



## JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PEREIRA

Pereira, dieciocho (18) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

### SENTENCIA No. 058

Referencia:

Exp. Rad. 66001-33-33-005-2018-00397-00

Reparación Directa

Demandante: Lina Marcela Quintero Morales y Otros

Demandado: ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas

### ASUNTO

Procede el Despacho a proferir sentencia dentro del presente asunto, una vez evacuadas las audiencias inicial y de pruebas establecidas en los artículos 180 y 181 de la Ley 1437 de 2011, y corrido traslado para presentar alegatos de conclusión por escrito dentro del presente asunto.

### I. ANTECEDENTES

Los señores Lina Marcela Quintero Morales, Jair Alonso Castañeda Álvarez, actuando en nombre propio y en representación de su hija Melany Castañeda Álvarez; Angee Paola Castañeda Álvarez, Blanca Ruth Morales Montoya y Yessica Yuliana Quintero Morales, actuando en nombre propio y a través de apoderado judicial, han presentado demanda en ejercicio del medio de control de Reparación Directa contra la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y la Nueva EPS S.A., con el fin de que se les declare administrativamente responsables por los daños y perjuicios causados a los demandantes por considerar que existió una deficiente prestación del servicio médico asistencial a la señora Lina Marcela Quintero Morales que trajo como consecuencia las lesiones que padece su hija.

#### 1.1. Hechos

En las páginas 17 y ss del archivo 1 del expediente digital, se narraron los siguientes:

- 1.1.1. La señora Lina Marcela Quintero Morales al darse cuenta que estaba en estado de embarazo, solicitó cita médica en la Nueva EPS, para valorar las condiciones del bebé; la EPS autorizó a la paciente una ecografía transvaginal que fue realizada en Idime el día 19 de agosto de 2018, que dio como resultado “embarazo intrauterino feto único vivo de 27 semanas 4 días por biometría fetal media”, según concepto dado por el ginecólogo José Duván López Jaramillo.
- 1.1.2. La paciente inició controles prenatales, cumpliendo con todas las recomendaciones y precauciones dadas por los médicos profesionales encargados.

- 1.1.3. El día 05 de octubre de 2016, en el centro médico Idime, le practicaron a la paciente una ecografía obstétrica transabdominal de la cual el médico ginecobstetra concluyó "*embarazo evolutivo de 33 semanas días por biometría fetal, feto único vivo cefálica con bienestar actual*".
- 1.1.4. Como se puede evidenciar de la historia clínica, en el transcurso del embarazo la paciente no presentó ningún quebranto de salud y durante el proceso de gestación, de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero, nunca se diagnosticó alerta alguna sobre eventuales complicaciones del nasciturus, así mismo, según las valoraciones médicas, los exámenes clínicos, controles prenatales y ecografías realizadas, nunca se detectó patología o factor de riesgo pues se trataba de un embarazo en buenas condiciones que los médicos debieron llegar a un parto exitoso.
- 1.1.5. El día 22 de octubre de 2016, la paciente ingresó al Hospital Santa Mónica de Dosquebradas a las 08:00 p.m., en estado de dilatación completa para trabajo de parto, el cual se prolongó por 12 horas y la expulsión del bebé duró mas de dos horas y según lo señalado en la historia clínica, ni en la atención inicial ni durante la expulsión se realizó monitoreo para verificar la variabilidad y frecuencia cardiaca del feto porque la institución no contaba con equipo de monitorización, instrumento que resultaba indispensable para prestar este servicio médico.
- 1.1.6. A pesar de la prolongación del parto, la paciente no fue valorada por ginecólogo obstétrico porque el Hospital Santa Mónica no contaba con esta especialidad debiendo hacerlo teniendo en cuenta su nivel y tampoco se evidenció la realización de un partograma que es un medio visual para evaluar el parto normal.
- 1.1.7. A pesar de la ausencia de recursos humanos y técnicos en la institución hospitalaria demandada, no se ordenó el traslado de la materna a una institución con la capacidad profesional y técnica, lo que constituye una omisión de sus deberes.
- 1.1.8. Dado las irregularidades presentadas, Melany nació a las 07:30 a.m. del 23 de octubre, con un edema a nivel fronto parietal (caput succedaneum), presentando signos de agnosia fetal y deficiencia respiratoria, requiriendo reanimación que no fue completa según las anotaciones que reposan en la historia clínica.
- 1.1.9. Debido a que el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas no contaba con los recursos técnicos ni humanos para atender de manera eficiente la situación, la bebé fue trasladada a la clínica Los Rosales, traslado que demoró más de tres horas por falta de un vehículo y producto de estas negligencias, la bebé Melany sufrió un daño cerebral severo e irreversible.
- 1.1.10. Según las valoraciones médicas, es evidente el daño cerebral padecido por la niña, que requiere tratamiento especial de por vida, pues no puede valerse por sí misma por incapacidad permanente total.

1.1.11. La atención medica prestada a la paciente en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas fue irregular, deficiente e inoportuna por no contar con la especialidad que se requería para atender el caso y por la omisión en la remisión de la recién nacida a un nivel superior de atención, lo que produjo un daño antijurídico a los demandantes que se concretó en las secuela permanente de daño cerebral sufrido por la niña Melany Castañeda Quintero y que afecta a todo el núcleo familiar que se ha visto afectado y afligido por el grave estado de salud de la menor.

## 1.2. Pretensiones

Se solicitan las siguientes:

1.2.1. Que se declare la responsabilidad patrimonial y solidaria de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y la Nueva EPS S.A. por el daño antijuridico ocasionado a los demandantes dentro del marco de las circunstancias acreditadas en el expediente.

1.2.2. Que como consecuencia de lo anterior, las demandadas se obliguen a pagar en favor de los actores las siguientes indemnizaciones:

### 1.2.2.1. Perjuicios Materiales

**1.2.2.1.1 Daño emergente:** Por este concepto se tendrán los gastos en que deben incurrir los padres de la víctima para la remuneración de la persona que brinde asistencia a Melany Castañeda Quintero, salario que no puede ser inferior al salario mensual vigente más incidencia prestacional.

Total daño emergente \$158.098.784.

**1.2.2.1.2. Lucro cesante:** Este perjuicio se tasará para la víctima directa del daño antijurídico a partir de la fecha en que la misma adquirirá los 25 años, edad en que los padres pierden obligación alimenticia hasta la edad probable de vida, teniendo en cuenta que la condición de discapacidad en que se encuentra Melany Castañeda Quintero es irreparable y permanente.

Total lucro cesante futuro: \$203.077.776.

### 1.2.2.2. Perjuicios Inmateriales

#### 1.2.2.2.1. Daños Morales:

- Para Melany Castañeda Quintero (víctima directa) el equivalente a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.
- Para Lina Marcela Quintero Morales (madre) el equivalente a cien el equivalente a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.

- Para Jair Alonso Castañeda Álvarez (padre) el equivalente a cien el equivalente a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.
- Para Blanca Ruth Morales Montoya (abuela materna) el equivalente a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.
- Para Angee Paola Castañeda Castañeda Álvarez (tía paterna) el equivalente a cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (50 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.
- Para Yessica Yuliana Quintero Morales (tía materna) el equivalente a cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (50 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.

#### **1.2.2.2.2. Daño a la salud:**

- Para Melany Castañeda Quintero (víctima directa) el equivalente a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.
- Para Lina Marcela Quintero Morales (madre) el equivalente a cien el equivalente a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.
- Para Jair Alonso Castañeda Álvarez (padre) el equivalente a cien el equivalente a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.
- Para Blanca Ruth Morales Montoya (abuela materna) el equivalente a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.
- Para Angee Paola Castañeda Castañeda Álvarez (tía paterna) el equivalente a cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (50 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.
- Para Yessica Yuliana Quintero Morales (tía materna) el equivalente a cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (50 SMLMV), al momento de la ejecutoria de la sentencia.

#### **1.2.2.2.3. Daño inmaterial por afectación relevante a bienes legal y constitucionalmente protegidos:**

- Se condene a la Nueva EPS y a la ESE Hospital Santa Mónica a prestar a la menor de por vida y sin cuotas de afiliación o moderadoras los servicios médicos, la atención especial, las terapias y transporte con ayuda mecánica que requiere para lograr la mejor calidad de vida posible.

- Ordenar a la ESE Hospital Santa Mónica adquirir los equipos, instrumentos y los recursos humanos necesarios para la prestación de servicios de obstetricia.
- La realización en cabeza del señor Gerente de la ESE Hospital Santa Mónica y el gerente de la Nueva EPS en persona, de un acto público de reconocimiento su responsabilidad y petición de disculpas.

## II. INTERVENCIÓN DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS Y LLAMADAS EN GARANTIA

Dentro del término concedido para ello, las entidades demandadas se pronunciaron así:

**La ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas**, contestó la demanda a través de escrito visible en las páginas 115 y s.s. del archivo 1, en el cual refirió sobre los hechos de la demanda que no son ciertos pues el trabajo de parto fue monitoreado y presencia de líquido amniótico claro con lo que se desvirtúa la condición clínica de sufrimiento fetal; tampoco existía indicación para emplear equipo de monitoreo pues la condición clínica de la gestante era normal y el monitoreo en los procesos de parto normales se realiza bajo las indicaciones y especificaciones de las guías de manejo. Agrega que no es cierto que la patología de la bebé sea producto de la atención del parto ni de un parto prolongado, pues tiene múltiples causas entre ellas dificultades anatómicas.

Señaló que de la historia clínica se demuestra que la paciente no se adhirió a las consultas de control prenatal, el proceso de parto no fue prolongado y fue adecuado y acorde a las observaciones médicas y a la condición clínica presentada por la paciente.

Sostuvo que la recién nacida posterior al parto presentaba escalas cardio pulmonares normales y las anotaciones de la escala de apgar fueron adecuadas, sino que posterior a ello sufrió una deficiencia cardio pulmonar que no estuvo relacionada con el proceso de parto como tal, sino que presentó desadaptación pulmonar que posteriormente requirió de tratamiento especializado en otro nivel de atención cuyo traslado se dio en el tiempo debido y conforme fue autorizado por la EPS.

Formuló las excepciones de falta de jurisdicción y competencia, falta de legitimación por pasiva, así como las que denominó *inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa, inexistencia del nexo causal entre el acto médico y el daño y valoración exagerada de los perjuicios*.

**La Nueva EPS S.A.**, contestó la demanda mediante escrito obrante en las páginas 144 y ss. del archivo 1 del expediente digital, en el que se opuso a las pretensiones de la demanda, por considerar que la EPS cumplió a cabalidad con sus obligaciones sin que se hubiera presentado negación del servicio médico a la paciente Lina Marcela Quintero.

Propuso las siguientes excepciones:

La de *inexistencia de nexo adecuado de causalidad por condiciones patológicas de la víctima* aduciendo que al nacer la neonata los galenos evidencian que existe problemas respiratorios y de convulsiones asociados a asfixia perinatal, que puede ocurrir durante

el embarazo, el trabajo de parto y el parto, como también después del nacimiento y tiene múltiples factores de origen, por lo que la patología no está asociada a una actuación negligente por parte de la EPS ni de la institución hospitalaria demandada.

La de *inexistencia de hecho ilícito - cumplimiento de las obligaciones legales de Nueva EPS*, bajo el argumento que la EPS cumplió con las obligaciones que la ley le asigna en tanto que en ningún momento negó el acceso al servicio de salud a la paciente y la recién nacida.

La de *inexistencia de nexo causalidad entre el daño alegado y la conducta de la Nueva EPS* pues a su juicio, las complicaciones de las condiciones patológicas de la paciente y su hija no es atribuible a la falta de atención médica sino por los riesgos inherentes de un embarazo.

La de *ausencia de factor de imputación respecto al daño alegado*. Aduce al respecto que la Nueva EPS puso al servicio de la paciente todos los procedimientos requeridos, se asignaron con prontitud las valoraciones médicas por ginecología y no se le negó la atención en urgencias, tampoco hubo demora en la autorización de los servicios prestados a la paciente y a la neonata.

La de *inexistencia de daño indemnizable*, para lo cual sostiene que la EPS cumplió con sus obligaciones contractuales relativas a la afiliación al haber dispuesto a la paciente y su hija la red de prestadores médicos, por lo que corresponde a la parte demandante demostrar los hechos de su pedimento.

La de cobro de lo debido y enriquecimiento sin causa.

**La Equidad Seguros Generales O.C.**, quien fuera llamada en garantía, contestó la demanda y el llamamiento (págs. 208 y ss archivo 1), para oponerse a las pretensiones solicitadas por el demandante, aduciendo que no hay prueba alguna que acredite las afirmaciones de la parte demandante y que no se puede atribuir culpa o negligencia en el actuar de los profesionales de la salud o de la institución que prestó los servicios a la paciente teniendo en cuenta que el parto transcurrió en condiciones clínicas normales y no se presentó una situación de sufrimiento fetal.

Bajo los anteriores argumentos propuso las excepciones de “*ausencia de nexo causal entre el daño y la actuación médica*”, “*inexistencia de daño antijurídico*”, “*inexistencia de los elementos configurativos de la responsabilidad médica*”, “*obligación de medios y no de resultado*” e “*incompatibilidad de perjuicios materiales*”.

Contra el llamamiento en garantía, formuló las siguientes excepciones: “*ausencia de cobertura por la modalidad de contratación claims made por reclamación*” toda vez que la reclamación que hizo el damnificado al hospital asegurado se surtió con la celebración de la audiencia de conciliación llevada a cabo el día 12 de diciembre de 2018, fecha para lo que no había iniciado la vigencia de la póliza, es decir que no puede pregonarse cobertura por los hechos demandados; “*límite de valor asegurado*” pues en caso de eventual condena, debe respetar el límite del valor asegurado más el sublímite existente para los perjuicios extrapatrimoniales y el deducible además de verificarse si el valor asegurado no ha sido afectado por otros siniestros; “*coexistencia de seguros - pago en proporción o nulidad del seguro*” ya que al existir una coexistencia de seguros,

el valor de la indemnización se debe distribuir el valor de la indemnización entre las compañías de seguros en proporción a la cuantía de los respectivos contratos; “deducible” que fue pactado por el 10% de la condena que deba asumir la aseguradora; “obligaciones contractuales entre asegurado y aseguradora” por cuanto en caso que se profiera condena debe circunscribirse a las obligaciones contractuales del seguro y la “ecuménica”, referida a cualquier otra excepción que resulte probada en el proceso.

**Allianz Seguros S.A.** actuando en calidad de llamada en garantía, contestó la demanda y el llamamiento efectuado en su contra como se observa en las páginas 2 y ss. del archivo 2 digital.

Sobre los hechos manifestó que no son ciertos pues según las anotaciones que reposan en la historia clínica la señora Lina Marcela Quintero Morales sólo asistió a tres controles prenatales lo que hacía que el parto fuera de alto riesgo dado que no se pudo evaluar ni monitorear el estado de salud del nasciturus durante el proceso de gestación. Respecto del día 22 de octubre de 2016, expuso que acorde con la historia clínica, la paciente ingresó a las 8:28 a.m., y en dicha atención se consignó embarazo de alto riesgo por inicio tardío de controles prenatales, de acuerdo a sus condiciones clínicas y dilatación menor a 4 cm, no era candidata para ingreso a la sala de partos por lo que fue dada de alta y se le indicó que regresara el mismo día a las 16:00 y consultar antes con signos de alarma que le fueron indicados, no obstante, la paciente desatendió las recomendaciones de los médicos ya que consultó por urgencias a las 09:17 p.m. y a las 09:56 p.m. fue ingresada a la sala de partos y en las notas de evolución se asentó que presentaba adecuada actividad uterina y vigilancia de trabajo de parto, al día siguiente, el 23 de octubre a las 6:40 se pasó a mesa de partos, se anotó en la historia periodo expulsivo de 55 minutos, recién nacida de sexo femenino, apgar al nacer, requiere oxígeno con ambu, etc, caput parital importante, a los 10 minutos apgar 8 y se solicitó atención de recién nacidos, sin que esté demostrado en la historia clínica el diagnóstico de “agnosia fetal” al no haber constancia de ello, de lo cual concluye que a la paciente y a la recién nacida se les brindó una atención oportuna, eficiente y conforme a los protocolos y no está demostrado una omisión por parte del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas en la prestación del servicio de salud, carga que incumbe a la parte demandante al tenor del artículo 167 del C.G.P.

Planteó como excepciones las de *inexistencia de responsabilidad por cuanto no hay pruebas que demuestren la aducida falla en el servicio de salud, cumplimiento de los protocolos médicos para el caso concreto, la obligación del servicio médico es de medio y no de resultado, ausencia de pruebas de los perjuicios alegados.*

Así mismo contestó el llamamiento en garantía formulado por el hospital demandado y frente a la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales No. 022069937, formuló las excepciones de *no realización del riesgo asegurado en la presente demanda y por ende ausencia de afectación del contrato de seguro; ausencia de cobertura del contrato de seguro, póliza contratada bajo la modalidad “claims made”, el contrato de seguro que fundamenta la presente convocatoria de mi representada se pactó un deducible que está a cargo del asegurado, el contrato es ley para las partes.* En relación con la póliza de responsabilidad civil y hospitales No. 022252360/0, también propuso la excepción de *no realización del riesgo asegurado en la presente demanda y por ende ausencia de afectación del contrato de seguro, marco de los amparos otorgados, límites temporales y en general alcance contractual de las obligaciones del asegurador.*

*Modalidad de cobertura pactada es la denominada "claims made", la eventual obligación indemnizatoria de Allianz Seguros S.A., no puede exceder el límite del valor asegurado en la póliza que sirvió de base para su vinculación, en el contrato de seguro que fundamenta la presente convocatoria de mi representada se pactó un deducible que está cargo del asegurado.*

### III. ALEGACIONES DE CONCLUSIÓN Y CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO

En la audiencia de pruebas de que trata el artículo 181 de la Ley 1437 de 2011 (Acta No. 070 del 28 de junio de 2022)<sup>1</sup>, el Despacho corrió traslado a las partes y al señor Agente del Ministerio Público para que alegaran de conclusión por escrito, por un término común de 10 días hábiles.

De conformidad con la constancia secretarial obrante en el archivo 77 del expediente digital, las partes concurrieron así:

**La parte demandante** allegó alegatos de conclusión en el memorial visible en el archivo 72 digital, en el cual indicó que la prestación del servicio de salud en el área de ginecobstetricia por el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas fue defectuosa debido a un mal manejo clínico en el trabajo de parto de la paciente Lina Marcela Quintero, puesto que la entidad no contaba con el personal idóneo para la atención en el parto y posteriormente el nacimiento del neonato, así como también la no utilización de los elementos esenciales requeridos para el periodo expulsivo neonatal, debido a que al momento de su nacimiento la menor Melani Castañeda Quintero presentó hipoxia cerebral y el personal de la salud del hospital no utilizó todos los medios y recursos médicos necesarios para prever y corregir la falta de oxígeno sufrida por la recién nacida, lo que le provocó un retraso cognitivo y físico.

Argumentó que con la historia clínica está demostrada la defectuosa atención medica recibida por la paciente y su hija recién nacida y el ginecobstetra especialista en la experticia rendida resaltó la importancia de la monitoria fetal en un parto por vía vaginal y se logró establecer la omisión del hospital demandado al no realizar monitoreo fetal durante la fase expulsiva del trabajo de parto de la paciente y al no realizar partograma, herramienta recomendada por las guías y protocolos del Ministerio de Salud, para atender los trabajos de parto, indispensable para adoptar medidas que permiten disminuir los riesgos de desaceleración de la frecuencia cardiaca del feto, lo que acredita que la atención brindada a la gestante fue precaria pues no atendió los requerimientos mínimos reconocidos por las lex artis; agrega que de los testimonios recepcionados se probó la atención deshumanizada que recibió la demandante para cuando ingreso a la IPS como paciente, la demora en el traslado a una unidad de cuidado crítico neonatal que requería la recién nacida, así como los perjuicios sufridos por la defectuosa atención durante el parto que le generó a la menor un daño irreversible e irreparable, así como también los daños morales sufridos por sus familiares más cercanos.

---

<sup>1</sup> Archivo 71 del expediente digital.

**El Hospital Santa Mónica de Dosquebradas**, presentó sus alegatos en escrito que obra en el archivo 73 del expediente digital, en el cual expuso que es clara la prueba pericial en indicar que la atención que se dispensó por parte de la entidad está perfectamente acorde con las guías de atención para los síntomas que presentaba la paciente al momento del ingreso y el apoderado de la parte demandante confunde el hecho de no estar documentado un partograma con el hecho presunto de no realizarse, lo que fue explicado por el perito, pues no tener un partograma en la historia clínica no quiere decir que el mismo no se hubiere realizado y el profesional en múltiples ocasiones dejó claro que el no tenerlo, en sí mismo no constituye una falla que pueda incidir en una eventual muerte de un feto por nacer, por lo cual insistió que de las pruebas recaudadas no existe nexo causal entre el deceso del ser humano por nacer y la atención recibida en la institución hospitalaria, pues no existía síntoma o alerta alguna que permitiera inferir riesgo, de ahí que se deben negar las pretensiones de la demanda.

**La Equidad Seguros Generales O.C.**, alegó de conclusión mediante escrito que reposa en el archivo No. 74 digital, para afirmar que no está demostrada la antijuricidad del daño y no existe prueba que permita imputar fácticamente que las lesiones que tuvo la paciente en su nacimiento tenga como causa o génesis una conducta por acción o por omisión, desplegada por entidad demandada, ya que, ante la ausencia de prueba que acredite la culpa como negligencia, impericia, imprudencia y/o violación de la *lex artis* de su contendor, no existe fundamento que reproche la intervención del cuerpo médico y la causa del daño queda relegada, por lo que, ante la ausencia de acreditación de los elementos que componen el juicio de responsabilidad, solicitó negar las pretensiones y, con ello, el llamamiento en garantía pierde su vocación de prosperar.

Adujo que respecto del llamamiento en garantía, teniendo en cuenta la fecha de reclamación formulada por la víctima al llamante en garantía con la solicitud de audiencia de conciliación ante la Procuraduría, lo que consolida el siniestro en la modalidad “claims made”, que no corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro, es menester concluir que la atención del siniestro bajo las condiciones de la póliza carece de cobertura, lo que implica que se debe negar el llamamiento en garantía formulado a la aseguradora.

**Allianz Seguros S.A.** intervino en la etapa de alegatos por medio de escrito que reposa en el archivo 75. Expresó que la parte actora no logró acreditar la causa del daño que alega como “daño cerebral severo”, si bien en las anotaciones médicas se indicó que la recién nacida sufrió de un daño cerebral severo, producto de una encefalopatía hipóxica, las causas que generaron ésta condición, no fueron claras para el perito médico.

Insistió que la parte demandante no logró demostrar la falla en la atención médica brindada como se concluye del testimonio de la médica Salomé Hinojosa quien manifestó que un parto que presenta unas condiciones adecuadas o normales, en el momento en que al recién nacido le toca asumir la “vida extrauterina” pueden presentarse una serie de complicaciones que le impiden adaptarse al nuevo medio, y que no depende en ningún caso de la atención médica dispensada sino de la vida misma y de las afirmaciones realizadas por el perito, se demostró que la paciente ingresó en un trabajo de parto normal, que no se configuró un trabajo de parto prolongado y que no hubo signos de peligro y que la atención prestada se hizo acorde

a la *lex artis*, debiendo ser analizada la conducta de la demandante relacionada con los pocos controles prenatales que se practicó.

Reiteró que hubo una tasación excesiva de los perjuicios patrimoniales que se encuentran áridos de pruebas que permitan su reconocimiento además porque el daño no reúne las características de ser cierto, por lo tanto se torna en no indemnizable y los perjuicios morales no se encuentran atemperados a los parámetros establecidos y de los registros civiles aportados, no están demostradas todas las relaciones de vínculo sanguíneo, es decir ni siquiera está demostrada la legitimación de los demandantes y no es posible reconocerles indemnización de perjuicios morales.

**La Nueva EPS S.A.**, a través de escrito registrado en el archivo 76 del expediente digital, argumentó que los reproches a la atención médica brindada a Lina Marcela Quintero, consistente en la omisión de remitir a la gestante a una institución hospitalaria de mayor complejidad quedó desvirtuado con la prueba pericial a instancia de la parte actora que paciente requiriera atención por médicos especialista o remisión a IPS de mayor nivel de complejidad; por otra parte, también quedó acreditado que la falta de diligenciamiento de partograma no fue la causa de las complicaciones neurológicas que presenta la menor Melany Castañeda pues nació con apgar de 4 y esa condición puede presentarse por la respuesta de la neonata al ambiente extrauterino y no se demostró que el término de 3 horas de su remisión fuese una conducta negligente o que fuese la causa de las secuelas neurológicas de la menor, por lo que no hay lugar a declarar la responsabilidad administrativa de las entidades demandadas al no haberse probado la falla en el servicio que se pretendía imputar.

#### **IV. CONSIDERACIONES**

##### **1. Competencia.**

El Despacho procede a decidir lo que en derecho corresponda dentro del asunto litigado, lo que hará en primera instancia, de conformidad con lo establecido en el artículo 155, numeral 6º del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y teniendo en cuenta que se encuentran cumplidos los presupuestos procesales del medio de control y se han agotado todas las etapas previstas en la ley para el mismo, sin que se observen causales de nulidad.

##### **2. Objeto de controversia.**

El estudio del presente asunto se contrae en establecer si resulta imputable responsabilidad administrativa a las entidades demandadas por falla en el servicio médico prestado a la gestante Lina Marcela Quintero Morales durante el trabajo de parto y que a juicio de los demandantes trajo como consecuencia el daño cerebral severo sufrido por la recién nacida Melany Castañeda Quintero. También deberá establecer el Despacho en el evento en que se imponga condena en contra de las entidades demandadas, si las llamadas en garantía están obligadas a hacer el reembolso con base en las pólizas de seguro por medio de las cuales fueron vinculadas al proceso en dicha calidad.

### 3. Excepciones.

En lo relacionado con las excepciones de *inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa, inexistencia del nexo causal entre el acto médico y el daño y valoración exagerada de los perjuicios*, formuladas por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas; así como las de *inexistencia de nexo adecuado de causalidad por condiciones patológicas de la víctima, inexistencia de hecho ilícito - cumplimiento de las obligaciones legales de Nueva EPS, inexistencia de nexo causalidad entre el daño alegado y la conducta de la Nueva EPS, ausencia de factor de imputación respecto al daño alegado, inexistencia de daño indemnizable, cobro de lo debido y enriquecimiento sin causa* propuestas por la Nueva EPS S.A.; las de *ausencia de nexo causa entre el daño y la actuación médica, inexistencia de daño antijurídico, inexistencia de los elementos configurativos de la responsabilidad médica, obligación de medios y no de resultado e incompatibilidad de perjuicios materiales* planteadas por la Equidad Seguros Generales O.C y las de *inexistencia de responsabilidad por cuanto no hay pruebas que demuestren la aducida falla en el servicio de salud, cumplimiento de los protocolos médicos para el caso concreto, la obligación del servicio médico es de medio y no de resultado, ausencia de pruebas de los perjuicios alegados* presentadas por Allianz Seguros S.A., debe señalarse que las mismas no constituyen excepciones propiamente dichas, por cuanto no se dirigen a atacar la pretensión mediante la formulación de un hecho nuevo que por sí solo tenga la virtud suficiente de destruir, aplazar o modificar los efectos de aquella, sino que se limitan a negar o a desconocer algunos de los elementos que estructuran la responsabilidad de Estado, y/o la existencia de la obligación pretendida, lo que según la doctrina<sup>2</sup> y la jurisprudencia<sup>3</sup>, no pueden tenerse como excepciones de fondo, por lo que desde estos momentos debe advertirse que las mismas se declararán como no probadas.

La excepción de falta de jurisdicción y competencia se resolvió mediante auto del 29 de julio de 2020, como se observa en el archivo 3.

Ahora, la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva formulada por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, se anuncia que su estudio será abordado conjuntamente en el análisis de fondo del asunto litigado.

Las excepciones de *“ausencia de cobertura por la modalidad de contratación claims made por reclamación”, “límite de valor asegurado”, “coexistencia de seguros -pago en proporción o nulidad del seguro”, “deducible” y “obligaciones contractuales entre asegurado y aseguradora”* propuestas por **la Equidad Seguros Generales O.C.**, frente al llamamiento en garantía hecho en su contra, así como las de *no realización del riesgo asegurado en la presente demanda y por ende ausencia de afectación del contrato de seguro; ausencia de cobertura del contrato de seguro, póliza contratada bajo la*

---

<sup>2</sup> “Excepciones de fondo y su declaración oficiosa. El código administrativo se refiere solamente a las excepciones que se oponen a la prosperidad de la pretensión (artículo 164, inciso segundo), o sea aquellas que implican una defensa de fondo, por medio de la cual el demandado ya no se limita a contradecir o negar los hechos constitutivos del derecho o al simple rechazo de la pretensión, sino a afirmar la existencia de un hecho extintivo, modificativo o impeditivo que tenga como consecuencia que la relación jurídica no produzca efecto legal. En sentido más estricto se puede afirmar que el fenómeno exceptivo viene a implicar un hecho que por sí mismo tienen el poder jurídico de enervar la pretensión del demandante”. Betancur Jaramillo, Carlos. Derecho Procesal Administrativo. 6a Ed. 2.002. pág. 325.

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sección Quinta. Sentencia del 8 de julio de 2010. Expediente Radicado: 11001-03-28-000-2010-00001-00, 8 de julio de 2010, Consejera ponente: Susana Buitrago de Valencia.

*modalidad “claims made”, el contrato de seguro que fundamenta la presente convocatoria de mi representada se pactó un deducible que está a cargo del asegurado, el contrato es ley para las partes planteadas por Allianz Seguros S.A. respecto de la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales No. 022069937; al igual que las de no realización del riesgo asegurado en la presente demanda y por ende ausencia de afectación del contrato de seguro, marco de los amparos otorgados, límites temporales y en general alcance contractual de las obligaciones del asegurador. Modalidad de cobertura pactada es la denominada “claims made”, la eventual obligación indemnizatoria de Allianz Seguros S.A., no puede exceder el límite del valor asegurado en la póliza que sirvió de base para su vinculación, en el contrato de seguro que fundamenta la presente convocatoria de mi representada se pactó un deducible que está a cargo del asegurado* formuladas por la misma aseguradora en contra de la póliza de responsabilidad civil y hospitales No. 022252360/0, son argumentos que serán abordados en caso de que se declare la responsabilidad de la entidad llamante en garantía en cada caso.

#### **4. Acervo probatorio**

Dentro del plenario obran los siguientes medios de prueba:

- Registros civiles de nacimiento de Yessica Yuliana Quintero Morales, Angee Paola Castañeda Álvarez, Valentina Castañeda Álvarez (págs. 8 y ss. archivo 1).
- Historia clínica de la atención médica brindada a la señora Lina Marcela Quintero Morales los días 22 y 23 de octubre de 2016, en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas (archivo 65 exp. digital).
- Historia clínica de la atención medica recibida por la hija recién nacida de Lina Marcela Quintero Morales en la Clínica Los Rosales (págs. 78 y ss. archivo 43).
- Dictamen rendido por el médico ginecobstetra Carlos Alberto Valencia Aguirre que reposa en el archivo 47 del expediente digital, junto con la contradicción realizada en la sesión de audiencia de pruebas celebrada el 28 de junio de 2022 -Acta No. 070- (archivo 71).
- Audiencia de pruebas de fecha 15 de julio de 2021 - Acta No. 066 de la misma fecha, en la que se recepcionaron los testimonios de las señoras Blanca Nury Castro Montoya, Maria Yilibeth Aristizábal Morales y Katerine Castro Montoya; así mismo se practicó el interrogatorio de parte demandante Lina Marcela Quintero Morales (archivo 38).
- Sesión de audiencia de pruebas celebrada el 28 de junio de 2022, -Acta No. 70-, en la que se recepcionó el testimonio de la médica Salome Hinojosa Millán (archivo 71).

#### **5. Tacha de la prueba testimonial.**

Previo a abordar el análisis jurídico para resolver el objeto de controversia, se hace necesario realizar el estudio correspondiente a la tacha de testigo formulada por la apoderada de la Nueva EPS, frente a la declaración rendida por la señora Blanca Nury

Castro Montoya, Maria Yilibeth Aristizábal Morales y Katerine Castro Montoya, así como la tacha formulada por el apoderado de la ESE Hospital Santa Mónica respecto al testimonio de esta última; la cual sustentan en que los testimonios podrían ser parcializados por cuanto las declarantes tiene vínculo de parentesco con algunos demandantes y podrían tener interés directo en las resultas del proceso.

Sobre el particular el artículo 211 del Código General del Proceso, aplicable por expresa remisión del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, preceptúa:

**“Artículo 211. Imparcialidad del testigo.** Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales u otras causas.

*La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo con las circunstancias de cada caso.”*

De acuerdo con lo anterior, si bien es cierto las circunstancias expuestas por los apoderados de las entidades demandadas pueden hacer incurso a las testigos en una situación de sospecha, ese evento *per se* no es razón para desestimar la prueba, sino que implica que el fallador al momento de efectuar la valoración probatoria la debe examinar con mayor rigor, de acuerdo con las reglas de la sana crítica y en concordancia con los demás medios probatorios allegados al expediente en el momento procesal oportuno y su mérito de convicción respecto de los hechos que se pretende probar con su exposición. Al respecto, el Consejo de Estado ha planteado lo siguiente<sup>4</sup>:

*“Al respecto, la Sección Primera de esta Corporación ha dicho lo siguiente sobre los testigos sospechosos:*

(...)

*Respecto del tema de “testigo sospecho”, dentro del sistema que adopta el C.P.C. para la valoración de la prueba, no existe descalificación legal de un testigo que se pueda calificar de “sospechoso”, ya que ello sería incompatible con el principio de la sana crítica que gobierna todo el régimen probatorio en nuestro medio, sin embargo, las razones por las cuales un declarante puede tildarse de sospechoso (amistad, enemistad, parentesco, subordinación, etc.), deben ser miradas por el juzgador como aquellas que pueden colocar al testigo en capacidad de engañar a la justicia; pero para ello, el juez debe hacer uso del análisis de la prueba, en su conjunto, a fin de llegar a una convicción aplicando las reglas de la sana crítica de la prueba. Y no resulta procedente desestimar de plano un testimonio, porque el artículo 218 del C.P.C. establece como norma de conducta para el juez apreciar los testimonios sospechosos, de acuerdo con las circunstancias de cada caso, y no desecharlos de plano. El calificar como sospechoso un testigo no implica necesariamente que este haya incurrido en un falso testimonio, pues, en la práctica, respecto de testigos que en principio puedan ser calificados sin tacha de sospecha, no puede presumir el juez que siempre dicen la verdad; su dicho, como todo medio probatorio, debe evaluarse en conexidad con todos los demás medios de prueba aportados dentro de un proceso.”<sup>5</sup>*  
(Negrilla y subrayado fuera de texto)

<sup>4</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. C.P. Dr. Marco Antonio Velilla Moreno. Auto del 2 de septiembre de 2010. Exp. Rad. 11001-03-24-000-2007-00191-00. Actor: RADA AESTHETIC & SPA Limitada. Demandado: Superintendencia de Industria y Comercio.

<sup>5</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. C.P. Dra. Olga Inés Navarrete Barrero. Exp. Rad. 2003-01445, Actor: Carlos Campos Martínez

En igual sentido, esta Sección ha manifestado que:

*«La ley no impide que se reciba la declaración de un testigo sospechoso, pero la razón y la crítica del testimonio aconsejan que se le aprecie con mayor severidad, que al valorarla se someta a un matiz más denso que aquel por el que deben pasar personas libres de sospecha». “El valor probatorio de toda declaración de un testigo sospechoso de antemano se haya contrarrestado por la suposición de que sus afirmaciones no son verídicas y por consiguiente, por sí solos, jamás pueden producir certeza en el juez. Lo cual autoriza a decir que lo más aconsejable es que el testimonio sospechoso deba analizarse de cara a los demás medios de convicción, para así establecer si éstos, ofreciéndole respaldo, hacen evanescente la incredibilidad”.*»<sup>6</sup>

De acuerdo con lo anterior, resalta la Sala que los testigos sospechosos pueden declarar ante el juez, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 217 del C.P.C. y su declaración no puede ser rechazada de plano sino que debe ser evaluada con los demás elementos probatorios arrojados al proceso.

En vista de lo anterior, el juez al momento de apreciar la prueba, tendrá que aplicar las reglas de la sana crítica para su estudio y determinar qué tan sospechoso puede ser, pero no puede, de forma anticipada, negar la misma.

En este mismo sentido, la Corte Constitucional ha sostenido que:

*“(…)  
«Conforme a la doctrina constitucional el juez no tiene facultad para abstenerse de valorar un testimonio que considere sospechoso. En su lugar, debe efectuar una práctica más rigurosa del mismo y una evaluación detallada de cada una de las afirmaciones que lo compongan. En conclusión el juez, como director del proceso, debe asumir la responsabilidad de valorar bajo parámetros objetivos todas las pruebas allegadas a la investigación. Sólo puede descartar aquellas respecto de las cuales compruebe su ilegalidad o que se han allegado indebida o inoportunamente y, en todo caso, cualquiera que se haya obtenido con la vulneración del debido proceso”.*<sup>7</sup>»

En el sub examine, observa el Despacho que lo manifestado por los testigos que se tachan resultan coherente en sí mismos, sin que se evidencie intención de llevar a la convicción de determinadas situaciones en favor de los intereses de los demandantes con la cual tienen parentesco, aunado a que de acuerdo con lo señalado por el órgano de cierre de esta jurisdicción<sup>8</sup>, el solo hecho del interés con alguna de las partes del proceso en virtud del parentesco no descalifica a priori los testimonios, sino que conlleva a realizar su valoración con mayor severidad, razón por la cual la tacha planteada por la apoderada judicial de la vinculada no está llamada a prosperar.

## 6. Análisis jurídico probatorio.

<sup>6</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. C.P. Dra. Martha Sofía Sanz Tobón. Exp. Rad. 2006-02791, Actor: Tiberio Villareal Ramos.

<sup>7</sup> Corte Constitucional. Sala Novena. Sentencia T-1090 del 26 de octubre de 2005. M.P. Dra. Clara Inés Vargas Hernández.

<sup>8</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Segunda. Sentencia del 24 de julio de 2008. C.P. Dr. Jesús María Lemos Bustamante.

## 6.1. Régimen de responsabilidad aplicable.

El artículo 90 de la Constitución Política contempla la responsabilidad patrimonial del Estado por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción u omisión de las autoridades públicas, de tal manera que le asiste la obligación constitucional de resarcir todo daño que produzca, sea en forma lícita o ilícita, voluntaria o involuntaria, ya sea en la esfera contractual o extracontractual, pero ante todo que el afectado o la víctima no esté en el deber jurídico de soportarlo.

Esta responsabilidad ha sido desarrollada doctrinal y jurisprudencialmente, introduciendo distintos regímenes de imputación, entre ellos el de la falla en el servicio, que se produce con ocasión de la tardía, deficiente o no prestación del servicio o los llamados de responsabilidad objetiva, donde por el contrario de la subjetiva no impone un análisis del comportamiento del individuo, sin que ello signifique que los títulos y regímenes de responsabilidad patrimonial del Estado sean idénticos en todos los campos y todas las situaciones, puesto que en la actual práctica jurisprudencial siguen existiendo regímenes diferenciados, como lo expuso la Corte Constitucional en la sentencia C-333 de 1996.

Para que se pueda configurar la responsabilidad del Estado con ocasión de los daños antijurídicos, en principio es necesaria la presencia de tres elementos: la acción u omisión generadora del daño, el daño y la imputabilidad del mismo a la entidad del Estado.

Respecto de la prestación de servicios de salud a cargo de la Administración Pública, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha evolucionado desde el régimen inicial de la falla probada, el cambio hacia la falla presunta<sup>9</sup>, y las teorías de la carga dinámica de la prueba<sup>10/11</sup> y de la probabilidad determinante<sup>12</sup>, para regresar al régimen probatorio de la exigencia irrestricta de la prueba de la falla médica, o falla probada<sup>13</sup>. Sobre el tema se ha pronunciado la Alta Corporación en los siguientes términos<sup>14</sup>:

*“(...) 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 aquel<sup>15</sup>, 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...”*

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

<sup>11</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002.

<sup>12</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> 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.

La misma Alta Corporación en providencia del 13 de agosto de 2014<sup>16</sup>, reitera la posición 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 la víctima directa del daño es quien debe probar la falla que acusa en la atención, que la misma fue la causa del daño por el cual reclama la indemnización, y que en los casos en los que se evidencie la falta de una prueba directa de la responsabilidad, el indicio se torna en la prueba por excelencia, dado que el usuario del servicio de salud se encuentra en unas especiales condiciones 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 del nexo causal entre el acto y el daño.

Explica el Consejo de Estado que ello no implica la inversión automática de la carga de la prueba, para que quede en cabeza de la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad, toda vez que a la víctima le corresponde probar que la actuación del ente hospitalario adoleció de falta diligencia y cuidado; en tanto, a este último le compete ejercer su derecho de defensa y contradicción respecto de lo que acredite la víctima, para lo cual puede hacer uso de los medios de prueba consagrados en la Ley. Así lo ha dispuesto, el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo<sup>17</sup>:

*“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 insiste- puede lograrse a través de cualquier medio probatorio”.*

---

<sup>16</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Sentencia del 13 de agosto de 2014. C.P. Dr. Hernán Andrade Rincón. Rad. 250002326000199613075-01 (29596). Demandante: Carlos Alberto Gómez Vera y otros. Demandado: Nación – Ministerio de Salud – Instituto de los Seguros Sociales – Clínica San Rafael.

<sup>17</sup> *Ibidem*

En este caso particular, se imputa una falla en la prestación del servicio médico asistencial, en la especialidad de obstetricia, a las entidades demandadas, por la presunta deficiente atención brindada a la paciente Lina Marcela Quintero Morales durante el parto, lo que a juicio de la parte demandante, derivó en que la recién nacida, Melany Castañeda Quintero, sufriera un daño cerebral severo e irreversible. De acuerdo con lo anterior, el régimen de responsabilidad es de falla del servicio.

## **6.2. De la existencia del daño señalado en la demanda.**

El daño antijurídico sufrido por los demandantes se puede determinar en el presente asunto con la historia clínica que corresponde a Melany Castañeda Quintero. En ella se reporta como diagnóstico de ingreso a la Clínica Los Rosales como asfixia de nacimiento severa. De las notas de evolución se observa como diagnóstico encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal (págs. 46 y ss. archivo 43).

Sobre el estado de salud de la menor Melany Castañeda Quintero, la única prueba que reposa en el plenario es la declaración testimonial de la señora Blanca Nury Castro Montoya quien manifestó que necesita cuidado especial porque no puede sentarse, no llora, no habla, no come sola.

Sobre el estado neurológico de la recién nacida, el médico ginecobstetra Carlos Alberto Valencia en la pericia rendida dentro del proceso, manifestó que desconocía cual era el caso de la bebé y por tanto la severidad de las consecuencias cerebrales, además que no era su área de experticia porque corresponde a neuropediatría o neonatología.

Teniendo en cuenta los reportes de la historia clínica, el daño en el presente asunto está determinado por la hipoxia isquémica que sufrió la menor Melany Castañeda Quintero al momento de su nacimiento y que derivó en un compromiso de su estado de salud.

## **6.3. Responsabilidad de las entidades demandadas en el caso concreto.**

Debe analizar el Despacho si se configura la falla del servicio médico obstétrico prestado por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas a la señora Lina Marcela Quintero Morales durante el trabajo de parto y que a su parecer, trajo como consecuencia la lesión padecida por su hija recién nacida.

Se observa en las páginas 3 a 5 del archivo 43 que a la gestante le practicaron dos ecografías obstétricas el 19 de agosto de 2016 y el 05 de octubre de 2016 en la clínica Idime.

A la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, asiste por primera vez el 22 de octubre de 2016 a las 08:28 a.m., por urgencias de la institución hospitalaria y como motivo de la consulta la paciente Lina Marcela Quintero Morales refiere que es primigestante y rompió fuente. En las notas de la historia clínica que reposa en las páginas 2 y ss. del archivo 65 del expediente digital, se consignó:

*“Enfermedad Actual: PACIENTE DE 24 AÑOS. 0+. G1P0. CON INICIO TARDIO DE CONTROLES PRENATALES. CON EMBARAAZO DE 36 SS 5 DIAS POR ECOGRAFIA TARDIA DE LAS 27.4 SS (19/08/2016). PACIENTE QUE CONSULTA POR PERDIDA DE*

MOCO TRANSPARENTE POR VAGINA ASOCIADO A DOLOR TIPO CONTRACCION UTERINA. NIEGA PREMONITORIOS, NO SINTOMAS URINARIOS. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. ANTECEDENTES POR CARNET DE CONTROLES CPN 3HEMOCLASIFICAICON 0+AGSHB NEGATIVO.VACUNACION SIULTIMAECOGRFIA 5/10/2016: FETO UNIXCO LONG EFALICO DORSO DERECHO, PFE 2262 GR PLACENTA GRADO 1. ILA 14.21. PERCENTIL 56PRUEBA RAPIDA SIFILIS NR AGOSTO) VIH NEG AGOSTO 17IGG TOXOPLASMA POS, IGM NEGHB AGS NEGPTG 77-112-79.”

(...)

Dx. Principal: Z349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO  
Aclaración Diagnostica: PACIENTE ARO PORINICIO TARDIO DE CONTROLES PRENATALES. EN EL MOMENTO CON DILATACIOND E 3 CMM, NO SE IDENTIFICA AL EXAMEN FISICO RMO, SE EVIDENCIA MOCO, SS MONITORIA FETALFCF 140 LPM ACELRACIONES SI. DESACLERACIONES NO. MOVMIENTOS FETALES SI. ACTIVIDA UTERINA 3 EN TODO EL TRAZADO DE 30 MIN DE INTENSIDAD BAJA. PACIENTE EN EL MOMENTO EN FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO, NO RMO. BORRAMIENTO MENOR DE 50% Y DILATACION MENOR DE 4 CM. VIVE CERCA, FACIL REINGRESO. PRIMIGESTANTE. AUN SIN CRITERIOS DE INGRESO A SALA DE PARTOS. SE ORDENA RECONSULTAR EN 6 HORAS O ANTES SI PRESENTA 3 CONTRACCIONES EN 10 MIN O PERDIDA DE LIQUIDO. OTROS SIGNOS DE ALARMA.

(...)

Procedimiento: S37105 - MONITORIA FETAL ANTEPARTO, SESION

(...)

Indicaciones: SIGNOS DE ALARMA:

SE CITA A REVALORACION HOY A LAS 16+00 CONSULTAR ANTES SI:

1-

Síntomas premonitorios: dolor de cabeza, dolor en la boca del estómago, visión de luces o si escuchar pitos

2-

Dolor abdominal tipo contracción uterina: se tensiona el abdomen se va para la espalda el dolor es frecuente y de intensidad creciente con

3 contracciones en 10 min

3-

Sangrado vaginal o salida de abundante liquido transparente.

4-

Ausencia o disminución de los movimientos fetales. (ACOSTARSE DE LADO IZQUIERDO COMER ALGO DULCE: MENOS DE 10 MOVIMIENTOS EN 2 HORAS)

Como se observa de la historia clínica, el mismo día, la paciente reconsultó a las 09:17 p.m. y manifestó tener dolores.

“**Hallazgos** (...): MUCOSAS HUMEDAS, ROSADAS. ESCLERAS ANICTERICAS. OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FARINGE SIN ERITEMA, CUELLO SIN ALTERACIONES. TORAX SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. RSCRS RITMICOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MV LIMPIO. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO LLANTO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO MASAS NI MEGALIAS PALPABLES. UTERO GRAVIDO, FETO UNICO LONGITUNIDAL DORSO DERECHO. TACTO VAGINAL CUELLO CON

DILATACION DE 6 CM BORRAMIENTO DEL 90% PUÑO PERCUSION RENAL NO DOLOROSA. EXTREMIDADES SIN EDEMAS. LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG. NEURO: CONSCIENTE, ALERTA, SIN DEFICIT O FOCALIZACION. ANALISIS PACIENTE CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO SE PASA A SALA DE PARTOS

**Tipo de Diagnostico Principal:** (...)

**Dx. Principal:** Z340-SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL

**Aclaración Diagnostica:** ANALISIS PACIENTE CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO SE PASA A SALA DE PARTOS

Fecha Historia: 22/10/2016 09:56 p.m.

**Objetivo:** USUARIA DE 24 AÑOS DE EDAD PRIMIGESTANTE G1P0A0C0 QUE INGRESA A SALA DE PARTOS CAMINANDO EN COMPAÑIA DEL DR CAMILO RESTREPO ES VALORADA POR LA DRA UGUARTE QUIEN REFIERE TRANSLADAR A SALA DE PARTOS; USUARIA PALIDA, AFEBRIL, COMUNICATIVA, COLABORADORA, USUARIA QUE PRESENTA ACTIVIDAD UTERINA 2/10/+++35 SEG REFIERE ESTAR EN 6CM DE DILATACION, BORRAMIENTO DEL 80%; CON PERDIDA VAGINAL TAPON MUCOSO EN ESCASA CANTIDAD CON MEMBRANAS INTEGRAS REFIERE LA DRA DE TURNO T/A 120/70 FR 18XMIN T,36.4, FCF 135XMIN 136XMIN 138XMIN, LA DEJA EN LA SALA PARA VIGILAR TRABAJO DE PARTOS. TRAE PAPELERIA COMPLETA

**Intervención:** SE TOMA MONITOREO FETAL, SE UBICA EN LA UNIDAD TP02, SE LEEN DERECHOS Y DEBERES, SE EXPLICA VIA DE EVACUACION SE CANALIZA MSD SE ABRE EQUIPO DE MACROGOTEO SE INICIA SSN 500CC A SOSTENIMIENTO, SE EXPLICA MANERA ADECUADA PARA RESPIRAR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

Pendiente: REPORTE DE PARACLINICOS

Fecha Historia: 22/10/2016 11:30 p.m.

**Hallazgos:** PACIENTE G1P0A0, GS: O+, CON EDAD GESTACIONAL DE 36.6 SEM POR ECOGRAFIA DEL TERCER TRIMESTRE (19/08/2016 EG:27.4 SEM) QUIEN REFIERE DESDE LAS 3 PM PRESENTA DOLOR TIPO CONTRACCION UTERINA, ASOCIADO A PERDIDA DE MOCO POR VAGINA, NO HIDRORREA NO SANGRADO, CON PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS. PACIENTE CON INICIO TARDIO DE CPN, ASISTIO A 3 CPN. TRAE PARACLINICOS DEL 17/08/2016: CH: HB: 12.4, GS: O+, TOXOPLASMA IGM NO REACTIVO, AGSHB: NEGATIVO, SEROLOGIA: NO REACTIVA, VIH NEGATIVO. SV: PA: 120/70 FC:90 FR:20 T:36 SATO2: 98%. PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA ORIENTADA, PINR, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS ANICTERICAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR NORMAL SIN RUIDOS SOBREGREGADOS, ABDOMEN CON UTERO GRAVIDO AU: 33 CMS, PRESENTACION CEFALICA, LONGITUDINAL, DORSO DERECHO, FCF:140LPM, ENCAJADO, ACTIVIDAD UTERINA 2/10, INTENSIDAD: +++, DURACION 40 SEG, TV: CUELLO INTERMEDIO, D: 7 CMS, B: 90%, MEMBRANAS INTEGRAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PERFUSION < 2 SEG, SE TOMA MONITOREO FETAL CATEGORIA I, PACIENTE EN FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO, SE CONTINUA VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO.

Fecha Historia:23/10/2016 03:25 a.m.

(...)

**Evolución y Seguimiento:** PACIENTE CON ADECUADA ACTIVIDAD UTERINA PERMANECE ESTACIONARIA EN DILATACION 8 CMS, SE REALIZA AMNIOTOMIA CON SALIDA DE LIQUIDO CLARO NO FETIDO EN ESCASA CANTIDAD, SE CONTINUA VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO.

Fecha Historia:23/10/2016 08:47 a.m.

**Hallazgos:** SE PASA A MESA DE PARTOS A LAS 06: 40am NOTA DE PARTO PERIODO EXPULSIVO 55 MINUTOS, PERINE CORTO, PREVIA EPISIO MEDIA SE OBTIENE RECIEN NACIDA SEXO FEMENINO, APGAR 4 AL NACER: REQUIERE OXIGENO CON AMBU, ASPIRACION, MASAJE, CALOR LOCAL, PRESENTA CAPUT PARITAL IMPORTANTE. A LOS 10 MINUTOS APGAR 8. SE SOLICITA ATENCION RECIEN NACIDOS PARA EL BEBE. ALUMBRAMIENTO A LOS 5 MINUTOS PLACENTA SCHULTZE, NORMAL, COMPLETA. SE CORRIGE EPISIO CON CATGUT 2-0. UTERO EN INVOLUCION, SANGRADO VAGINAL ESCASO. SE TOMA MUESTRA DE SANGRE DEL CORDON PARA TAMIZAJE HIPOTIROIDISMO.

Dx. Justifica la Estancia

(...)

Dx. Principal: O809-PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION

(...)

Fecha Historia:23/10/2016 11:07 a.m.

**Observaciones.:** (...) SE SOLICITA ATENCION RECIEN NACIDOS PARA EL BEBE. ALUMBRAMIENTO A LOS 5 MINUTOS PLACENTA SCHULTZE, NORMAL, COMPLETA. DRA PROCEDE A SECAR CON COMPRESAS CALIENTES SE ASPIRA SECRECIONES SE COLOCA EN ABDOMEN DE LA MAMA LIGA CORDON PARA MUESTRA DE TSH SE ADMINISTRA EN TAMIZAJE CORRESPONDIENTE CONTINUA SECANDO A LA BEBE LUEGO SE OBSERVA MEJORIA CON BUENA RESPUESTA PASA AL PRIMER CONTACTO CON LA MADRE LUEGO SE TRASLADA A LA CUNA CALOR RADIANTE PARA CONTINUAR CON LOS CUIDADOS PROCEDE A EXTRAER LA PLACENTA SALE A LOS 10 MINUTOS SCHULZETH REALIZA REVISION COMPLETA; SE PROCEDE A REALIZAR CUIDADOS A LA RN A PESAR 2500 GRAMOS ,TALLA 45CM , PC 33PT30 CM ,SE ADMINISTRA LA VK EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ,SE REALIZA PROFILAXIS OCULAR Y UMBILICAL, LLANTO FUERTE SE VISTE , SE EXPLICA A LA MAMA CUIDADOS SE COLOCA A LA MAMA E HIJA MARQUILLAS CORESPONDIENTES , SI ELIMINA , SI MECONIO SE DEJA EN LA ENCUBADORA DE TRASLADO ; USUARIA COLABORADORA, PALIDA, AFEBRIL ,COMUNICATIVA, (...) SE EXPLICA SOBRE LA LACTANCIA QUE MEJORA EL SANGRADO VAGINAL. , SE TRASLADA EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE RN A LA SALA DE RECUPERACION DE PUERPERIO A LA MAMA Y RN. CERTIFICADO DE NACIDO VIVO 13451720-1 EN EL MOMENTO DE EGRESO EN LA AMBULANCIA SE LLEVA CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.”

Sobre la atención médica prestada a Lina Marcela Quintero Morales en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, rindió testimonio la médica Salome Hinojosa Millán, quien intervino en la atención de la paciente cuando ésta acudió a dicho hospital, el día 23 de octubre de 2016, en horas de la mañana; se transcribe lo más relevante:

*PREGUNTADA: Frente a esa primera atención, usted concluye que ella no presentaba rompimiento de fuente. CONTESTÓ: No, según la historia clínica, dice que están integras abombadas, lo cual es un signo clínico de que no hubo ruptura, tal vez parece que no hay salida de líquido según especuloscopia que es el criterio clínico para diagnosticar una ruptura y no hay. PREGUNTADA: De acuerdo con el primer contacto que usted tiene con la paciente, estaba la paciente para iniciar trabajo de parto. CONTESTÓ: Estaba en una fase latente, pero se puede demorar 18, 24 horas y según las guías vigentes a esa fecha, el trabajo de parto activo empieza a partir de los 4 centímetros...y la paciente no cumplía con eso, hay mujeres que pueden estar en eso 1 o 2 días, una semana, o como le pasó a ella, arrancar en 6 horas, por eso se le dice que esté muy alerta. PREGUNTADA: Sabe usted si a las 6 horas la paciente reconsultó. CONTESTÓ: No, se demoró más... pasaron más de 6 horas. (...) PREGUNTADA: Hizo usted monitoreo fetal según se observa en aclaración diagnóstica. CONTESTÓ: Sí. PREGUNTADA: Dígame al Despacho como encontró el feto con esa monitoria. CONTESTÓ: La frecuencia cardiaca fetal normal...acelera, o sea que es un bebé que está reactivo, donde nos habla que tiene pocos signos de asfixia, tiene movimientos fetales que son registrados por la mamá y la actividad uterina es 3 en 30, o sea que no estaba en un trabajo de parto en sí instaurado, la intensidad es baja... PREGUNTADA: En el folio 26 vuelto del cuaderno de pruebas del expediente en físico, aparece otro reporte de intervención suya como médica, corresponde a una orden de ayudas diagnósticas, según esta anotación que ordenó usted... CONTESTÓ: La monitoria que es la que se reporta ahí en la consulta, monitoria fetal anteparto. PREGUNTADA: En esa monitoria fetal es el examen indicado para establecer de cómo está el sistema respiratorio del feto, de cómo está el oxígeno. CONTESTÓ: Sí, es una ayuda diagnóstica, si una monitoria fetal está reactiva, un bebé que se mueva, un bebé que acelere es que tiene una buena integridad del eje neurológico, o sea una buena oxigenación, no es 100% fiable pero es una ayuda diagnóstica que nos permite asumir que está bien el bebé (...) PREGUNTADA: Usted no estuvo en la atención del parto de la paciente. CONTESTÓ: De la fase activa no PREGUNTADA: Cuando indica fase activa, a que se refiere CONTESTÓ: Cuando está arriba de los 6 centímetros de dilatación, cuando rompe membranas, cuando puja, cuando nace, cuando sale la placenta tampoco, estaba en el preludeo. PREGUNTADA: Usted en el diagnostico principal coloca en la historia "presentación cefálica de vértice", a que se refiere esa expresión. CONTESTÓ: Que el bebé cuando nació, nació de cabeza..., ósea que es un parto normal, un nacimiento en una presentación normal, "eutócica" el término médico. PREGUNTADA: Para hacer esa anotación en que se basó. CONTESTÓ: En las descripciones quirúrgicas que hace la que atiende el parto PREGUNTADA: Cuanto es el tiempo normal de duración de un trabajo de parto CONTESTÓ: De hecho a ella le fue dentro de los términos normales, según la guía nacional habla que una primeriza puede durar hasta 12 horas en trabajo de parto...o sea que ella estuvo en el tiempo normal, dice que es anormal hasta las 18 horas que es poco frecuente pero uno podría esperar eso también (...) PREGUNTADA: Nos puede manifestar si en la clínica Santa Mónica para la fecha de esos hechos, o sea para el 2016 existía especialista en ginecobstetricia. CONTESTÓ: Sí, en el día siempre había ginecólogo y obstetra (...) PREGUNTADA: Un médico general tiene la capacidad y los conocimientos técnicos para atender un parto CONTESTÓ: Sí. PREGUNTADA: Para la atención de un parto, es requisito indispensable que esté un ginecobstetra o puede el médico general atender un parto sin ningún inconveniente. CONTESTÓ: Está capacitado para atender un parto normal PREGUNTADA: En ese momento, el médico general debe estar asistido por un ginecobstetra. CONTESTÓ: No, en parto normal puede hacerlo solo... PREGUNTADA: Con respecto al feto, si viene en condiciones estables puede variar que en el momento del parto, se complique, se ahogue...por la misma condición del feto CONTESTÓ: Sí, de hecho*

*puede tener todo su embarazo normal, trabajo de parto normal, en el momento de que ya le toca asumir la vida extrauterina no hacerlo bien y complicarse en sus primeros minutos de vida. PREGUNTADA: Según su respuesta, esas complicaciones se dan por causa del parto o por qué otra causa pueden darse ese tipo de complicaciones en el feto. CONTESTÓ: El bebé puede nacer y algo en su anatomía no adaptarse...por más que fuera un feto perfecto y un parto perfecto PREGUNTADA: De acuerdo con su respuesta, una causa posible de afectaciones en el feto es la falta de adaptación al ambiente, independientemente de cómo se haya atendido el parto CONTESTÓ: Sí, la mala adaptación es una de las causas también.*

El médico ginecobstetra Carlos Alberto Valencia Aguirre, rindió dictamen pericial que reposa en el archivo 47 digital en el que respondió las interrogantes elevadas por la parte actora, así:

1. *¿Se siguieron todos los protocolos establecidos para el momento de la atención del parto y posterior al nacimiento de la menor Melany Castañeda Quintero?*

*Al respecto debo anotar que para la fecha de ocurrencia del parto en mención, nos regiamos por la guía práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013.*

*Una vez revisada la historia clínica y comparada con la guía, impresiona como que los procedimientos efectuados se ajustaron a los protocolos establecidos, entre otros:*

*Fue ingresada de acuerdo al protocolo, una vez se encontró en fase activa del trabajo de parto (previamente había consultado y regresó a su domicilio por no reunir las condiciones para ser ingresada).*

*Se le hizo Monitoreo Electrónico fetal al ingreso verificando bienestar fetal según reporte que consta en la historia (no se encuentra el registro).*

*Se le hizo control periódico del trabajo de parto verificando dilatación y frecuencia cardiaca fetal e ingreso 21:14 horas, a las 22:04 horas, a las 23:30 horas, a las 03:25 horas, a las 05:11 horas y finalmente a las 06:40 horas cuando es pasada a la mesa de partos.*

*Se le hizo amniotomía a las 03:25 horas al verificar que la dilatación estaba estacionada en 8, y se obtuvo líquido amniótico CLARO (indicativo de bienestar fetal).*

*No consta en ninguna de las valoraciones, que se detectara alteración del bienestar fetal el cual fue registrado por la frecuencia cardiaca fetal y/o la presencia de movimientos fetales.*

*Sin embargo, debo anotar que no encontré constancia del registro de la Frecuencia Cardiaca Fetal durante el periodo expulsivo.*

*Se advierte la audiencia de partograma. La guía recomienda el partograma del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).*

*(...)*

3. *¿Fue monitoreada la señora Lina Marcela Quintero, durante el trabajo de parto?*

*Según consta en la historia clínica, a la paciente en mención se le hizo Monitoreo Electrónico fetal al ingreso y monitoría clínica durante el trabajo de parto.*

*No hay constancia de Monitorización Electrónica Continua; al respecto la Guía estipula que “tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultación intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto”.*

5. *¿Existe partograma en la historia clínica?*

*No se encontró registro de partograma en la historia clínica.*

6. *Cual es la importancia del partograma?*

*Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo. Está diseñado para alertar sobre cualquier desviación del progreso del trabajo de parto.*

7. *¿Cuál era la especialidad que se requería para este caso?*

*La evolución del trabajo de parto no infería que la paciente requiriera una valoración especializada.*

8. *¿Qué desventajas representa para un nasciturus la prolongación de un trabajo de parto por 12 horas?*

*En el número 6 de la Sección 5 de la Guía, se estipula que “la duración de la fase activa del parto normal es variable entre las mujeres y depende. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal. En las primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas”.*

*Ateniéndonos a dicha definición, un trabajo de parto que dure 12 horas en una paciente primigestante, se considera dentro de un rango normal. En el caso que nos ocupa, el trabajo de parto en promedio fue de aproximadamente 10 horas.*

*(...)*

15. *¿Según las horas de duración del trabajo de parto de la señora Lina Marcela Quintero, requería de un especialista que la valorara?*

*De acuerdo a la Guía Práctica Clínica, la paciente en mención no excedió el tiempo que considera como normal y que hiciera imperativa una valoración especializada. (...)*

17. *¿Se pudo haber evitado el daño cerebral sufrido por la menor MELANY CASTAÑEDA QUINTERO?*

*No encontré en la Historia Clínica que tuve a mi disposición, datos que sugirieran un daño o una lesión inminente sobre el producto por nacer.*

El médico perito en la contradicción de la experticia manifestó sobre si es obligatorio o no hacer monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca fetal del bebé por nacer:

*PREGUNTADO: Está indicado en la guía del 2013 que empleó para las respuestas a este cuestionario, que durante el trabajo de parto o la expulsión, se necesite, se requiera o se indique la monitorización permanente electrónica. CONTESTÓ: No, la guía estipula que*

tanto la monitorización electrónica fetal como la auscultación auditiva intermitente son válidas y son suficientes para el control de un trabajo de parto que se observe en ese momento como normal (...) en esa época se estipulaba que la monitorización podía ser continua como intermitente tanto clínica como electrónica. PREGUNTADO: Las anotaciones que usted encuentra en la historia clínica y la ausencia de registro de monitoreo electrónico fetal da para concluir que la verificación cardiaca fetal se hizo a través del otro mecanismo al que usted se ha referido. CONTESTÓ: Sí, según las notas que hay el médico dice cuanto tiene de fetocardia en algunos apartes dice la dilatación, cuando se estacionó en 8..., también verificó la fetocardia que siempre estaba normal y las características del líquido amniótico que eran líquido claro, que le debe dar al médico tranquilidad para continuar con el proceso (...) PREGUNTADO: En la respuesta número 4, sobre la importancia de realizar un monitoreo fetal indica que la monitorización electrónica fetal es una técnica que consiste en una monitorización continua de la frecuencia cardiaca, en este caso el hecho que esa monitorización electrónica fetal sea continua, hace determinar según la guía que sea obligatoria en la atención de cualquier parto. CONTESTÓ: No, no la determina como obligatoria, para las guías del 2013, autorizaba que fuera monitorización electrónica o una auscultación intermitente, no exigía que fuera una monitorización continua ni que tuviera que tener monitoreo electrónico fetal, en ese momento no. PREGUNTADO: En respuesta a la pregunta 15, al despacho le llama la atención que usted reitera que no encuentra constancia del registro de frecuencia cardiaca fetal durante el periodo expulsivo, por favor indíqueme al despacho si el seguimiento a la frecuencia cardiaca fetal durante el periodo expulsivo, está indicada en la guía del 2013. CONTESTÓ: Sí, la guía del expulsivo dice que hay que estar pendientes de la fetocardia realizando controles por lo menos cada de 5 a 15 minutos y realizar la valoración de la fetocardia después de la contracción durante por lo menos 60 segundos, eso es lo que dice la guía es lo que normalmente se hace en el trabajo de parto y es lo que no consta en este caso. PREGUNTADO: Refiriéndonos solo a la fase del expulsivo, que ventajas representa para la persona por nacer la toma de la frecuencia cardiaca. CONTESTÓ: Es muy importante porque uno verifica que la frecuencia cardiaca está normal porque durante el expulsivo ocasionalmente pueden producirse disminuciones en la frecuencia cardiaca fetal...lo que no se tiene en el expulsivo es el monitor porque es muy engorroso y estorba, se opta por la auscultación de la frecuencia cardiaca con un aparato pequeñito que es manual que se llama un dopler (...) PREGUNTADO: Durante la expulsión está indicado en la guía del 2013 cómo debe tomársele la frecuencia cardiaca al feto. CONTESTÓ: Dice que por lo menos cada 15 minutos. PREGUNTADO: Debe quedar registrado ese seguimiento durante la expulsión. CONTESTÓ: Está recomendado hacer algún registro, lo que pasa es que hacerlo cada 5 minutos puede ser inconveniente porque uno está enguantado atendiendo el parto, pero por lo menos auscultarlo y hacer el registro de que se auscultó PREGUNTADO: En la anotación que usted se ha referido anteriormente, que es la única anotación después del proceso de expulsión, en esa anotación encontró usted alguna referencia sobre el seguimiento a la frecuencia cardiaca del feto. CONTESTÓ: No, señor Juez no dice, no habla de eso.

El médico especialista también se refirió al partograma y la necesidad del mismo durante la fase latente de un parto:

“PREGUNTADO: Un partograma realizado en tiempo de qué manera puede aumentar las posibilidades de sobrevivida de un paciente o impedir el deterioro de sus condiciones de salud. CONTESTÓ: El partograma es un método desarrollado para evitar alteraciones al momento de nacer, para evitar desenlaces adversos neonatales, el seguimiento adecuado

*de un partograma permite tomar decisiones anticipadas en el caso de que haya una alteración, la respuesta es que definitivamente el partograma es importante y permite adelantarse a posibles complicaciones cuando las hay si las hubiera PREGUNTADO: La existencia de partograma permite mejorar las posibilidades de sobrevivida del recién nacido o que no se presente de afectación a su salud. CONTESTÓ: El partograma per se no porque... es solamente una herramienta, lo que es importante son las conductas que adopte el médico que está controlando el trabajo de parto y si encuentra en ese partograma alteraciones que le permitan inferir un riesgo latente. PREGUNTADO: La guía recomienda que se haga partograma en cada uno de los procedimientos de atención de parto. CONTESTÓ: Si, la guía recomienda que cada paciente tenga su partograma...en este caso, no la encontré en la historia. PREGUNTADO: Existen algunos signos clínicos o existen algunas otras alternativas en cuanto a la valoración clínica, signos, síntomas que permitan al médico hacer este seguimiento y verificar la evolución del trabajo de parto CONTESTÓ: Claro sí, por supuesto, cuando uno no dispone de partograma, lo ideal es tenerlo pero si no lo tiene, se hace la verificación clínica, valorar signos vitales maternos, signos vitales fetales, sobre todo la fetocardia y por medio de tacto vaginal uno verifica que tanto está dilatando y que tanto está descendiendo...así si uno no grafica pero si está haciendo la valoración clínica mediante tacto vaginal y la auscultación de la fetocardia y valorando el líquido cuando corresponde PREGUNTADO: Si no se realiza esta representación gráfica de la valoración clínica se está incurriendo en alguna negligencia o impericia del médico o impericia podría ser la no realización de la valoración clínica. CONTESTÓ: No, impericia tal vez sería no realizar la valoración clínica, el partograma es una recomendación, no es una exigencia que todas las historias tienen que tener un partograma... PREGUNTADO: El partograma está indicado o recomendado durante todas las fases de atención del parto. CONTESTÓ: No, es solamente durante el trabajo de parto en la fase activa. PREGUNTADO: Eso incluye la expulsión. CONTESTÓ: No, cuando termina la fase activa se pasa la paciente a la mesa de partos y ya no se continua más el partograma, solamente en la fase activa.”*

En la contradicción del dictamen, el perito se refirió también acerca del estado de salud de la gestante y del bebé y si, de acuerdo a las condiciones que presentaba el día 22 de octubre de 2016, era necesario su remisión a un nivel de atención de mayor complejidad. También se refirió sobre los recursos humanos con los que cuenta la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas:

*“PREGUNTADO: De acuerdo con la sintomatología de la paciente, se trataba de un trabajo de parto que debía ser atendido o necesitaba una atención especial ese parto respecto de la historia que usted analizó. CONTESTÓ: La paciente llegó en condiciones muy favorables para un trabajo de parto absolutamente normal, si bien empezó controles tardíamente, tenía todo, los infecciosos, la hemoglobina...todo parecía bastante normal, bastante satisfactorio para un trabajo de parto normal, la paciente evolucionó satisfactoriamente...hasta que llegó el momento del parto, y el momento del parto, las valoraciones y notas que tiene, son totalmente normales, las de evolución y las de frecuencia cardíaca fetal, todo parecía satisfactorio para continuar el trabajo de parto normal. PREGUNTADO: Para ese trabajo de parto, no se requería una atención especializada a la paciente diferente a la que pudiera tener cualquier paciente en un parto normal. CONTESTÓ: No, no encontré en ningún momento que había que remitirla o solicitar una valoración porque todo fue adecuado, el único inconveniente que se presentó fue la estacionada en 8 un rato, pero que se solucionó cuando se le hizo la amniotomía, es amniotomía permite que el trabajo de parto continúe, que sea más efectivo...hasta el*

*momento expulsivo, todo transcurría normalmente, no indicaba necesidad de un especialista. PREGUNTADO: De acuerdo con la revisión que usted hizo de la historia clínica, la primigestante en algún requirió remisión a un mayor nivel de complejidad que tenía en ese momento el Hospital Santa Mónica CONTESTÓ: El único factor que podría llegar a haber sido motivo de remisión era el hecho de ser un prematuro límite porque le faltaba un día para cumplir el término...la paciente ingresó con un trabajo de parto muy normal, por un día uno podría omitir esa remisión. PREGUNTADO: El Hospital Santa Mónica de acuerdo con lo que usted revisó, contó con el personal necesario para atender un parto normal. CONTESTÓ: Sí, el Hospital Santa Mónica siempre ha atendido partos normales...lo que no tengo claro es si en horas de la noche disponen del recurso humano especializado, en el día hay ginecólogo... es un segundo nivel, desconozco si en el transcurso de la noche disponen de recurso humano ...a pesar de ser segundo nivel si no tenía el recurso humano, la paciente pudiese haberse remitido si hubiese sido necesario, pero revisando la historia no encontré que la paciente necesitara o requiriera que la trasladaran a un nivel superior, que sería un nivel 3...el Hospital Santa Mónica tiene un nivel 2, sería de mediana complejidad (...) PREGUNTADO: Usted encontró en la historia clínica elementos de juicio que le permitieran indicar que el procedimiento luego del alumbramiento era de remisión del bebé a un nivel de mayor complejidad. CONTESTÓ: No, señor juez las notas hasta el momento que se traslada la paciente a la mesa del parto, todo estaba normal nada predecía insinuaba o nada infería que la paciente requiriera una valoración especializada o una remisión (...) PREGUNTADO: Dentro de la historia clínica que usted revisó evidenció condición, algún signo o síntoma clínico que permitiera concluir la existencia de sufrimiento fetal o estado fetal insatisfactorio. CONTESTÓ: Ese estado fetal insatisfactorio está dado por varias cosas, pero lo más importante, lo que uno ve es meconio en el líquido o bradicardia fetal y ninguna de las dos condiciones se presentó en lo que yo pude ver en la historia clínica PREGUNTADO: La gestante tuvo algún tipo de ruptura de membranas o alguna situación que complicara el parto en su fase expulsiva o en el alumbramiento. CONTESTÓ: El expulsivo es cuando se traslada a la mesa de parto y el alumbramiento es después de que el bebé nace para la expulsión de la placenta, la paciente durante la fase activa del trabajo de parto estaba progresando con membranas íntegras, hay una nota que dice que se estacionó un ratito, se estacionó significa que debía haber seguido aumentando la dilatación, pero no progresó y le hicieron amniotomía que es una ruptura artificial de las membranas que es una maniobra controlada, se le hizo amniotomía primero porque se le ayuda a un parto que está detenido que se reanude y segundo porque permite la valoración de las características del líquido amniótico que le dice a uno si un bebé tiene riesgo o no, es apaciente no presentó ruptura espontánea sino que fue una maniobra controlada y que el líquido reportado fue claro, lo que daba mayor tranquilidad a continuar con el proceso (...) PREGUNTADO: En el caso puntual, la paciente no tenía factores de riesgo para ser ordenada su remisión y en consecuencia ordenar la atención del parto en un nivel superior de complejidad. CONTESTÓ: En el momento en que la paciente ingresó no tenía factores de riesgo para remitir, lo único que le faltaba un día para el término pero un día no representa mayor riesgo...no era una cuestión ominosa y de hecho no tenía otros factores de riesgo...a pesar de que tenía pocos controles, se hizo el tamizaje completo y estaba normal..."*

En el mismo sentido, se refirió sobre cuales instituciones hospitalarias y el tipo de profesionales de la medicina son los encargados de la atención de los partos de las pacientes, así como el proceso de remisión a un mayor nivel de complejidad:

*“PREGUNTADO: Hay unas etapas que son la fase latente, la fase del expulsivo y una atención posterior al nacimiento, cual es la especialidad que se requiere para cada una de esas fases o el médico tratante. CONTESTÓ: Las fases son fase latente, la fase activa y el expulsivo...la fase latente la mayoría de las veces la paciente no está hospitalizada todavía, las pacientes ingresan cuando entran en fase activa, las demás fases las atiende el mismo médico, es un médico que atiende todo el trabajo de parto y el parto, normalmente la mayoría de las salas de partos de hospitales no universitarios o clínicas son manejados por médicos generales, que están entrenados, que son avezados, que tienen mucha experiencia en el trabajo de parto, en la atención de los partos y ante la mínima alteración, llaman al especialista para que los valore, pero no necesariamente tiene que ser un especialista, muchas veces son los médicos generales que atienden los partos en la mayoría de las clínicas, pero son médicos entrenados y con mucha experiencia*

*PREGUNTADO: La atención inicial de urgencias o por consulta externa, la hace un personal, durante el expulsivo lo hace otro tipo de personal o el mismo y en caso de que la criatura tenga sintomatología, cuáles serían las especialidades que se involucran en cada etapa. CONTESTÓ: En consulta externa los pacientes acuden a control prenatal, los controles prenatales pueden ser absolutamente normales o tener alteraciones, cuando las pacientes tienen alteraciones en los embarazos que normalmente están controlados por médicos generales, los remiten a alto riesgo, el alto riesgo es manejado por ginecólogos, alto riesgo no necesariamente implica un peligro real o inminente pero se les denomina alto riesgo porque son pacientes que requieren un cuidado especial en determinadas situaciones...en general los controles prenatales que hacen los ginecólogos son los de alto riesgo obstétrico, cuando la paciente ingresa a trabajo de parto, generalmente los que hacen las consultas en las clínicas en los hospitales, son los médicos generales, un médico general ingresa la paciente, determina las condiciones de la paciente, las condiciones fetales, determina si la paciente tiene algún riesgo adicional, si la paciente tiene un riesgo especial, por decir tiene cesárea previa o un paciente que está en transversa o un sujeto muy grande o que tiene una diabetes gestacional, entonces estas pacientes muchas veces requieren de una cesárea de urgencia, los médicos generales al ingreso valoran esos riesgos y definen eso, si la paciente no tiene un riesgo mayor se ingresa para el control de trabajo de parto y esos trabajos de parto los controla generalmente también médicos generales en las unidades son médicos entrenados y que tienen experiencia en la atención del trabajo de parto y del expulsivo y del alumbramiento, si durante el trabajo de parto el médico que está controlando la paciente detecta una alteración o anomalía con la paciente o el bebé, ya toma la decisión de remitir la paciente o de solicitar que el ginecólogo de turno la valore para tomar decisiones pertinentes; una vez que el bebé nace el que lo atiende es un neonatólogo...PREGUNTADO: Un parto debe atenderse necesariamente en una institución de tercer o cuarto nivel de complejidad o puede ser perfectamente atendido en un primer o segundo nivel de complejidad en términos generales. CONTESTÓ: En términos generales los partos son atendidos desde primer nivel inclusive, el tema está en valorar el riesgo y definir que paciente se puede quedar ahí y que paciente debe remitirse tempranamente, todos los partos tienen un riesgo intrínseco...un parto normal sin complicación puede ser atendido en un nivel 1 que es lo habitual. PREGUNTADO: Debe el centro de atención debe tener las posibilidades adecuadas para hacer remisión ante una complejidad repentina. CONTESTÓ: Sí, la guía lo que implica es que las unidades deben tener las maneras de remitir, si bien no tienen que tener la ambulancia parqueada en la puerta, por lo menos tener los protocolos para la remisión.”*

Sobre el estado de salud de la hija de la paciente, expuso según lo revisado por él en la historia clínica:

*“PREGUNTADO: En la respuesta a la pregunta 14, cual fue la causa del daño cerebral que tiene la menor, usted indicó que se trata de una encefalopatía hipóxica, describa y explique esa patología. CONTESTÓ: Yo solamente transcribí la nota de la pediatra que la ingresó, la encefalopatía hipóxica es un trastorno de la oxigenación cerebral...de acuerdo a la severidad de la hipoxia, leve moderada o severa y de acuerdo a la severidad es la gravedad de las consecuencias cerebrales sobre el neonato, esa fue la nota de la doctora, esa fue la causa posible al ingreso y está por establecerse. PREGUNTADO: Encontró usted en la historia clínica aparte de esa nota de la pediatra hechos indicadores que causaren encefalopatía hipóxica y si usted tiene el conocimiento específico para responder esa pregunta. CONTESTÓ: No, señor juez las notas de los pediatras solamente hablaban de su evolución y nada más...no sabría decir más porque no conozco el caso del bebé. PREGUNTADO: El caput succedaneum se considera un trauma craneano. CONTESTÓ: No...el caput es solamente del cuero cabelludo, el cráneo y las estructuras intracraneanas no tienen afectación. PREGUNTADO: En la pregunta número 17, se pudo haber evitado el daño cerebral sufrido por la menor Melany Castañeda Quintero, por favor explíqueme al Despacho su respuesta. CONTESTÓ: Se refiere al hecho de que durante el control de trabajo de parto, el médico debe estar pendiente de muchas cosas, de los signos vitales de la madre, sobre todo lo más importante es la fetocardia, la fetocardia es vital para tomar decisiones...cuando la fetocardia se altera es un signo ominoso, tiene que tomar conductas rápidamente porque es muy peligroso, tiene alta mortalidad cuando la frecuencia cardíaca fetal empieza a alterarse sobre todo con tendencia a la desaceleración...durante el tiempo del trabajo de parto nunca hubo un signo ominoso los signos que mostraban que todo iba tranquilamente eran las fetocardias normales registradas en la historia y sobre todo el hecho de que le hicieron la amniotomía, la paciente tenía un líquido claro, que es muy tranquilizador, durante el trabajo de parto ninguna alteración ominosa como para tenerla que remitir, para pedir una cesárea de urgencia, no, en ningún momento la hubo, hago la salvedad de que en el periodo expulsivo es donde no encontré nada, la nota no es muy clara...no especifica que pasó. PREGUNTADO: En cualquier fase del periodo de parto es posible determinar el APGAR del feto. CONTESTÓ: No, es una puntuación que se hace solamente al momento de nacer, cuando el bebé nace se le hace la puntuación de apgar porque mide varias cosas, el tono fetal, la coloración, la respuesta a los estímulos, la frecuencia cardíaca fetal al momento de nacer. PREGUNTADO: De acuerdo con su respuesta, un feto que viene en todo el periodo de parto con frecuencias cardíacas dentro de rasgos normales, puede llegar a presentar un apgar bajo al momento del nacimiento. CONTESTÓ: Sí lo puede llegar a presentar no se sabe por qué, si me ha tocado pacientes que está todo normal y al momento de nacer, nacen lo que llamamos deprimido, con un apgar bajo, se recuperan la mayoría de las veces (...) PREGUNTADO: Sabe usted o alcanzó a leer alguna parte de la historia clínica de Melany. CONTESTÓ: No es mi área... PREGUNTADO: En esa revisión ligera que hizo sobre la historia clínica de la recién nacida, usted evidenció que tuviera alguna condición o situación anormal en los primeros días de nacida. CONTESTÓ: La verdad solo le puedo decir lo que leí pero sus implicaciones hacen parte de neuropediatría, neonatología (...) más de ahí no sé qué más habrá pasado...PREGUNTADO: Todo embarazo normal lleva como consecuencia necesaria, cien por ciento, el nacimiento de un niño sano. CONTESTÓ: No, todos los partos, los trabajos de partos, los nacimientos inclusive los puerperios, tienen un riesgo intrínseco independientemente del riesgo real calculado porque son imprevisibles...”*

En el caso particular, la parte demandante centra su imputación en la existencia de una falla en el servicio médico prestado a la primigestante Lina Marcela Quintero Morales durante todo el proceso de parto, el cual, según lo anotado en la historia clínica, duró

12 horas y la expulsión del bebé duró más de dos horas y ni en la atención inicial ni durante la expulsión, se realizó monitoreo para verificar la variabilidad y frecuencia cardiaca del feto porque la institución no contaba con equipo de monitorización, instrumento que resultaba indispensable para prestar este servicio médico. También imputa falla en la prestación del servicio médico porque a su juicio, no se evidenció la realización de un partograma para evaluar el parto.

En primera instancia debe el despacho determinar entonces si se configura una omisión de la entidad demandada al no haber realizado un monitoreo de la frecuencia cardiaca del feto por no contar con un equipo de monitorización.

Al respecto, se demostró con la historia clínica aportada de la atención recibida por la señora Lina Marcela Quintero Morales el día 22 de octubre de 2016 y con el testimonio de la médica Salomé Hinojosa Millán quien prestó atención a la paciente cuando ingresó al Hospital Santa Mónica de Dosquebradas en horas de la mañana, que se le realizó monitorio fetal electrónico y cuyo resultado fue normal, porque la médica encontró frecuencia cardiaca fetal normal, es decir un bebé reactivo, de lo cual se podía decir que no presentaba signos de asfixia, monitoría que es una ayuda diagnóstica que ayuda a determinar el estado del bebé, como por ejemplo el eje neurológico, oxigenación, etc.

Ahora, si bien cuando en esa atención inicial se determinó que la paciente no estaba en fase de parto activa sino latente, porque tenía menos de cuatro centímetros de dilatación, se le indicó regresar a las cuatro de la tarde del mismo día o de regresar nuevamente si presentaba signos de alarma. Según lo consignado en la historia clínica y como lo afirmó la testigo, la paciente no regresó en ese lapso, si no a las 09:17 p.m. refiriendo dolores y después de ser atendida por los médicos de turno, se estableció que tenía seis centímetros de dilatación y, por lo tanto, estaba en fase de parto activa, de ahí que se ordenó su paso a la sala de partos donde era controlado el parto por parto de los médicos.

En este punto es importante remitirse al experticio rendido en el proceso por el médico ginecobstetra Carlos Alberto Valencia Aguirre y en su contradicción, acorde con lo cual, para la época de los hechos se debía aplicar la guía de práctica clínica del año 2013, la cual indica que el monitoreo fetal puede hacerse a través de monitorización electrónica o clínica, consistente en auscultación auditiva, monitorización que podía ser continua como intermitente, es decir que la guía aplicable permite las dos formas y en el caso bajo estudio. El perito verificó de las anotaciones de la historia clínica de la paciente, que efectivamente en la atención inicial se realizó la monitorización fetal electrónica y durante la etapa de fase activa del parto se realizó monitorización de la fetocardia de manera intermitente, porque cuando se le hacía control periódico de trabajo de parto verificando dilatación también hay registro de la frecuencia cardiaca fetal, y al respecto precisó que la guía aplicable para la fecha no establecía como obligatoria la monitorización electrónica.

De la prueba analizada se concluye que no era obligatoria para la institución hospitalaria demandada que realizara durante el trabajo de parto monitorización electrónica con equipos, pues bastaba con hacerla de manera clínica, como procedieron los médicos que atendieron el parto de la paciente, de manera que no hay una omisión en este sentido.

Por otra parte, si bien el perito manifestó que durante el periodo expulsivo no había registro o constancia del monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, no hay ninguna prueba o indicio del cual se pueda establecer que haya sido la causa de la hipoxia neonatal padecida por la recién nacida; como lo mencionó el mismo especialista, todo embarazo incluso si ha sido en condiciones normales conllevan un riesgo intrínseco durante el trabajo de parto; es importante mencionar que la bebé nació con un apgar bajo en escala de 4, pero se desconoce el motivo por el cual al momento de nacer presentó esta situación, ya que, puede ocurrir incluso en los partos que transcurren en condiciones de normalidad. El perito al ser interrogado si era posible evitar el daño cerebral sufrido por la menor Melany Castañeda Quintero expresó que no había encontrado daños o lesión inminente del nasciturus, y en la audiencia de contradicción reiteró que durante el control de trabajo de parto de la paciente nunca hubo un signo ominoso ni ninguna alteración que indicara o pronosticara una lesión de quien iba a nacer.

La médica Salomé Hinojosa también manifestó que los recién nacidos podían presentar complicaciones después de nacer de un parto normal, es decir en sus primeros minutos de vida, al no adaptarse a la vida extrauterina, razones por las cuales se considera que se desconoce cuál es la causa de la patología padecida por la menor, lo que lleva a concluir que no está demostrada negligencia por parte de la atención prestada por la entidad demandada en la fase expulsiva del parto como tampoco la afirmación hecha en la demanda que un embarazo en condiciones de normalidad, debe obligatoriamente llevar a un parto exitoso y el nacimiento de un bebé sano, pues de acuerdo al criterio médico expuesto, todo embarazo y todo parto no necesariamente implica el nacimiento de un bebé en óptimas condiciones ya que este proceso siempre conlleva riesgo; de allí que sea necesario demostrar que el daño fue consecuencia de un acto médico que no cumplió con los procedimientos determinados por la lex artis y las guías o protocolos de manejo según el motivo de atención.

Se debe analizar también si la falta de partograma durante el trabajo de parto de Lina Marcela Quintero constituye una omisión por parte de los profesionales de la medicina que atendieron el parto de la paciente. El partograma como lo expresó el médico ginecobstetra Carlos Alberto Valencia, es una herramienta o representación gráfica en la que se registra el control del trabajo de parto, para medir la fetocardia, dilatación, signos maternos, etc, y según la guía, es recomendable hacerlo en los trabajos de parto solamente en su fase activa sin incluir la expulsión.

En el caso bajo estudio quedó demostrado que no se hizo partograma, no obstante, su ausencia no implica que la institución hospitalaria haya incurrido en omisión porque, como lo explicó el perito detalladamente en la contradicción del peritaje, lo importante no es la realización de esta representación gráfica, sino que se haga efectivamente el seguimiento o control del proceso de parto a través de la valoración clínica de los signos clínicos maternos y fetales, la fetocardia y dilatación a través de tacto vaginal y si se hace ésta valoración de síntomas clínicos, así no medie partograma, no se incurre en negligencia o impericia. En vista que, durante el proceso de fase activa del parto de la paciente, el personal médico efectivamente hizo esta evaluación de los signos fetales y dilatación, cuya evolución se mostró satisfactoria en el parto, se acreditó que la ausencia de partograma en la historia clínica de la gestante no deriva en una falla del servicio médico prestado.

Otra de las imputaciones que hace la parte demandante es que a pesar de la prolongación del parto de la paciente no fue valorada por ginecoobstetra, porque el Hospital Santa Mónica no contaba con la especialidad y a pesar de la ausencia de los recursos humanos y técnicos, tampoco ordenó el traslado de la gestante a una institución de mayor nivel de complejidad; frente a lo cual, es fundamental aludir nuevamente a lo demostrado con el dictamen pericial que se practicó en el proceso, del cual se destaca que la atención brindada y los procedimientos efectuados por los médicos del hospital que atendieron el parto de Lina Marcela Quintero se ajustaron a los protocolos establecidos en la guía, se realizó monitoreo fetal electrónico en atención inicial, una vez reingresó, se ingresó a la sala de partos por encontrarse en fase activa del parto, se hizo el control periódico del trabajo de parto verificando dilatación y monitorización clínica de la frecuencia cardiaca fetal, a pesar que por un momento se estacionó en dilatación de 8, se le practicó una amniotomía para que continuara dilatando y una vez entró en fase expulsiva, fue trasladada a la mesa de parto.

Se acreditó además del testimonio recepcionado y de la pericia que el trabajo de parto de la paciente no fue prolongado como lo aduce la parte actora, al contrario, se trató de un parto que duró en promedio 10 horas, por lo que se encuentra dentro del promedio normal ya que el parto de una primigestante en fase activa puede durar entre 8 y 18 horas y aunado a ello, el embarazo y el trabajo de parto en fase latente y activa transcurrió en normalidad, en condiciones totalmente satisfactorias como de manera reiterada lo expresó el perito, y no presentó ninguna alteración que indicara que debía ser remitida a un nivel de mayor complejidad para la atención del parto, teniendo en cuenta que la paciente no tenía ningún factor de riesgo y durante el seguimiento del parto, se evidenció por parte de los médicos que su evaluación era satisfactoria, el líquido amniótico era claro, no había signos de bradicardia fetal, lo que sugería que se podía continuar con el proceso sin ser remitida a otro nivel de atención o que debía ser valorada por un ginecólogo o ginecoobstetra. Así que, el hecho de no haber sido ordenada su remisión a otra institución de mayor nivel de complejidad no configura una omisión por parte del personal médico del Hospital Santa Mónica, en tanto que el parto transcurrió en condiciones de normalidad, sin que se presentase imprevistos que ameritaran remisión.

A juicio de la parte actora, la omisión en la que incurrió la parte demandada también implica el hecho de que el parto de la paciente no fue atendido por ginecólogo u obstetra; imputación que fue desvirtuada en el proceso habida cuenta que, acorde con el dictamen allegado al expediente, de manera general, quienes atienden los partos durante la fase activa son los médicos generales que tienen experiencia en el área y no es obligatoria o necesaria la presencia de un ginecólogo u obstetra; refirió que los médicos generales hacen la valoración de la paciente y determinan si presenta algún riesgo especial que requiera de atención especializada, o si durante el mismo se presenta una alteración que necesite de ser valorada por estos especialistas, pero si no es el caso, son los médicos generales los que controlan y atienden el trabajo de parto en la fase activa, en el expulsivo y el alumbramiento, como fue el caso bajo estudio ya que según el perito, la paciente pese a que había empezado controles prenatales tardíos, contaba con todos los exámenes y tamizaje con buen resultado y durante el trabajo de parto presentaba condiciones de normalidad, con evolución satisfactoria, por lo que no requería de atención médica especializada diferente a la brindada por médicos generales y de la misma manera, el perito indicó que el Hospital Santa Mónica

contaba con los recursos necesarios para la atención del parto porque tiene un segundo nivel de complejidad e incluso en el primer nivel de complejidad se presta dicho servicio.

Finalmente, es preciso indicar que la Resolución No. 1141 del 6 de mayo de 2013 “*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones*”, **vigente para la época de los hechos**, consagra en su anexo técnico No. 1, denominado “*MANUAL DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD*”, lo siguiente:

**“Servicio: Hospitalización obstétrica mediana y alta complejidad**

<b>Hospitalización obstétrica mediana y alta complejidad</b>	
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>
<b>Talento Humano</b>	<i>Cuenta con médico especialista en obstetricia presencial quien lidera la atención y pediatra de disponibilidad para mediana y alta complejidad. El control hospitalario puede ser realizado por médico general quien deberá ser permanente en el servicio</i>

De conformidad con el anterior manual, para prestar el servicio obstétrico de mediana complejidad, según su nivel de atención (II), al Hospital Santa Mónica le es exigible contar con médico general, enfermera profesional permanente y especialista en obstetricia, presencial, sin que se indique un número mínimo de galenos especialistas con que se debe contar ni que el obstetra deba estar de manera permanente.

En lo que se refiere a la omisión alegada por los demandantes que se configuró por la remisión tardía de la recién nacida por falta de un vehículo, producto de la cual sufrió un daño cerebral severo e irreversible, tampoco se demostró su incidencia en el daño imputado. Acorde con lo anotado en la historia clínica, luego de secar a la bebé se observó mejoría con buena respuesta, se trasladó a cuna de calor radiante para continuar con cuidados, luego a la incubadora de traslado, para ser trasladada a la Clínica Los Rosales, donde recibió atención médica; sin embargo, se echa de menos prueba alguna aportada de la parte demandante que el lapso que pasó entre el nacimiento de la hija de la paciente y su traslado a una clínica de mayor nivel de complejidad haya tenido incidencia alguna en el daño cerebral que aduce la parte demandante padece la menor.

En un caso de falla médica obstétrica, el Consejo de Estado<sup>18</sup> en reciente jurisprudencia consideró que la parte demandante debe acreditar el nexo de causalidad entre la atención médica brindada y la patología padecida por el recién nacido, así:

*“(…) Del mismo modo, la conclusión de la perito en su dictamen fue clara al indicar que, si bien se presentaron demoras en la atención de la madre en el parto, esa falla no trajo como consecuencia ninguna afectación a la salud de los pacientes, tanto es así que, reiteró, no existía nexo de causalidad entre la atención y la enfermedad adquirida por el neonato.*

<sup>18</sup> CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN A. Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO. Bogotá D.C., dos (2) de julio de dos mil veintiuno (2021). Radicación número: 23001-23-31-000-2009-00298-01(66036).

*Como consecuencia, el hecho de que la madre hubiera presentado preeclampsia en el momento del parto y la forma en la que este se desarrolló, no exigía de las demandadas una conducta diferente a la asumida frente al cuidado del neonato, por cuanto al momento de su nacimiento su APGAR demostró que se encontraba en buen estado de salud y que este se mantuvo a lo largo de su estadía en la entidad, conclusión que descarta incluso un análisis en relación con la pérdida de oportunidad, porque la actuación de las entidades fue adecuada. (...) Así las cosas, dado que no existe una prueba que demuestre que le era exigible una actuación diferente a los médicos que atendieron al menor (...), que su estado de salud al momento de salir del Hospital San Jerónimo no era el adecuado para ser dado de alta, la Sala no encuentra acreditada la falla alegada por los actores (...)."*

En este caso particular, no se tiene evidencia de cuál fue la causa de la complicación sufrida por la recién nacida que dio origen al diagnóstico de encefalopatía hipóxico isquémica y la parte actora no demostró el nexo de causalidad entre esta patología y la prestación del servicio obstétrico durante el trabajo de parto, pues en los términos referidos por el perito ginecologista, el parto en fase activa evolucionó en parámetros esperados y satisfactorios, el único inconveniente que presentó fue que estacionó la dilatación por un momento, situación que no era grave sino que fue resuelta de manera adecuada por medio de la práctica de una amniotomía; así mismo se refirió en la experticia y su contradicción, que la entidad demandada cumplió con los protocolos establecidos para la época y no se presentó ninguna alteración que indicara afectación del bienestar fetal y por lo demás, no era obligatorio la atención del parto por parte de especialista diferente al médico general y la paciente tampoco cumplía ningún criterio para ser remitida a otra institución de tercer nivel, por las razones anotadas.

En conclusión, en el presente caso, estima el Despacho que no está acreditada la existencia de una falla en el servicio médico obstétrico de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas en la atención del parto de la señora Lina Marcela Quintero Morales, pues si bien el embarazo se desarrolló en condiciones de normalidad, la complicación que presentó al nacer la menor Melany Catañeda no resultaba previsible o prevenible por los médicos que participaron en la atención, pues durante todo este proceso, el mismo se desarrolló con parámetros de normalidad, la materna estuvo monitoreada continuamente y no se estableció un estado fetal no tranquilizante en ninguna etapa, logrando el nacimiento de la bebé y actuando de manera ágil, para su correspondiente traslado a neonatos en un hospital de mayor nivel de complejidad para su tratamiento.

Respecto de la Nueva EPS, no se demostró que haya incurrido en omisión alguna respecto de las obligaciones que como EPS tiene con la afiliada pues no se observa negación alguna de servicios médico obstétricos que requirió durante su embarazo y su proceso de parto, no siendo posible imputar el control tardío prenatal de la paciente sino a una conducta de la madre demandante.

De acuerdo con lo expuesto no hay lugar a acceder a las pretensiones de la demanda al no haberse demostrado falta de diligencia y cuidado de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas en la atención médica brindada durante el parto de Lina Marcela Quintero Morales.

## 7. Costas.

En cuanto a la condena en costas, se advierte que el Consejo de Estado en sentencia reciente<sup>19</sup> reiteró el criterio expuesto en otras providencias<sup>20</sup>, precisando que el artículo 188 del C.P.A.C.A. atribuye al juez la facultad de disponer sobre tal condena, para lo cual considera necesario efectuar un análisis de las distintas circunstancias suscitadas al interior del trámite procesal, entre ellas la conducta de las partes y su comprobada causación, lo que resulta conforme a las previsiones del artículo 365 del Código General del Proceso, aduciendo además que así se descarta “*una apreciación objetiva que simplemente consulte quien resulte vencido para que le sean impuestas*”.

En ese orden de ideas, considera el Despacho que en el presente asunto no hay lugar a condenar en costas a la parte demandante vencida, por cuanto no se encuentra acreditada su causación y su conducta procesal no tipifica los presupuestos para su imposición.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Pereira, administrando justicia en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la ley,

## V. FALLA

1. **DECLARAR** no probadas las excepciones formuladas por las entidades demandadas, de conformidad con lo señalado en la parte motiva de esta providencia.
2. **NEGAR** las pretensiones de la demanda.
3. Sin condena en costas, por lo considerado.
4. Por Secretaría, expídanse a costa de la parte interesada las copias correspondientes, con observancia de lo estipulado en el artículo 114 del C.G.P.
5. Una vez ejecutoriada esta providencia, archívense las diligencias, sin perjuicio de lo establecido en la Circular DEAJC 19-43 del 11 de junio de 2019.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**WALTER MAURICIO ZULUAGA MEJÍA**  
Juez

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

<sup>19</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Segunda. Subsección B. Sentencia del 29 de enero de 2019. C.P. Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez. Exp. Rad. 76001233300020130066801.

<sup>20</sup> Sentencia del 19 de enero de 2015. No. Interno 4583-2013. C.P. Dr. Gustavo Eduardo Gómez Aranguren; Sentencia del 16 de julio de 2015. No. Interno 4044-2013. C.P. (E) Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez.