Señora:
JUEZ SÉPTIMA (7) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN.
POPAYÁN - CAUCA.

PROCESO: DEMANDA CONTENCIOSA ADMINISTRATIVA DE REPARACIÓN DIRECTA.

REFERENCIA: RECURSO DE APELACIÓN CONTRA LA SENTENCIA No. 017 DEL 12 DE FEBRERO DE 2025.

DEMANDANTE: MARIA MELINA COLLAZOS RIVERA Y OTROS.

DEMANDADOS: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN Y OTROS.

RADICACIÓN: 190013333007-2018-00048-00.

YULIETH ANDREA HERNANDEZ ROJAS, mayor de edad y vecina de Cali (V), identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.107.047.326 de Cali (V), abogada inscrita y en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 218.009 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de la parte **DEMANDANTE** dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito respetuosamente concurro a su Digno Despacho de conformidad a los Arts. 243 y 247 del CPACA, para interponer **RECURSO DE APELACIÓN** contra la sentencia No. 017 del 12 de febrero de 2025, que negó las pretensiones de la demanda, lo cual sustento de la siguiente forma:

1.- LOS HECHOS EN QUE SE FUNDAMENTÓ LA DEMANDA SON:

PRIMERO: *La Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA,*** *mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 34.475.115 de Sotara (Cauca), y el Señor* ***ROSENDO CHAVES GUERRERO,*** *mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 4.771.249 de Sotara (Cauca) llevan más de Diez (10) años conviviendo bajo el mismo techo en unión marital de hecho.*

SEGUNDO: *De la convivencia entre* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *y* ***ROSENDO CHAVES GUERRERO*** *se procrearon los siguientes hijos:* ***ROBINSON MAURICIO CHAVES COLLAZOS, SERGIO MANUEL CHAVES COLLAZOS, DIANA SOFÍA CHAVES COLLAZOS, NELSON DARIO CHAVES COLLAZOS*** *y* ***VANESSA ALEJANDRA CHAVES COLLAZOS****.*

TERCERO: *De la relación sentimental entre los señores* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *y* ***ROSENDO CHAVES GUERRERO,*** *la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *nuevamente quedo en embarazo, dándose cuenta*

a comienzos de enero del año 2015, iniciado así con los controles prenatales de rigor, por medio de su EPS CAPRECOM e IPS correspondiente.

CUARTO: *El Jueves 16 de abril de 2015 a la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *le realizaron una imagen por ultrasonido fetal – Ecografía Obstétrica de Segundo y Tercer Trimestre Nivel I con el Dr. Javier Pérez Puerta, cuyo examen e imágenes adjunto.*

QUINTO: *En la* ***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2*** *de Rosas – Cauca con fecha del 11 de abril de 2015 el Dr. Chistian Ordoñez López le recetó a la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *Sulfato Ferroso de 300 Mg, Ácido Fólico de 1 Gr y Carbonato Calcio de 400 Mg con el código de diagnóstico de embarazo.*

SEXTO: *En la* ***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2*** *de Rosas – Cauca con fecha del 02 de mayo de 2015 el Dr. Chistian Ordoñez López le recetó a la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *Metronidazol Óvulos de 500 Mg y Cefalexina de 500 Mg con el código de diagnóstico Vaginosis Bacteriana – Bacteriuria Asintomática.*

SÉPTIMO: *En la* ***CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.****, el Dr. Fernando López el día 15 de mayo de 2015 mediante formula No. 62955 le formuló a la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *una medroxiprogesterona.*

OCTAVO: *La Dra. Ingris Hernández de la* ***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2*** *de Rosas – Cauca el día 20 de junio de 2015 le formula a la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *cinco exámenes de laboratorio denominados así: 19304 cuadro hemático, 19323 glicemia curva, 19886 VDRL serología, 19775 parcial de orina y Z359.*

NOVENO: *La Dra. Ingris Hernández de la* ***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2*** *de Rosas – Cauca el día 20 de junio de 2015 le formula a la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *Alfametildopa de 250 Mg con un código de diagnóstico tratamiento hipertensión en el embarazo.*

DECIMO: *El día 22 de Junio de 2015 la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *es atendida por urgencias en el* ***HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO*** *de Popayán – Cauca por el Dr. José Enrique Chagüendo García quien diagnostica Hipertensión Esencial (Primaria) y realiza las siguientes indicaciones, signos de alarma: sangrado vaginal, mira luces, escucha pitos, convulsión, no siente el bebe, dolor tipo contracción, salida de líquido por vagina, solicita Ecografía Obstétrica, perfil bofisico fetal, doppler de circulación fetoplacentaria para tomar en 15 días, y control con Ginecología alto riesgo en 15 días nivel III, teniendo en cuenta el diagnóstico y los signos de alarma de la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *al médico dar las solicitudes de exámenes y valoración médica para 15 días era mucho tiempo, tiempo que desencadenó en la muerte del que estaba por nacer, hecho fatal que ocurrió el 14 de Agosto de 2015.*

DÉCIMO PRIMERO: *El medico Dr. Henry Fernando Orozco Chandillo, identificado con la cedula de ciudadanía No. 12.128.236 y registro profesional 764969 certifica en el municipio de Popayán – Cauca, que el día 14 de agosto de 2015 ocurrió la muerte fetal de sexo masculino del hijo de la Señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA****, tal como se certifica con valga la redundancia certificado de defunción No. 71017508-3 del mismo 14 de agosto de 2015.*

DÉCIMO SEGUNDO: *Con el fallecimiento del hijo que estaba por nacer de los Señores* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *y* ***ROSENDO CHAVES GUERRERO*** *resultaron afectados moralmente y psicológicamente las siguientes personas* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA*** *y* ***ROSENDO CHAVES GUERRERO*** *en calidad de padres del que estaba por nacer, los menores de edad* ***ROBINSON MAURICIO CHAVES COLLAZOS, SERGIO MANUEL CHAVES COLLAZOS, DIANA SOFÍA CHAVES COLLAZOS, NELSON DARIO CHAVES COLLAZOS*** *y* ***VANESSA ALEJANDRA CHAVES COLLAZOS*** *en calidad de hermanos del que estaba por nacer, y* ***ÁNGELA YAZMIN FERNÁNDEZ COLLAZOS, MANUEL MARÍA CHAVES RODRÍGUEZ, FIDEL CHÁVEZ GUERRERO*** *y* ***ALQUIMEDES CHAVES GUERRERO*** *en calidad de tíos del que estaba por nacer.*

DECIMO TERCERO: *El actuar de estos profesionales de la salud, de manera negligente al no prestar la atención y utilizar los protocolos correspondientes en esta situación, con la señora* ***MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA****, le privó a su esposo, hijos y demás familiares, la posibilidad de contar con ese ser tan incondicional como era para ellos su hijo, generando en cada uno de ellos un sentimiento de dolor irreparable por la pérdida inesperada del que estaba por nacer.*

DECIMO CUARTO: *Con fecha del 10 de agosto de 2017 se solicitó ante el Procurador Judicial II para los Tribunales Administrativos, audiencia de conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad para acudir ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa en proceso de reparación directa.*

DECIMO TERCERO: *Por reparto le correspondió al Procurador 183 Judicial I para asuntos Administrativos, quien por auto No. 043 del 29 de agosto de 2017 inadmitió la solicitud de conciliación dando un término de cinco (05) días para subsanarla, lo cual se realizó en debida forma.*

DECIMO CUARTO: *Ante la debida subsanación el Procurador Judicial I convocó a las partes a la audiencia de conciliación para el día 28 de septiembre de 2017 a las 11:00 A.M., concurriendo a ella mis poderdantes y los representantes del* ***SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO*** *Popayán - Cauca, con NIT. 891.580.002,* ***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2*** *de Rosas – Cauca, NIT. 900.146.471-8, y la* ***CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.****, salvo CAPRECOM* ***EPS LIQUIDADO HOY FIDUPREVISORA S.A.,*** *por lo cual se dio el termino de tres días para excusarse****, suscribiéndose así la respectiva constancia de no conciliación o de conciliación fallida, quedando agotado el requisito de***

procedibilidad para acudir a la *Jurisdicción Contenciosa Administrativa en proceso de reparación directa*.

2.- LAS CONSIDERACIÓN DEL FALLO DE PRIMERA INSTANCIA SE RESUMEN ASÍ:

Luego de un análisis muy somero sobre el marco legal, el daño antijurídico y la imputación acorde con los hechos probados, arrimó al caso concreto así:

"*Conforme a lo expuesto, las pruebas que obran en el expediente no permiten concluir que la muerte del hijo que estaba por nacer de la señora MARIA MELINA COLLAZOS, haya sido producto de una falla en la prestación del servicio médico asistencial, dado que no se probó que la atención suministrada a la paciente haya sido contraria a una práctica médica idónea y oportuna, por el contrario, se probó que las entidades demandadas brindaron atención médica oportuna a la paciente…*

Se reitera que la parte actora alega una falla en el servicio al considerar que el tiempo de orden de control en quince (15) días, generado por la especialidad de ginecología en el hospital Universitario San José de Popayán el 22 de junio de 2015, fue demasiado; tiempo durante el cual, se desencadenó la muerte del que estaba por nacer. Considera entonces que el control se debió ordenar de manera más pronta atendiendo las condiciones graves de hipertensión de la paciente.

Conforme a lo probado en el proceso y en especial los tiempos de control, se tiene que la paciente fue atendida el 22 de junio de 2015, en el servicio de ginecología del Hospital Universitario San José de Popayán, con diagnóstico de hipertensión esencial, se solicitó la toma de ecografía obstétrica, perfil biofísico fetal y Doppler de circulación feto placentaria y cita a control con ginecología alto riesgo en 15 días nivel III, es decir, cita de control para el 7 de julio de 2015 aproximadamente.

No obra en el expediente, prueba de asistencia de control por la especialidad de ginecología por parte de la hoy demandante, tanto así que en consulta del 29 de julio de 2015 en la ESE CENTRO 2, la paciente manifestó no haber asistido a la cita de control, por falta de recursos económicos…

En el caso en estudio la carga de la prueba imponía a los demandantes demostrar la falla en el servicio de salud alegada, teniendo en cuenta que nos encontramos en un régimen de falla probada del servicio; así que, en las etapas procesales pertinentes, la parte demandante tenía que probar el supuesto que fundamentaba sus pretensiones. Pesa a lo anterior, la parte incumplió con su carga probatoria, que, si bien es dispositiva, le correspondía realizarla, por lo que su omisión le trae consecuencias desfavorables; en este caso consiste en que no se demostró la existencia de falla en el servicio de salud.

En el presente asunto no se cuenta con los elementos de prueba que permitan establecer que las entidades demandadas, actuaron de manera defectuosa por acción u omisión, en el cumplimiento de sus funciones, y que ello generó el daño

padecido por la demandante, le correspondía a la parte demandante demostrar el desconocimiento de la lex artis ad hoc; en otros términos, la desatención a las obligaciones que emanan del conocimiento científico para el caso concreto, lo cual no hizo la parte actora de este proceso, razón por la que los pedimentos del presente medio de control, no están llamados a prosperar.

En consecuencia, esta instancia negará las pretensiones de la demanda, y dado el sentido del fallo, resulta innecesario realizar pronunciamientos adicionales al respecto."

CONSIDERACIONES.

1.- El recurso se analiza desde los siguientes puntos de vista: **I)** Elementos de la responsabilidad medica por falla del servicio, **II)** PRESIÓN ARTERIAL ALTA en el embarazo y pre eclampsia, **III)** Vaginosis Bacteriana en el embarazo, **IV)** Ayuda psicológica a paciente con muerte del que estaba por nacer, **V)** Enfoque de género y protección constitucional de la mujer gestante, **VI)** Negligencia, imprudencia e impericia en la prestación del servicio de salud, y **VII)** conclusiones.

I) ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA POR FALLA DEL SERVICIO.

La Regla General en Responsabilidad Médica.

"En principio, la mayoría de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos implican obligaciones de medio, por cuanto suele existir incertidumbre frente a los resultados, cuyos riesgos asume en cada caso el paciente que ha manifestado su consentimiento informado para el tratamiento o intervención. Esto se explica porque, en principio, los médicos actúan sobre personas que tienen alteraciones de la salud[1] *"lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda, en mayor o menor grado, inciden por sí mismos en la modificación o agravación de su estado al margen de la intervención de aquéllos"*.[2]

Por eso, en sentencia de 1994, el Consejo de Estado estableció que:

"Acerca del alcance esta obligación de medios, que consiste en otorgar al paciente atención oportuna y eficaz, la sala ha dicho que ella "obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del arte de

---

[1] Revista de Derecho Privado No. 43, Junio 2010, Facultad de Derecho, Universidad de los Andes, Responsabilidad Médica: Elementos, naturaleza y Carga de la Prueba, Dra. Carolina Deik Acosta Madiedo, p. 12.

[2] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 1º de julio de 2004. (Sentencia Número 14696); y CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 16 de agosto de 2006. Consejero Ponente: Dr. Mauricio Fajardo Gómez. (Sentencia Número 14.957).

curar son conducentes para tratar de lograr el fin deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo".[3]

La Constitución Política en lo referente a responsabilidad del Estado en su artículo 90 establece: "*El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas (…)",* norma que se encuentra instrumentalizada por el artículo 140 del CPACA que permite que *"…La persona interesada podrá demandar directamente la reparación del daño antijurídico producido por la acción u omisión de los agentes del Estado. De conformidad con el inciso anterior, el Estado responderá, entre otras, cuando la causa del daño sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquiera otra causa imputable a una entidad pública o a un particular que haya obrado siguiendo una expresa instrucción de la misma.*"

El actual sistema de responsabilidad patrimonial del Estado descansa sobre dos conceptos esenciales a saber: i) el daño antijurídico y; ii) la imputación.

Bajo este enfoque, el Honorable Consejo de Estado[4] ha enfatizado que debe primero establecerse si existió un DAÑO ANTIJURÍDICO, que se refiere al rompimiento de las cargas y beneficios republicanos del contrato social,[5] cuando la persona sufre un perjuicio y/o alteración patrimonial o extra patrimonial, que no está obligada a soportar[6] y ANTIJURIDICIDAD, con ocasión de las acciones y omisiones de las entidades estatales o sus agentes.

La IMPUTACIÓN, o sea, el juicio de que el Estado es "responsable" significa que una consecuencia indemnizatoria puede serle aplicada si comete un daño, que comprende el proceso dirigido a establecer a quién se le puede atribuir la lesión o

---

[3] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 18 de abril de 1.994. Consejero Ponente: Dr. Julio Cesar Uribe Acosta. (Sentencia Número 7973).

[4] "…el primer elemento que se debe observar en el análisis de la responsabilidad Estatal es la existencia del daño, el cual, además debe ser antijurídico, comoquiera que éste constituye un elemento necesario de la responsabilidad, de allí la máxima "sin daño no hay responsabilidad" y sólo ante su acreditación hay lugar a explorar la posibilidad de imputación del mismo al Estado. (…) <>…". Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejero Ponente: HERNÁN ANDRADE RINCÓN- Bogotá, D. C., cinco (5) de octubre de dos mil dieciséis (2016)- Radicación 68001233100020010048401 - Expediente 47.645.

[5] ROUSSEAU, Jean Jacques. El contrato social. "Encontrar una forma de asociación que defienda y proteja de toda fuerza común a la persona y a los bienes de cada asociado, y por virtud de la cual cada uno, uniéndose a todos, no obedezca sino a sí mismo y quede tan libre como antes." Tal es el problema fundamental, al cual da solución el Contrato social. (…) Estas cláusulas, debidamente entendidas, se reducen todas a una sola, a saber: la enajenación total de cada asociado con todos sus derechos a toda la humanidad; porque, en primer lugar, dándose cada uno por entero, la condición es la misma para todos, y siendo la condición igual para todos, nadie tiene interés en hacerla onerosa a los demás.(...) En fin, dándose cada cual a todos, no se da a nadie, y como no hay un asociado, sobre quien no se adquiera el mismo derecho que se le concede sobre sí, se gana el equivalente de todo lo que se pierde y más fuerza para conservar lo que se tiene.

[6] La Corte Constitucional ha precisado que: "(…) la antijuridicidad del perjuicio no depende de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración sino de la no soportabilidad del daño por parte de la víctima.(…) De otra lado, la concepción del daño antijurídico a partir de la consideración de que quien lo sufre no está obligado a soportarlo constituye otra forma de plantear el principio constitucional según el cual, la igualdad frente a las cargas públicas es sustento de la actividad de la administración pública. (…) CORTE CONSTITUCIONAL, sentencia C-254 de 2003.

afectación que aquél representa, o sea, determinar el título que permita su atribución a una autoridad pública.

Para el primer elemento de la responsabilidad médica, es decir, el daño antijurídico, bien acertado lo tuvo el Juez de Primera Instancia cuando al respecto dijo "*La parte demandante alega como daño, la muerte del hijo que estaba por nacer de la señora María Melina Collazos Rivera…Así las cosas, se encuentra acreditado el daño alegado; y, en consecuencia, se debe determinar el Despacho si resulta imputable a las entidades demandas*"

Bien resultó estimado el concepto de imputación por el Despacho de Primera Instancia al decir "*La imputabilidad es la atribución jurídica que se le hace a la entidad pública del daño antijurídico padecido y por el que en principio estaría en la obligación de responder, bajo cualquiera de los títulos de imputación de los regímenes de responsabilidad; esto es, del subjetivo (falla en el servicio) u objetivo (riesgo excepcional y daño especial).*

En el presente asunto, la parte demandante manifiesta la existencia de una falla en la prestación del servicio médico asistencial, al considerar que la asistencia médica a la paciente María Melina Collazos fue negligente; refiere que al ser una paciente en estado de embarazo de alto riesgo y presentar hipertensión crónica, no le fueron aplicados los protocolos médicos de manera correcta, destacando que en atención del 22 de junio de 2015 fue citada a control de quince (15) días, tiempo prolongado durante el cual, falleció el feto

En el presente asunto, al demandar una responsabilidad médico asistencial del Estado, el título de imputación aplicable es la falla probada del servicio, teniendo el demandante que demostrar el daño y la falla por omisión o una acción negligente o irregular de la entidad y el nexo de causalidad, debe demostrar que la falla médica es la causa eficiente del daño sufrido.

Por otra parte, puede la parte demandada acreditar la diligencia y cuidado en su actuar, para exonerarse de responsabilidad, o que el daño sobrevino como consecuencia de una causa externa, como la culpa de la victima o el hecho de un tercero, o que fue el desenlace natural de la patología del paciente"

Es en el contenido obligacional vulnerado donde se enfocará la apelación. Para principiar analicemos los diagnósticos médicos constantes de la señora María Melina Collazos Rivera.

- De las atenciones en salud en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO 2 a la señora MARIA MELINA COLLAZOS para el año 2015:

02/05/2015
Diagnóstico: … (ii) embarazo de alto riesgo por multiparidad, (iii) vaginosis bacteriana.

15/05/2015
Triage urgencias
MC: traída de consulta externa por cifras de presiones elevadas.
Diagnóstico: trastorno hipertensivo en el embarazo.

20/06/2015
Solicitud remisión ESE CENTRO ROSAS
Anamnesis y antecedentes: Paciente quien es traída de consulta externa con cifras tensionales elevadas 200/100…

Paciente con historia clínica ginecológica del H. san José que evidencia dx de hipertensión crónica. Se le ordenó manejo con alfametildopa 250 mg c/8 horas. La paciente refiere que nunca se inició el tratamiento porque la EPS no le entregó el medicamento…

Diagnostico:
1. Pre eclampsia severa vs hipertensión crónica
Nota: Paciente actualmente en tratamiento antihipertensivo con alfametildopa tab cada 8 horas ordenado por el médico especialista ginecólogo, paciente refiere que la EPS no le está entregando el medicamento por tal motivo le toca comprarlo.

Triage urgencias
Diagnóstico: pre eclampsia
Paciente en consulta externa con tensión elevada en 200/100…

Diagnóstico: …(ii) pre eclampsia severa…

09/07/2015
Diagnóstico: …(iii)HTA crónica en el embarazo.

29/07/2015
Diagnostico: … HTA crónico

Nota: paciente no ha ido a control con ginecólogo por motivos personales (económicos) así lo refiere. Paciente refiere que la EPS no le está entregando el medicamente (alfametildopa tab) manifiesta que lo está comprando cada mes, pero no trae evidencia de este tratamiento. Se le informa al alto riesgo que implica no tomarlo.

13/08/2015
Diagnostico:
Crisis hipertensiva
Trastorno hipertensivo de embarazo, pre eclampsia severa
Embarazo de alto riesgo

- De las atenciones en salud en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN a la señora MARIZ MELINA COLLAZOS para el año 2015:

22/06/2015
Hipertensión esencial
Control: control con ginecología alto riesgo en 15 días nivel III

Reporte de triage
15/05/2015 hora: 06:09 pm
Diagnóstico: hipertensión gestacional (inducida por el embarazo)

De las atenciones en salud en la CLINICA SANTA GRACIA (DUMIAN MEDICAL) a la señora MARIA MELINA COLLAZOS para el año 2015:

13/08/2015
MC: Paciente remitida de Rosas como urgencia vital
E.A: … Paciente añosa quien ingresa al servicio de urgencias en traslado medicalizado, se valora inmediatamente llega y se toma signos vitales donde se evidencia cifras tensionales elevadas, y ausencia de fetocardia por lo que inmediatamente el ginecólogo de turno Dr. Gómez lleva a ecografía donde se evidencia ausencia de movimientos fetales, ausencia de movimientos respiratorios y ausencia de fetocardia, por lo que se considera óbito fetal al momento del ingreso, se le informa a la paciente y a su pareja que la acompaña en el momento. Es de anotar que la paciente no tiene disponibilidad ante la entrevista y poco colaboradora y duda para responder si escucho o sintió movimientos del feto durante el día, en realidad no es clara con la respuesta.

II) PRESIÓN ARTERIAL ALTA EN EL EMBARAZO Y PRE ECLAMPSIA.

El Ministerio de Salud, a través de la Guía de Práctica Clínica – Hipertensión Arterial Primaria (HTA), No. 18, abril de 2013, realiza las pautas médicas para lo que tiene que ver en términos generales con la presión arterial así:

¿Qué es la hipertensión arterial?

La presión arterial es la medida de la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias a medida que el corazón palpita. Esta fuerza varía durante todo el día, dependiendo de la actividad física, el efecto de algunos alimentos, de medicamentos que esté consumiendo, entre otros.

Las mediciones de la presión arterial se expresan con dos valores, un número mayor, denominado presión arterial sistólica y un número menor, la presión arterial diastólica. Normalmente se escriben ambos números, separados por el signo “/”. La unidad de medida de la presión arterial es milímetros de mercurio (se abrevia mmHg). Por ejemplo: 120/80 mmHg.

La presión arterial habitual en el adulto no debería ser mayor de 120/80mmHg. Cuando ésta se encuentra entre 120/80mmHg y 140/90mmHg se dice que la persona tiene “pre-hipertensión arterial” o “presión normal alta”. Cuando la presión

arterial se encuentra por encima de 140/90 mmHg se considera que la persona tiene hipertensión arterial.

Ahora, respecto a la frecuencia cardiaca, esta se define como "El pulso es el número de latidos cardíacos por minuto"[7].

La Organización Mundial de la Salud define la hipertensión así:

¿Qué es la hipertensión?

"*La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre circulante contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Cuando esta es demasiado elevada, se considera hipertensión.*

La tensión arterial se expresa mediante dos cifras: la primera (tensión sistólica) representa la presión que ejerce la sangre sobre los vasos cuando el corazón se contrae o late, mientras que la segunda (tensión diastólica) representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro.

Para establecer el diagnóstico de hipertensión, se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg"[8].

"*La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.*

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma. En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre.

Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardiaca"[9].

---

[7] https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003399.htm#:~:text=Ni%C3%B1os%20de%205%20a%206,a%2060%20latidos%20por%20minuto

[8] https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

[9] https://www.who.int/topics/hypertension/es/

La **Asociación América Del Corazón** establece los valores de la presión arterial de la siguiente forma:

Categorías de Presión Arterial

American Heart Association | American Stroke Association

CATEGORÍA DE LA PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA mm Hg (número de arriba)		DIASTÓLICA mm Hg (número de abajo)
NORMAL	MENOS DE 120	y	MENOS DE 80
ELEVADA	120 - 129	y	MENOS DE 80
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN) NIVEL 1	130 - 139	o	80 - 89
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN) NIVEL 2	140 O MÁS ALTA	o	90 O MÁS ALTA
CRISIS DE HIPERTENSIÓN (consulte a su médico de inmediato)	MÁS ALTA DE 180	y/o	MÁS ALTA DE 120

©American Heart Association

heart.org/bplevels

Ahora tenemos la hipertensión en el embarazo, para ello acudimos a la guía de trastornos hipertensivos en el embarazo desarrollada por la Alcaldía de Bogotá año 2014, donde se define así:

"*Se considera hipertensión en el embarazo cuando se tiene una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg. Estas cifras deben ser confirmadas de manera repetida después de encontrarse la paciente en reposo, mínimo cinco minutos o durante un seguimiento horario durante 24 horas hospitalariamente. El hallazgo de dos registros iguales o superiores a estos límites con un lapso de diferencia entre cuatro y seis horas confirma el diagnóstico de hipertensión arterial*"

También define la pre eclampsia como "*el diagnóstico debe hacerse a toda embarazada que presente hipertensión después de la semana 20 de gestación y uno o más de los siguientes hallazgos: proteinuria, insuficiencia renal, enfermedad hepática, alteraciones neurológicas, alteraciones hematológicas o alteraciones fetoplacentarias*"

Por otro lado, defina la hipertensión crónica de la siguiente manera "*es la presencia de hipertensión arterial detectada antes de la gestación o antes de la semana 20 del embarazo o que persista después de la semana 12 posparto*"

Por ultimo nos trae la acepción de hipertensión crónica más pre eclampsia sobreagregada como "*el desarrollo de pre eclampsia-eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente*"[10]

---

10 chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Trastornos_baja.pdf

Todas estas enfermedades fueron plenamente diagnosticadas de manera reiterada a la señora MARIA MELINA COLLAZOS RIVERA en los distintos centros médicos donde fue atendida.

Analizando el caso concreto, tenemos sin lugar a dudas por estar plenamente probados estos hechos, que la señora MARIA MELINA COLLAZOS RIVERA padecía de hipertensión crónica más pre eclampsia lo que ameritaba según la lex artis ad hoc un manejo intrahospitalario con monitoreo constante, como pasaré a probar. Para ello, utilizare la guía de trastornos hipertensivos en el embarazo desarrollada por la Alcaldía de Bogotá año 2014.

"*Pre eclampsia*

Factores de riesgo

La pre eclampsia es más probable en las pacientes con los siguientes antecedentes:

… antecedentes de hipertensión crónica… edad materna ≥ 35 años

Está demostrada la importancia de la evaluación del riesgo biosicosocial durante la primera consulta y a lo largo del control prenatal, para identificar pacientes de alto riesgo de pre eclampsia que pueden tener variables psicológicas y sociales de riesgo: embarazos no deseados, ansiedad, humor depresivo, tensión emocional y falta de soporte familiar, entre otros"

Ahora el manejo del paciente con pre eclampsia es:

"*Primer nivel (baja complejidad)*

Al diagnosticarse debe iniciarse proceso de remisión a un nivel de mayor complejidad. El manejo es:

- ***Hospitalizar****. (subrayado y negrilla fuera del texto)*
- *No administrar nada por vía oral.*
- *Líquidos endovenosos: infusión de líquidos de acuerdo con el gasto urinario y estabilidad hemodinámica.*
- *Iniciar esquema de sulfato de magnesio (21) profiláctico en todas las pacientes, 4 g IV en 30 minutos (se sugiere diluir dos ampollas en 250 cm3 de cristaloides en 30 minutos) y luego continuar a 1 g IV hora hasta completar 24 horas (se sugiere diluir seis ampollas en 500 cm3 de cristaloides, pasar la mezcla a 47 cm3 hora), con motorización permanente de gasto urinario, frecuencia respiratoria y reflejos musculotendinosos (NE 1a, A)*
- *Maduración pulmonar fetal entre las semanas 24 y 34. Betametasona 12 mg IM cada 24 horas dos dosis*
- *Sonda vesical a cistoflo*
- *Solicitar laboratorios mencionados y pruebas de bienestar fetal.*

- *Control estricto de líquidos administrados-líquidos eliminados (LA/LE) y de signos vitales horario durante la administración de sulfato de magnesio.*
- *Antihipertensivos indicados si las cifras tensionales son ≥150/100 (22,25-28) (NE 1a, A).*
- *Nifedipino: 10 mg vía oral; si no se controla la hipertensión arterial, repetir a los 30 minutos (NE 1a, A). Si luego de una hora de manejo inicial encuentra cifras tensionales, ≥160/110 (22,29-32) (NE 1a, A), inicie el primer bolo de Labetalol de 20 mg IV (administrar en 2 minutos) (NE 1a, A). Si pasados 20 minutos más no se ha conseguido la remisión a un nivel de mayor complejidad y no se ha alcanzado el objetivo terapéutico, aplique un nuevo bolo de 20 mg de labetalol.*"

Segundo y tercer nivel (mediana y alta complejidad)

El manejo es:

- ***Hospitalizar**. (subrayado y negrilla fuera del texto)*
- *No administrar nada por vía oral.*
- *Líquidos endovenosos: infusión de líquidos de acuerdo con el gasto urinario y estabilidad hemodinámica.*
- *En preeclampsia severa y en otros casos, a criterio médico, iniciar o continuar esquema de sulfato de magnesio (16) profiláctico, 4 g IV en 30 minutos (se sugiere diluir dos ampollas en 250 cm3 de cristaloides en 30 minutos), y luego continuar a 1 g IV/h hasta completar 24 horas (se sugiere diluir seis ampollas en 500 cm3 de cristaloides, pasar la mezcla a 47 cm3 hora), con monitorización permanente de gasto urinario, frecuencia respiratoria y reflejos musculotendinosos (NE 1a, A).*
- *Maduración pulmonar fetal entre las semanas 24 y 34. Betametasona 12 mg IM cada 24 horas dos dosis (NE 1a, A)*
- *Sonda vesical a cistoflo.*
- *Solicitar laboratorios mencionados y pruebas de bienestar fetal según edad gestacional.*
- *Control estricto de líquidos administrados-líquidos eliminados (LA/LE) y de signos vitales horarios durante la administración de sulfato de magnesio.*
- *Antihipertensivos: indicados si las cifras tensionales son ≥150/100*

Metas del manejo antihipertensivo

- *En preeclampsia no severa: **se recomienda la hospitalización** y el tratamiento antihipertensivo, con cifras tensionales superiores a 150/100 mmHg; se recomienda manejo con nifedipino oral como primera línea con los siguientes objetivos. (subrayado y negrilla fuera del texto)*
- *Lograr presión diastólica igual o menor de 90 mmHg.*

- *Lograr presión sistólica igual o menor de 140 mmHg.*
- *Urgencia hipertensiva: elevación de TA >160/110 sin lesión de órgano blanco.*
- ***Hospitalizar en unidad de cuidados intermedios con control continuo no invasor de la tensión arterial**. (subrayado y negrilla fuera del texto)*
- *Reducción de tensión arterial en 24 a 48 horas. Antihipertensivos orales, nifedipino.*
- *Si luego de una hora de manejo inicial encuentra cifras tensionales ≥160/110 (12,22,23,29-32) (NE 1a, A), inicie el primer bolo de labetalol de 20 mg IV (administrar en 2 minutos) (NE 1a, A). Si pasados 20 minutos más no se ha conseguido la remisión a un nivel de mayor complejidad (cuando aplique) y no se ha alcanzado el objetivo terapéutico, aplique un nuevo bolo de 20 mg de labetalol.*

Emergencia hipertensiva: elevación de TA >160/110 con lesión de órgano blanco, el manejo es:

- ***Hospitalizar en unidad de cuidados intensivos con control continuo invasor de la tensión arterial**. (subrayado y negrilla fuera del texto)*

- *Reducción de tensión arterial de manera inmediata, con el uso de vasodilatadores endovenosos y/o antihipertensivos orales.*

- *Meta del tratamiento en embarazo*

  Tensión arterial sistólica entre 140 y 150 mmHg.
  Tensión arterial diastólica entre 90 y 100 mmHg (la disminución de tensión arterial diastólica por debajo 90 mmHg está asociada a un mayor riesgo de insuficiencia uteroplacentaria).

- *Meta del tratamiento en puerperio: Tensión arterial menor de 140/90 mmHg en un periodo menor de 24 horas.*

Antihipertensivos

Indicados durante el embarazo si las cifras tensionales luego de una hora de manejo inicial persisten ≥150/100 o una PAM ≥117 mmHg, así:

- *Nifedipino: 10 mg vía oral y repetir cada 20 minutos, si no se logra la meta terapéutica, hasta completar 60 mg y luego 10-20 mg cada 6 h vía oral. Dosis máxima de 120 mg en 24 horas.*

- *Labetalol dosis de carga 20 mg IV; si no se logra la meta terapéutica, seguir con bolos de 20 mg hasta completar 80 mg IV cada 10 minutos, según respuesta o infusión 1 a 2 mg/min, máximo 300 mg en 24 horas.*

- *Nitroprusiato de sodio: para encefalopatía hipertensiva y/o no respuesta al tratamiento previo, dosis de 0,25 mcg/kg/min hasta un máximo de 5 mcg/kg/min. Precaución: envenenamiento con cianuro y tiocianatos.*

- *Prazosin: 0,5-2 mg VO cada 12 horas. Dosis máxima: 6 mg/día.*

- *Clonidina: 150 a 300 mcg VO cada 6 horas.*

- *Hidralazina: 5 mg IV. Si la TA no disminuye, se continúan dosis de 5 mg cada 20 a 30 minutos. Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo*"

Esta información médica está comprobada por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 73 No. 1 • Enero-Marzo 2022 • (48-141), en los siguientes términos:

Tabla 1.
Definiciones o criterios diagnósticos de las condiciones que abarca la presente GPC.

Hipertensión arterial (HTA) leve

Dos lecturas de presión arterial sistólica (PAS) 140 a < 160 mmHg o presión arterial diastólica (PAD) 90 a < 110 mmHg tomadas con al menos 4 horas de diferencia.

Hipertensión arterial (HTA) severa

PAS 160 mmHg a más o PAD 110 mmHg a más, medidas dos veces en un periodo corto de tiempo, generalmente de 15 minutos de diferencia.

Hipertensión gestacional

Dos lecturas de PAS 140 mmHg o más, o PAD 90 mmHg o más, tomadas con al menos cuatro horas de diferencia después de las 20 semanas de gestación, en mujeres que previamente tuvieron presión arterial normal, y sin presentar proteinuria o daño en ningún órgano blanco.

Hipertensión crónica

Hipertensión arterial (PAS 140 mmHg o más o PAD 90 mmHg o más) diagnosticada o presente antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.

Preeclampsia sin criterios de severidad

PAS 140 a 159 mmHg o PAD 90 a 109 mmHg medidas dos veces en una mujer previamente normotensa con al menos 4 horas de diferencia.
Se presenta después de las 20 semanas de gestación.
Proteinuria: 300 mg o más en una muestra de orina de 24 horas, o cuando esta no esté disponible, una lectura de 2 cruces (++) en tiras reactivas.

Preeclampsia con criterios de severidad

- Igual que la preeclampsia sin criterios de severidad, con la adición de, al menos, uno de los siguientes elementos: (la proteinuria no es requerida para el diagnóstico):
- PAS 160 mmHg o más o PAD 110 mmHg o más, medidas dos veces en un corto periodo de tiempo, generalmente de 15 minutos de diferencia.
- Trombocitopenia: conteo de plaquetas < 100.000/mm³
- Deterioro de la función hepática: elevadas al doble del límite superior normal, transaminasas 2 veces el valor normal, dolor persistente en cuadrante superior derecho (CSD) grave o dolor epigástrico que no responde a tratamiento y que no es justificado por otras entidades.
- Insuficiencia renal: creatinina sérica mayor 1,1 mg/dL o 2 veces el valor de referencia.
- Edema pulmonar.
- Alteraciones cerebrales o visuales de nueva aparición (dolor de cabeza, alteraciones visuales persistentes [fotopsias, escotoma, ceguera cortical, vasoespasmo retiniano], hiperreflexia con clonus sostenido, convulsiones, accidente cerebro-vascular, etc.).

Preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica

Preeclampsia en una mujer con antecedentes de hipertensión antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.

Eclampsia

Presencia de convulsiones tónico-clónicas, focales o multifocales de nueva aparición en ausencia de otras condiciones como epilepsia, isquemia e infarto arterial cerebral, hemorragia intracraneal o consumo de drogas.

Síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y síndrome de bajo recuento de plaquetas)

- Hemólisis (≥ 600 IU/L lactato deshidrogenasa (LDH). También se pueden considerar los siguientes criterios: frotis periférico (esquistocitos); bilirrubina sérica (1,2 mg/dL); haptoglobina sérica baja; anemia severa, no relacionada con pérdidas sanguíneas.
- Enzimas hepáticas elevadas: aspartato aminotransferasa (AST) o alanina aminotransferasa (ALT) mayor o igual a 70 U/l, 2 veces el nivel superior normal
- Plaquetas bajas: < 100.000/mm³

Esta información se encuentra en línea con la "*Guías No. 11-15 del 2013 del Ministerio de Salud de Colombia denominada guía de práctica clínica para la*

prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio"[11]

Donde se define la hipertensión en el embarazo como "*la presencia de presión diastólica de 90 mmHg o mayor, medida en 2 ocasiones con una diferencia de 4 horas, o una presión diastólica mayor a 110 mmHg y una sistólica mayor a 140 mmHg en las mismas dos tomas (407). Los trastornos hipertensivos del embarazo ocurren en mujeres con hipertensión crónica pre-existente primaria o secundaria, o en mujeres quienes desarrollan hipertensión durante la segunda mitad del embarazo*"

En referencia a la hipertensión crónica la define como "*aquella hipertensión que se presenta antes de la semana 20 de gestación o en la mujer embarazada que se conocía hipertensa previo al embarazo. La etiología de esta puede ser primaria o secundaria*"

Y en relación a la pre eclampsia dice que "*es aquella hipertensión nueva que se diagnostica después de la semana 20 de gestación con proteinuria significativa asociada*".

Respecto a la hipertensión severa informa que es "*aquella hipertensión con cifras de presión arterial mayores o iguales a 160/110 mmHg*"

Finalmente define la Pre eclampsia severa como "*la pree clampsia con hipertensión severa y/o con síntomas que indican compromiso de órgano blanco*".

Recordemos que la señora MARIA MELINA COLLAZOS RIVERA en las atenciones recibidas en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO 2 de fecha 20/06/2015 presentaba tensión elevada 200/100 y tenía diagnóstico de pre eclampsia severa vs hipertensión crónica.

Es decir, la que señora MARIA MELINA COLLAZOS RIVERA durante su embarazo padeció hipertensión crónica y pre eclampsia severa.

Siguiendo la guía del Ministerio de Salud de Colombia vigentes para la época de los hechos descritos en la demanda, tenemos que frente a la pregunta:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO A TENER EN CUENTA PARA LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO?

Teniendo en cuenta el considerable impacto clínico de la pre eclampsia, es necesario conocer cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de

---

11 chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf

desarrollar la enfermedad durante la gestación. Estos factores pueden ser o no modificables. Identificar los factores que predicen el riesgo de desarrollar pre eclampsia durante el embarazo puede alertar a los profesionales de la salud que atienden a la mujer embarazada.

En cuanto a las recomendaciones clínicas se presentan las siguientes:

Se recomienda tener en cuenta las siguientes condiciones que han mostrado estar asociadas a la aparición de pre eclampsia:

Factores de alto riesgo:

- Trastorno hipertensivo en embarazo anterior.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos.
- Diabetes tipo 1 y 2.
- **Hipertensión crónica**. (subrayado y negrilla fuera del texto)

Ahora bien, referente al manejo clínico de embarazadas con pre eclampsia severa como es el caso específico de la señora MARIA MELINA COLLAZOS RIVERA, la guía Minsalud vigente al momento de los hechos establecía lo siguiente:

¿CUÁL ES EL MANEJO CLÍNICO RECOMENDADO DE MUJERES CON PREECLAMPSIA SEVERA ANTEPARTO E INTRAPARTO?

Se denomina gestante con pre eclampsia severa a toda mujer embarazada con diagnóstico de pre eclampsia (hipertensión y proteinuria significativa), que presente cualquiera de las siguientes características clínicas:

- Hipertensión severa (tensión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg), o
- Cualquiera de los siguientes:
  Dolor de cabeza severo.
  Problemas con visión, como visión borrosa o fosfenos.
  Dolor intenso subcostal o vómito.
  Papiledema.
  Clonus (≥ 3+).
  Hipersensibilidad a la palpación hepática.
  Síndrome HELLP.
  Trombocitopenia (conteo de plaquetas menor de 150.000/mm3).
  Elevación de LDH.
  Enzimas hepáticas anormales (ALT o AST).

Esta condición clínica conlleva una gran morbi-mortalidad materna y perinatal. El manejo clínico adecuado de estas mujeres es vital para disminuir la mortalidad de las mujeres afectadas por esta patología y la de sus hijos. Su manejo está

relacionado directamente con el tratamiento anticonvulsivante y antihipertensivo, el momento y las condiciones del parto y el manejo de algunas condiciones clínicas especiales, como la eclampsia y el síndrome HELLP.

Por su alta complejidad, y más aún por el riesgo de complicaciones mayores, las pacientes con pre eclampsia severa deben ser hospitalizadas y tratadas en unidades especiales para su manejo, denominadas como cuidados intermedios, alto riesgo obstétrico o alta dependencia obstétrica., Resulta fundamental que el monitoreo sea mucho más estrecho que el que se ofrece usualmente en una hospitalización en piso. (subrayado y negrilla fuera del texto)

Resulta claro dentro de la practica medica que una mujer con pre eclampsia severa e hipertensión crónica, como el caso de la señora MARIA MELINA COLLAZOS RIVERA **necesariamente debió ser hospitalizada**, inclusive en una unidad especial como cuidados intermedios, alto riesgo obstétrico o alta dependencia obstétrica, situación que claramente no sucedió, pues siempre la valoraban y la enviaban a la casa, para luego tener que regresar al hospital por su condición de riesgo.

Claro resulta el daño y el nexo causal, pues los demandados **NO CUMPLIERON** con lo que la ciencia médica ordena en estos casos de pre eclampsia severa e hipertensión crónica, y esto es, la hospitalización para un monitoreo muchas mas estrecho. Y como consecuencia de la omisión médica, ocurrió la muerte del que estaba por nacer.

Enviarla a su casa como siempre ocurrió, y así quedó plenamente demostrado en el proceso, pues así lo contestó tanto los médicos interrogados, como la propia señora MARIA MELINA, resultó en un hecho nefasto, más aun, cuando en ningún momento se le entrevistó a la señora respecto a su alfabetización, lugar donde vivía, condición socioeconómica. Pues de haberle realizado una atención adecuada, se habrían dado cuenta que la demandante MARIA MELINA tal como lo manifestó en el interrogatorio, es desescolarizada, y habitaba en una zona rural muy lejana del casco urbano del municipio de Rosas (Cauca), además, su condición socioeconómica no le permitía esta asistiendo al centro médico, ni siquiera del municipio de Rosas (Cauca), pues su situación económica era al momento de los hechos demasiado precaria. Luego entonces, si en su embarazo padecía pre eclampsia severa e hipertensión crónica, **la lex artis establece que**

tiene que ser hospitalizada en alta complejidad para monitoreo constante, pero lo que los médicos desconociendo la condición de la paciente por no realizar el interrogatorio inicial a la paciente, lo que hacían era enviarla a casa con necesidad de posterior consulta, consulta que por ser el hospital de Rosas de bajo nivel, debía la señora MARIA MELINA desplazarse hasta Popayán, situación que se dificultaba por su pre eclampsia severa e hipertensión crónica, y por falta de recursos económicos. Pero esto no fue visto por los médicos, a quienes les resultaba fácil decirle váyase a casa y regrese en 15 días.

III) VAGINOSIS BACTERIANA EN EL EMBARAZO.

Igual que sucedió con la pre eclampsia severa y la hipertensión crónica, esto es, no fue tratada conforme a la lex artis ad hoc, también sucedió con la vaginosis bacteriana que padecía la señora MARIA MELINA, lo primero es definir qué es esta patología. Para ello acudimos a la definición que trae Mayo Clinic así "*La vaginosis bacteriana puede provocar malestar y dolor en la vagina. Sucede cuando se produce un desequilibrio en los niveles naturales de bacterias. Los niveles equilibrados de bacterias ayudan a que la vagina se mantenga sana. Sin embargo, cuando algunas bacterias proliferan en exceso, puede derivar en una vaginosis bacteriana*"[12]

Sin embargo, frente a esta patología no se le realizó ningún tratamiento a la paciente, pues ni siquiera se le recetó un medicamento tópico para curar la infección.

IV) AYUDA PSICOLÓGICA A PACIENTE CON MUERTE DEL QUE ESTABA POR NACER.

Posterior al deceso fue tanta la indolencia de los médicos especialmente en la atención de la CLINICA SANTA GRACIA (DUMIAN MEDICAL) que en el ingreso del 13/08/2015 escribió el Dr. Gómez "*Es de anotar que la paciente no tiene disponibilidad ante la entrevista y poco colaboradora y duda para responder si escucho o sintió movimientos del feto durante el día, en realidad no es clara con la respuesta*", desconociendo que es natural dicha actitud de la señora MARIA MELINA COLLAZOS RIVERA, pues acababa de perder su hijo, pero eso nada le importó al médico tratante del momento, cuando lo que debió hacer fue activar una ruta de soporte psicológico por tan grande perdida humana y el choque psicológico que de la situación resulta.

Es decir, no hubo una atención integral para el duelo por perdida gestacional o perinatal, como tampoco la señora MARIA MELINA recibió una atención integral del duelo por su perdida, menos fue tratada con respeto, protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, menos aun se reconoció su identidad de género.

[12] https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bacterial-vaginosis/symptoms-causes/syc-20352279

Conclusión, tampoco se cumplió la lex artis ad hoc para el duelo por perdida gestacional, y esta falta quedó plenamente demostrada en el trascurrir del proceso.

V) ENFOQUE DE GÉNERO Y PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL DE LA MUJER GESTANTE.

Iniciamos este tópico trayendo a colación la sentencia de la Corte Constitucional T-198/23 que dice sobre el respeto a la dignidad humana de la madre gestante lo siguiente:

> ***PROFESIONALES Y TRABAJADORES DE LA SALUD-****Respeto a la dignidad*

(…), los profesionales de la salud deben observar de manera rigurosa el trato respetuoso, humano y digno que merecen todas las mujeres, especialmente en los servicios de salud materna, no solo por su condición de mujer gestante en estado de vulnerabilidad, sino también porque se trata de proteger los derechos de la mujer y del ser humano en gestación (…)

La Constitución consagra en su artículo 13 la igualdad de todas las personas reconociendo que nacen libres e iguales ante la ley. Con ello, introduce el deber de las autoridades de dar la misma protección y trato, el goce de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de ***sexo,*** *raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. Asimismo, en el artículo 43 continúa la Constitución resaltando que la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, que la mujer* ***no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación*** *y que durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada…*

En un gran número de providencias, la Corte Constitucional "ha hecho valer de manera primordial los derechos en cabeza de las mujeres (…), ha resaltado la protección reforzada de la mujer embarazada (…), ha considerado ajustadas a la Constitución las medidas afirmativas adoptadas por el legislador para lograr su igualdad real…". Con lo cual, no escapa a ningún actor de la sociedad el deber de observar los mandatos Constitucionales, legales y jurisprudenciales en materia de protección de la mujer, más aún cuando se encuentra en embarazo y en las etapas de parto y posparto. ***De ahí que la mujer sea considerada "sujeto constitucional de especial protección, y en esa medida todos sus derechos deben ser atendidos por parte del poder público, incluyendo a los operadores jurídicos, sin excepción alguna****" (Subrayado y negrilla fuera del texto)*

En este sentido, podemos ver que el trato que debe otorgarse a la mujer en estado de embarazo, durante y después del parto es preferente, ya que ella ha sido reconocida como sujeto de especial protección constitucional, por tanto, sus derechos deben cuidarse prevalentemente, así como se debe "velar por la garantía de los derechos de la persona que está por nacer o el recién nacido". De esta

manera, la Corte precisa que una mujer en estado de gestación debe ser atendida de manera adecuada a la protección especial de la que es titular. Ello no solo en el ámbito de su vida social, sino también y sobre todo en lo que corresponde a la atención médica propia de la etapa que enfrenta, no solo la mujer en embarazo, sino también el ser humano en gestación.

Ahora bien, se ha resaltado que la protección especial que debe ser brindada a la mujer gestante no aplica solamente hasta el momento del parto, sino también a los cuidados, procedimientos, pericia, respeto, trato digno y ausencia de actitudes, palabras, comportamientos o procedimientos discriminativos para la mujer durante el parto. Además de ello, la etapa posparto es de vital importancia para que la mujer pueda continuar con el desempeño de sus actividades cotidianas, cuidado que debe ser reforzado cuando el trabajo de parto ha presentado complicaciones o surgen circunstancias en las que la mujer y el recién nacido requieren atención especializada. ***Por tanto, los profesionales de la salud, en general, deben observar con rigor el cuidado especial que tiene derecho a recibir una mujer en la etapa de gestación, así como durante y después del parto; de lo contrario, aquellos podrían incurrir en grave desconocimiento de los derechos de las mujeres como sujetos de especial protección constitucional y podrían reforzar, preocupantemente, la violencia obstétrica como forma clara de violencia contra la mujer…****"* (Subrayado y negrilla fuera del texto)

Resulta diáfano en el caso concreto que los profesionales de la salud y los centros médicos en donde fue atendida la señora MARIA MELINA COLLAZOS en nada observaron las apreciaciones de la Corte Constitucional frente a las condiciones de especial protección que debió tener la paciente y su hijo que estaba por nacer.

Dichas observancias jurisprudenciales, tampoco fueron tenidas en cuenta por el fallador de primera instancia, desconociendo que nos encontramos ante un caso con enfoque de género de una mujer que perdió su hijo en estado de gestación, y esa observancia constitucional que debió tenerse a la hora de fallar el caso va más allá de toda norma fría y desnuda.

Tanto el profesional de la salud, como el operador judicial estaban ante una persona de especial protección constitucional, sin embargo, no echaron de verlo, y simplemente obviaron las condiciones humanas, realizando el primero, una atención médica, en contra de toda apreciación científica, y el segundo, esto es el juzgador de primera instancia, una vulneración constitucional al no darle el enfoque de género que necesariamente tiene el caso bajo examen.

VI) NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA E IMPERICIA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

El Dr. Wilson Ruiz en el artículo Responsabilidad Medica en Colombia, pagina 200, define la negligencia e imprudencia así:

"*Con respecto a la mala práctica médica, esta se podría definir como una situación de impericia, negligencia o indolencia profesional, donde el galeno produce un resultado que no previó, que no anticipó y que sin embargo era anticipable, representable y objetivamente previsible. Y donde la imprudencia grave es entendida como la omisión de todas las precauciones exigibles que debieron adoptarse en el suceso o evento de que se trate, o al menos de las más elementales o rudimentarias y es sancionada a título de delito*".

El Consejo de Estado ha dicho sobre el tema en sentencia del 05 de marzo de 2015 de la Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera, Subsección B, C.P Dr. Danilo Rojas Betancourt:

"*En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance*".

Es la impericia, negligencia o indolencia profesional de los médicos y personal administrativo del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN, ESE CENTRO 2 ROSAS CAUCA, CAPRECOM EPS LIQUIDADO HOY FIDUPREVISORA S.A., así como el no cumplimiento de los estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica vigentes al momento del hecho dañoso es lo que voy a demostrar en las siguientes:

VII) CONCLUSIONES.

Está plenamente demostrado y probado el daño antijurídico con la muerte del hijo que estaba por nacer (defunción fetal de sexo masculino) de la señora MARIA MELINA COLLAZOS RIVERA ocurrida el 14 de agosto de 2015, esto quedó demostrado con el registro civil de defunción aportado al proceso, encontrándonos de acuerdo con el Juez de Primera Instancia.

Ahora bien, frente al segundo elemento de la responsabilidad, la imputación, tenida como la atribución jurídica que se le hace a la entidad pública del daño antijurídico padecido y por el que estaría llamado a responder, observamos claramente que la señora MARIA MELINA COLLAZOS en todos sus controles siempre presentó pre eclampsia e hipertensión crónica, llegando incluso a niveles de presión arteria 200/100, y digo siempre porque en atención recibida en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO 2 de Rosas (Cauca), del 02/05/2015 donde según historia clínica tenia 9.3 semanas de gestación, ya tenia diagnostico de "*embarazo de alto riesgo por multiparidad*", de ese momento en adelante siempre fue presiones elevadas y pre eclampsia, es decir, que la consecuencia de la muerte fetal era muy previsible por los médicos, razón por la cual la práctica médica a establecido que la paciente con estas patologías en el embarazo debe ser hospitalizada en alta

complejidad, ni siquiera en habitación. Pero esto no ocurrió por parte de ninguno de los demandados, pues estos siempre que la paciente llegaba por sus múltiples complicaciones, sí efectivamente era atendida, pero no como correspondía según la lex artis ad hoc, la cual dice que es hospitalizando al paciente para un estrecho monitoreo, pues el riesgo de defunción fetal al muy alto.

Y tal como lo predice la ciencia medica así ocurrió, una defunción fetal, todo ello por falta de realización del procedimiento establecido para el caso de paciente embarazada con pre eclampsia severa e hipertensión crónica.

Luego entonces, sí se les atribuye jurídicamente a las entidades demandadas el daño antijurídico padecido por los demandantes, existiendo la obligación de responder por dicho daño, y esto quedó demostrado en el plenario, lográndose la plena prueba del daño y la falla por omisión o acción negligente o irregular de las entidades demandadas y el nexo de causalidad en la falla médica.

Atender a la paciente MARIA MELINA COLLAZOS y enviarla a la casa con un diagnostico de pre eclampsia severa e hipertensión crónica 200/100, con una situación socioeconómica grave, habitante de un lugar extremamente distante inclusive del casco urbano del municipio de Rosas (Cauca) NO es el procedimiento establecido por el Ministerio de Salud a través de la Guías vigentes para el momento de los hechos, como tampoco, fue la falta rotunda de atención y apoyo psicológico a la señora MARIA MELINA en el posparto, pues su hijo había muerte en su vientre.

Menos aun fue que la operadora judicial de primera instancia no se acogiera a la jurisprudencia de la Corte Constitucional en cuanto a tener un enfoque de genero en sus decisiones judiciales.

No podía el Juzgado de Primera Instancia concentrarse como lo hizo en determinar todo lo relacionado medicamente tal y como lo dijeron los testigos de los demandados, pues simple y llanamente concluyó que "*Así que, ante la falte de una prueba técnica que indique lo contrario a lo descrito en la historia clínica y lo manifestado por los médicos que atendieron a la paciente en las audiencias de pruebas, no es posible para esta instancia establecer la existencia de una falla en la prestación del servicio médico*", y que los demandados realizaron todos los estados del arte del caso, cuando la causa de muerte del que estaba por nacer evidentemente fue por la mala práctica médica ante el diagnostico de pre eclampsia severa e hipertensión crónica, donde la diligencia estaba en hospitalizar a la paciente en alta complejidad y monitorearla intrahospitalariamente, NO enviándola a la casa, y ni siquiera con dinero para regresar desde tan lejos, desde Rosas (Cauca) a Popayán. Para lo cual bastaba ver la falta total de diligencia y pericia de las demandadas frente al hallazgos de pre eclampsia severa e hipertensión crónica, lo cual fue una constante en todo el embarazo, para llegar sin lugar a dudas a la determinación de que efectivamente existió el nexo causal que obliga a la parte pasiva a indemnizar su mal proceder.

Resultó la sentencia de primera instancia en un mal enfoque, pues el daño, la falla y el nexo de causalidad, al diagnóstico de pre eclampsia severa e hipertensión crónica, no se evidencia en el proceso ni un solo procedimiento médico como la hospitalización de alta complejidad con monitoreo estrecho para contrarrestar la patología que llevó a la defunción fetal, lo cual obviamente, al no hacérsele nada llevó a la muerte del que estaba por nacer.

Transparentemente como se encuentran probados los elementos de la responsabilidad médica, estos son, el daño antijurídico, la imputación y el nexo de causalidad, se tiene que la sentencia de primera instancia esta llamada a revocarse en su totalidad. Por lo cual realizo la siguiente:

PETICIÓN.

Con fundamento en las precedentes consideraciones solicito comedidamente a su Honorable Señoría **revocar** totalmente la sentencia No. 017 del 12 de febrero de 2025, proferida por el Juzgado Séptimo (7) Administrativo del Circuito de Popayán (Cauca), mediante la cual se negaron las pretensiones de la demandan y en su lugar:

PRIMERA: Declarar solidariamente a **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** Popayán - Cauca, con NIT. 891.580.002, **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2** de Rosas – Cauca, NIT. 900.146.471-8, **CAPRECOM EPS LIQUIDADO HOY FIDUPREVISORA S.A.,** y la **CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.**, administrativamente y patrimonialmente responsables por los perjuicios morales ocasionados a los señores, **MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA,** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 34.475.115 de Sotara (Cauca), **ROSENDO CHAVES GUERRERO,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 4.771.249 de Sotara (Cauca) actuando en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad, **ROBINSON MAURICIO CHAVES COLLAZOS,** identificado con la Tarjeta de Identidad No. 1002954082 de Popayán (Cauca), **SERGIO MANUEL CHAVES COLLAZOS,** identificado con la Tarjeta de Identidad No. 1002953631 de Rosas (Cauca), **DIANA SOFÍA CHAVES COLLAZOS,** identificada con la Registro Civil de Nacimiento No. 1.061.599.222 de Rosas – Cauca, **NELSON DARIO CHAVES COLLAZOS,** identificado con la Tarjeta de Identidad No. 1061598217 de Rosas (Cauca), y **VANESSA ALEJANDRA CHAVES COLLAZOS,** identificada con el registro civil de nacimiento No. 31943140 de la Registraduria Nacional del Estado Civil, y **ÁNGELA YAZMIN FERNÁNDEZ COLLAZOS,** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.061.600.428 de Rosas (Cauca), **MANUEL MARÍA CHAVES RODRÍGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.819.890 de Buesaco (Nariño), **FIDEL CHÁVEZ GUERRERO,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 4.715.567 de Miranda (Cauca), y **ALQUIMEDES CHAVES GUERRERO,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 4.771.223 de Sotara (Cauca), con ocasión de la falla en la prestación del servicio médico, que ocasionó el fallecimiento del que estaba por nacer hijo de los señores

MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA y **ROSENDO CHAVES GUERRERO.**

SEGUNDA: Que como consecuencia de la anterior declaración, condenar solidariamente a **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** Popayán - Cauca, con NIT. 891.580.002, **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2** de Rosas – Cauca, NIT. 900.146.471-8, **CAPRECOM EPS LIQUIDADO HOY FIDUPREVISORA S.A.,** y la **CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.**, a pagar a la parte actora, o a quien represente sus derechos los perjuicios de orden moral y subjetivo, los cuales se estiman, primero, en las sumas de dinero que a continuación se estipulan:

- **Los perjuicios morales:**

  - Para los Señores **MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA,** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 34.475.115 de Sotara (Cauca), y el Señor **ROSENDO CHAVES GUERRERO,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 4.771.249 de Sotara (Cauca), en calidad de padres, es decir, en su relación afectiva paterna del que está por nacer, la suma de Cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes –SMLMV- para cada uno.

  - Para **ROBINSON MAURICIO CHAVES COLLAZOS,** identificado con la Tarjeta de Identidad No. 1002954082 de Popayán (Cauca), **SERGIO MANUEL CHAVES COLLAZOS,** identificado con la Tarjeta de Identidad No. 1002953631 de Rosas (Cauca), **DIANA SOFÍA CHAVES COLLAZOS,** identificada con la Registro Civil de Nacimiento No. 1.061.599.222 de Rosas – Cauca, **NELSON DARIO CHAVES COLLAZOS,** identificado con la Tarjeta de Identidad No. 1061598217 de Rosas (Cauca), **VANESSA ALEJANDRA CHAVES COLLAZOS,** identificada con el registro civil de nacimiento No. 31943140 de la Registraduria Nacional del Estado Civil, y **ÁNGELA YAZMIN FERNÁNDEZ COLLAZOS,** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.061.600.428 de Rosas (Cauca), en calidad de hermanos, es decir, segundo grado de consanguinidad del que está por nacer, la suma de Cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes –SMLMV- para cada uno.

  - Para **MANUEL MARÍA CHAVES RODRÍGUEZ,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.819.890 de Buesaco (Nariño), **FIDEL CHÁVEZ GUERRERO,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 4.715.567 de Miranda (Cauca), y **ALQUIMEDES CHAVES GUERRERO,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 4.771.223 de Sotara (Cauca), en calidad de tíos, es decir, tercer grado de consanguinidad del que está por nacer, la suma de Treinta y Cinco (35) salarios mínimos legales mensuales vigentes –SMLMV- para cada uno.

Teniendo en cuenta los daños morales relacionados anteriormente tenemos un total

de Seiscientos Cinco (605) salarios mínimos legales mensuales vigentes –SMLMV como estimación razonada de la cuantía, los cuales equivalen para el áño 2017 a la suma de $446.318.785 M/Cte.

TERCERA: La condena respectiva será actualizada de conformidad con lo previsto en el artículo 187 del C.P.C.A., aplicando en la liquidación la variación promedio mensual del índice de precios al consumidor, desde la fecha de ocurrencia de los hechos hasta la de ejecutoria del correspondiente fallo definitivo.

CUARTA: La parte demandada dará cumplimiento a la sentencia, en los términos de los artículos 192 y ss., del C.P.C.A.

De la Señora Juez,

Atentamente,

YULIETH ANDREA HERNANDEZ ROJAS
C.C No. 1.107.047.326 de Cali (V)
T.P No. 218.009 del CSJ
Cel. 3218118170
E-Mail: yuliethandrea@hotmail.com

Powered by CamScanner