹ ha explicado:

«21. Con todo, de conformidad con el artículo 2357 del Código Civil, “la apreciación del daño está sujeta a reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente”. Esta norma contempla la figura de la concurrencia de culpas o causas que debe valorarse al momento de estudiar la causa del daño, y que, de llegar a presentarse, da lugar a una reducción de la indemnización.»

Siendo imperativo para la prosperidad de la excepción de fondo que se acredite que la víctima se expuso imprudentemente al riesgo o su conducta fue eficiente en la producción del daño.

Bajo los anteriores parámetros deberá establecerse entonces el alcance del deber de autocuidado y si la posible desatención del mismo le es imputable a la víctima en el presente asunto.

El deber de autocuidado ha sido definido en el ámbito de la salud como *«el proceso por el que una persona llega a poner en práctica, de manera eficaz, conductas de promoción de la salud, de identificación y prevención de la enfermedad y tratamientos que se corresponden con los propios del nivel primario de salud»*⁴⁰

39 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B Magistrado ponente: Alberto Montaña Plata Bogotá D.C., 25 de mayo de 2023 Radicación: 68001-23-31-000-2008-00236-01 (55977)

40 12. Levin LS. The lay person as the primary care practitioner. Public Health Rep. 1976; 91 (3): 206-210. Cfr. Felipe M, Nieves M de las. Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2. 2014 [citado 21 de junio de 2020]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/40754>

haciendo al paciente partícipe activo en la prevención y atención oportuna de afecciones a su salud.

Este autocuidado no es un deber aislado del paciente, pues para que el mismo sea eficiente, resulta indispensable que previo o concomitante al involucramiento de la persona, se le ilustre con suficiencia sobre aspectos generales influyentes en la conservación y mejoramiento de la salud, así como en circunstancia particulares o factores de riesgo asociadas a patologías concretas que padezca, ya que uno de los aspectos que incide negativamente en un debido autocuidado *«(...) se fundamenta en que los pacientes que no están involucrados ni informados completamente tienen menores probabilidades de tomar decisiones consientes acerca de su tratamiento y las recomendaciones del personal asistencial, por lo tanto, tienen menor probabilidad de hacer lo que deben para aprobar y alertar al personal asistencial en sus diferentes tratamientos.»*⁴¹

La correspondabilidad en materia de salud está definida en el numeral 3.17 artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 en los siguientes términos:

«ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud: (...)

3.17 Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.»

En consonancia con ello, la resolución 4343 del 19 de diciembre de 2012 *«Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones»* proferida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social en su artículo 4, numeral 4.3.

41 FERNÁNDEZ OTÁLVARO Tatiana, PINEDA MURIEL Sara, ECHEVERRY ARIAS maría Alejandra, Reconocimiento del autocuidado como deber y corresponsabilidad de las personas que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud, Universidad del CES, Facultad de Medicina, División de posgrados en Salud Pública, Medellín 2020

incluyó como deber del afiliado y del paciente el autocuidado en los siguientes términos:

«Artículo 4. Contenido mínimo de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente. La carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

(...)

4.3. Capítulo de deberes.

Son deberes del afiliado y del paciente, los siguientes:

- *Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.*
- *Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.»*

Con posterioridad la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reafirmó el mentado deber al plasmar en su artículo 10:

«ARTÍCULO 10. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

(...)

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;*
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;»*

A efectos de establecer el alcance del deber de autocuidado como elemento reductor del monto indemnizatorio es preciso distinguir entre culpa de la víctima y deber de evitar el daño. Al respecto, en la doctrina internacional la tratadista Lilian C. San Martín Neira⁴² en su estudio de derecho comparado pregoná:

«En síntesis, para los autores alemanes la diferencia entre la culpa de la víctima y el deber de evitar el daño radica en que mientras la primera se refiere a una actitud imputable que contribuye a la generación del propio daño, el deber de evitar el daño hace referencia al deber jurídico que impone la necesidad de actuar a fin de evitar el daño que amenaza, o reducir aquel ya producido, y cuya omisión constituye una culpa en el verdadero sentido de la palabra.

(...)

En conclusión, el deber de evitar el daño no se refiere a un problema de calificación del daño, sino a la naturaleza y oportunidad de la actitud del perjudicado, que debe ser siempre después de la actividad lesiva del tercero -sea que el daño se haya ya verificado o todavía no- y, sobre todo, después de que haya tomado consciencia de

42 La carga del perjudicado de evitar o mitigar el daño. Estudio histórico-comparado / Lilian C. San Martín Neira. Bogotá: universidad Externado de Colombia, 2012. Pág. 362, 373 a 375

la situación dañina. En efecto, el deber de evitar el daño supone siempre la plena consciencia de la situación dañina. **No puede hablarse de daño evitable si el sujeto no es consciente del daño que lo amenaza y de las providencias que puede adoptar para evitarlo.** Diferente es el caso de la concurrencia activa de culpas, en que basta la actuación negligente de la víctima, quien puede saber o no saber que la actuación de un tercero vendrá a sumarse a la suya, de modo que resultará perjudicado. Esta diferencia fundamental ha llevado a que los autores alemanes afirmen con convicción que mientras en la culpa de la víctima no se trata de un verdadera “culpa”, la inobservancia del deber de evitar el daño comporta “culpa” en el verdadero sentido de la palabra.

(...) en nuestro entender, ambas instituciones son consecuencias de la necesidad jurídica que tenemos todas las personas de conducirnos diligentemente, si que podamos traspasar a los demás los efectos de nuestra propia negligencia, debemos señalar que sí hay una importante diferencia entre ambas hipótesis

(...)

Sin embargo, muchas veces que el daño era inevitable en su producción, pero una actividad del sujeto perjudicado está en grado de eliminarlo o reducirlo. Se trata de un daño actual o presente, pero que puede ser reducido o mitigado. Un típico ejemplo de daño mitigable son las discapacidades causadas por un accidente que pueden ser mitigadas mediante el empleo de prótesis o intervenciones quirúrgicas, más allá de que se discuta si este tipo de intervenciones está entre las medidas exigibles a la víctima, el punto en cuestión es **¿una vez que el daño se ha verificado, el acreedor tiene la carga de mitigación, esto es, debe adoptar las medidas conducentes a su aminoración, o se trata de una mera facultad?**

(...) Por nuestra parte, si bien no consideramos que el problema atañe a la buena fe objetiva como imposición de un deber de conducta hacia los demás, estamos plenamente contestes con dicha respuesta, en el sentido de que el perjudicado no debe solo evitar el daño, sino también reducir aquel verificado. En efecto, a la misma conclusión llegamos si vemos las cosas desde la imposición de una genérica carga de diligencia, con el consecuente principio de autorresponsabilidad, pues la diligente administración de los propios asuntos impone la contención del perjuicio no solo mediante actividades tendientes a eludirlo, sino también mediante aquellas actividades que reduzcan aquel ya verificado, toda vez que hay buenas razones para creer que así se comportaría una persona diligente ante la verificación de una catástrofe cualquiera, situación que no debe cambiar por el hecho de que el deudor esté llamado a responder por todo el daño. Por otro lado, si pensamos en el daño mitigable, no podemos hacer menos de ver que se trata de un daño que se ha ya verificado, pero sus consecuencias se prolongan en el tiempo, es decir, la mitigación del daño dice directa relación con las repercusiones que él tendrá en el patrimonio o en la persona del perjudicado, por consiguiente, desde este punto de vista, se trata de ulteriores consecuencias perniciosas que pueden ser evitadas.

En conclusión, el acreedor tiene la carga de realizar las actividades tendientes a la aminoración del daño y su falta de actividad se mira como una omisión que interrumpe el nexo de causalidad entre el incumplimiento del deudor y aquella parte del daño que puede ser reducida, la cual se mirará como una consecuencia de la inactividad del acreedor; será, por tanto, una consecuencia indirecta o innecesaria, y como tal queda fuera del quantum respondeatur.» (Subrayas de la Sala)

Sobre el hecho exclusivo y determinante de la víctima en la ocurrencia del daño,

como causal eximente de imputación, el órgano de cierre de esta Jurisdicción tiene previsto que:

“Las tradicionalmente denominadas causales eximentes de responsabilidad - fuerza mayor, caso fortuito, hecho exclusivo y determinante de un tercero o de la víctima- constituyen diversos eventos que dan lugar a que devenga jurídicamente imposible imputar, desde el punto de vista jurídico, la responsabilidad por los daños cuya causación da lugar a la iniciación del litigio, a la persona o entidad que obra como demandada dentro del mismo. En relación con todas ellas, tres son los elementos cuya concurrencia tradicionalmente se ha señalado como necesaria para que sea procedente admitir su configuración: (i) su irresistibilidad; (ii) su imprevisibilidad y (iii) su exterioridad respecto del demandado. Por otra parte, a efectos de que opere el hecho de la víctima como eximente de responsabilidad, es necesario aclarar, en cada caso concreto, si el proceder -activo u omisivo- de aquélla tuvo, o no, injerencia y en qué medida, en la producción del daño. En ese orden de ideas, resulta dable concluir que para que el hecho de la víctima tenga plenos efectos liberadores de la responsabilidad estatal, es necesario que la conducta desplegada por la víctima sea tanto causa del daño, como la raíz determinante del mismo, es decir, que se trate de la causa adecuada, pues en el evento de resultar catalogable como una concausa en la producción del daño no eximirá al demandado de su responsabilidad y, por ende, del deber de indemnizar, aunque, eso sí, habrá lugar a rebajar su reparación en proporción a la participación de la víctima.”⁴³

En el asunto de marras el perito Jaramillo García y la testigo técnica Ana María Valencia Montoya señalan que no puede determinarse una incidencia o relación directa entre la tardanza de la materna en acudir al servicio de urgencias tras el evento de salida de líquido amniótico teñido de meconio y el óbito fetal, **porque en la historia clínica no dicen cuál es la condición del feto para ese momento –7 de junio de 2017 a las 10:30 a.m.-.**

Contrario a ello, el perito Dairo Gutiérrez Cuello considera que ello sí influyó en el fatal desenlace, pues ello no solo contravino su deber de corresponsabilidad, sino que, desde su concepto, si la paciente llega una vez se rompe la membrana y la remiten, «de pronto hubiera sido otro el desenlace» ya que «la paciente deja pasar 8 horas que fueron cruciales para este tipo de circunstancia», acentuando que en la historia clínica se plasma que a la paciente debe acudir cada cuatro horas y se le dan recomendaciones por las cuales debe presentarse incluso antes de ese tiempo (audiencia pruebas min. 00:38:56 y ss.).

43 Consejo de Estado. Sección Tercera, sentencia del 9 de junio de 2010, raditaciones 17605 y 18596. En este mismo sentido ver sentencias del 14 de abril de 2010, radicación 18941; del 30 de agosto de 2007, radicación 15635; 14 de agosto de 2008, radicación 16413, entre otros.

En efecto, en atención médica del 5 de junio de 2017 a la 01:13 pm el médico Daniel Duque Tobón deja consignada anotación en la cual registra que indicó a la paciente necesidad de acudir cada 4 horas al centro de salud para valoración (cdno. 1ra. Inst. Doc. 001 fl. 191) en la misma fecha a las 7:50 p.m. se registra en las anotaciones clínicas « *POR LO QUE SE DAN RECOMENDACIONES MEDICAS DE QUE SI CONTRACCIONES UTERINAS SON REGULARES, SALIDA DE LIQUIDO CLARO O HEMORRAGIA DEBE PRESENTARSE ANTES DE LA HORA SUGERIDA. PACIENTE REFIERE ENTENDER*»

Dos aspectos deben advertirse, el primero, que independientemente del desconocimiento que se tenga de las condiciones del feto a las 13:30 del 7 de junio de 2017, lo cierto en el presente asunto es que el factor tiempo jugó un papel crucial en la posibilidad de sobrevivencia del *nasciturus*, tan es así que la paciente tenía indicación de presentarse antes de los controles rutinarios si evidenciaba algún signo de alarma. Al mismo tiempo, evidenciándose que el presente asunto pudo requerir intervención quirúrgica de emergencia, era indispensable que cada minuto fuera optimizado de la mejor manera, por lo que se analizará la incidencia de la demora de la gestante en la reducción del margen de maniobrabilidad temporal y con base en ello se reducirá en otro tanto el *quantum* de la sentencia.

Los elementos de referencia serán el derrame de líquido amniótico teñido de meconio (pues el mismo es sugestivo de bienestar fetal no satisfactorio y es factor indicativo de remisión a nivel superior) y el inicio de la bradicardia sostenida (porque a partir de allí los galenos disponen de solo 30 minutos para desembarazar).

En este orden de ideas, observando que el primer registro de bradicardia correspondió a una lectura de 105 lpm **consignado en anotación de las 14:46 del 7 de junio de 2017**, se tiene que desde las 02:00 a.m. de esa calenda hasta aquel momento transcurrieron 12 horas y 46 minutos (766 minutos).

Teniendo en cuenta que la señora Montoya Soto se tomó 8 horas y 30 minutos para presentarse al hospital (llegó a las 10:30 a.m. del 7 de junio de 2017), se tiene entonces que la materna le restó a los médicos tiempo valioso de que disponían

para hacer la remisión, por lo que el porcentaje indemnizatorio consolidado (42.9%) deberá reducirse en otro 50%, quedando en definitiva en el 21.5% del total de la base cuantificable (100 SMLMV).

El argumento esgrimido por la parte actora según el cual no hay tardanza que le sea atribuible porque la paciente se presentó al centro asistencial aún en fase latente y la determinación de ubicarla en un hogar de paso fue del hospital, en nada afecta el anterior planteamiento, como quiera que, frente al primer aspecto, baste con decir que las recomendaciones médicas frente a los signos de alarma imponían a la paciente una conducta diligente en todo momento, es una obligación continua la que implica garantizar el autocuidado y de ninguna manera se cumple con la solo presencia inicial. Frente al segundo, ya se absolvió en párrafos atrás el planteamiento en el sentido de que la conducta de los médicos fue acertada.

No puede hablarse de que la conducta de la paciente sea causa exclusiva y eficiente del daño, pues como ya se indicó, la evidencia de meconio en el líquido amniótico es indicativo de remisión inmediata, y al no hacerse así, la responsabilidad de dicho hecho es atribuible a la entidad que omitió efectuar la conducta exigida por la norma técnica, esto es, la E.S.E. Nazareth de Quinchía, en proporción a su participación en dicha tardanza.

En los anteriores términos se declarará la responsabilidad administrativa de la E.S.E. Nazareth de Quinchía, pero no a título de falla en el servicio como se determinó en primera instancia, sino por vía de pérdida de oportunidad, estableciendo como monto de la indemnización el valor de 21.5 salario mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes.

En cuanto a los reproches formulados por la E.S.E. Nazareth de Quinchía frente a la decisión de primera instancia de no siniestrar las pólizas, habrá de decirse que la decisión se mantiene con fundamento en el mismo razonamiento a que llegó la *a quo* como se pasa a reiterar.

Revisada en esta instancia la póliza número 1005125 expedida por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, se verifica que la misma estuvo vigente entre el 01 de

febrero de 2016 y el 01 de marzo de 2018, bajo la modalidad *claims made*, según se observa en copia de la carátula obrante en archivo 004 folios 116 y siguientes.

Conforme a lo anterior, y teniendo en cuenta que la solicitud de conciliación se radicó ante la Procuraduría 38 Judicial II para asuntos administrativos el 17 de mayo de 2019, se evidencia que la reclamación aconteció en fecha posterior al vencimiento de la vigencia.

Respecto de La Equidad Seguros, según certificado de vigencia AA061100 visible en el cuaderno de primera instancia documento 002 folio 38, la póliza AA015825 se extendió en su plazo original desde el 31 de marzo de 2019 hasta el 01 de marzo de 2020, y en la misma se pactó la modalidad *claims made*, por lo que en principio la reclamación atinente al *sub lite* se habría presentado en tiempo, sin embargo, como bien lo explica la empresa aseguradora al contestar el llamamiento en su excepción denominada «*la modalidad de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA15825 es la denominada “claims made”*», en la póliza no se pactó cláusula de retroactividad, por lo que tanto la reclamación como el hecho dañoso deben acontecer en vigencia de la póliza. Al respecto, la cláusula 7.1. contenida en las condiciones generales de la póliza, visible en el archivo 003 folio 136 dispone:

«7. LIMITES DE LA COBERTURA

7.1 LIMITE TEMPORAL

El presente seguro, no cubre eventos ocurridos antes de la fecha de iniciación de vigencia de la presente póliza, por los que se pueda imputar responsabilidad civil al asegurado, aunque la reclamación por las consecuencias se presente dentro de la vigencia.»

La póliza originalmente (previo a las renovaciones) tuvo como fecha de inicio el 01 de marzo de 2018, calenda esta que es posterior a la de la ocurrencia del evento que como reiteradamente se ha indicado a lo largo de esta providencia, fue el 7 de junio de 2017.

Con fundamento en lo anterior se confirmará en este aspecto la sentencia de primer grado.

6. COSTAS

Sea lo primero indicar que en sede de primera instancia se condenó en costas a la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, atendiendo la actividad desplegada en relación con los gastos de la realización del dictamen pericial, aspecto este que no fue objeto de recurso, por lo que se mantendrá, como quiera que la presente decisión no exoneró a dicha entidad, sino que redujo el *quantum* de la condena.

Por otro lado, **no** habrá lugar a **condena en costas en esta instancia**, de conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 365 del Código General del Proceso, aplicable por remisión a las normas procedimentales civiles, contenida en el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, por cuanto no se encuentran acreditadas las mismas en esta instancia, conforme las previsiones señaladas en precedencia. En consecuencia, al no existir fundamento para su imposición, la Sala concluye que no es procedente la condena en costas.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

VIII. FALLA

1. MODIFICASE los numerales 2 y 3 de la sentencia proferida por el Juzgado Primero Administrativo de Pereira el día 27 de junio de 2023, los cuales quedarán así:

*«2. DECLÁRASE administrativa y patrimonialmente responsable a la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes, con ocasión a la **pérdida de oportunidad** por las omisiones en que incurrió dicha entidad durante la atención del parto de la señora Natalia Isabel Montoya Soto el 7 de junio de 2017, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.*

3. CONDÉNASE a la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, 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 la señora María Natalia Isabel Montoya Soto, el equivalente a veintiuno punto cinco (21.5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

- En favor de Luis David Carrasquilla Urrea, el equivalente a veintiuno punto cinco

(21.5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.»

2. Confírmese en todo lo demás la sentencia recurrida.

3. Sin costas en esta instancia por las consideraciones expuestas.

4. Ejecutoriada esta providencia, realícense en el sistema de registro SAMAI las anotaciones de rigor y devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

Por reunir las exigencias del inciso 4 artículo 76 del Código General del Proceso, se acepta la renuncia presentada por el Grupo Valoto S.A.S. antes denominada Lopera Abogados S.A.S. al mandato judicial que ostentaba respecto de la E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía, según lo indicado en el documento 008 del cuaderno de segunda instancia.

Se reconoce personería al abogado Juan Sebastián Gaviria Bañol, identificado con cédula de ciudadanía número 10045048 expedida en Santa Rosa de Cabal y portador de la tarjeta profesional número 231487 del Consejo Superior de la Judicatura, para representar judicialmente los intereses del departamento de Risaralda en los términos y para los fines del poder obrante en el archivo 009 del cuaderno de segunda instancia. Por virtud de lo anterior, en los términos del inciso 1 artículo 76 del Código General del Proceso, entiéndase revocado el mandato al profesional del derecho Juan Antonio López Bedoya.

Por reunir las exigencias del inciso 4 artículo 76 del Código General del Proceso, se acepta la renuncia presentada por el abogado Joaquín de Jesús Castaño Ramírez a la representación judicial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros, conforme a memorial visible en archivo 010 del cuaderno electrónico de segunda instancia.

Se reconoce personería al togado Héctor Jaime Giraldo Duque, identificado con cédula de ciudadanía número 9870052 y portador de la tarjeta profesional número 142328 del Consejo Superior de la Judicatura, para actuar en nombre y representación de La Previsora S.A. Compañía de Seguros, en los términos y para los fines del memorial poder visible en el documento electrónico 011 del cuaderno

de segunda instancia.

Se reconoce personería a la profesional del derecho Lorena Gómez Zapata, identificada con cédula de ciudadanía número 1087990612 y portadora de la tarjeta profesional número 350212 del Consejo Superior de la Judicatura, para actuar como vocera judicial de la E.S.E. Nazareth de Quinchía, en los términos y para los fines del memorial poder visible en archivo 011 del cuaderno de esta instancia.

Como quiera que no fue aportada la comunicación al poderdante, no se acepta la renuncia a mandato presentada por el abogado Juan Sebastián Gaviria Bañol, apoderado del departamento de Risaralda.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

JUAN CARLOS HINCAPIÉ MEJÍA
MAGISTRADO

ANDRÉS MEDINA PINEDA
MAGISTRADO

LEONARDO RODRÍGUEZ ARANGO
MAGISTRADO

«Este documento fue firmado electrónicamente. Usted puede consultar la providencia oficial con el número de radicación en <http://samairj.consejodeestado.gov.co>»