

# MARÍA TERESA FERNÁNDEZ LÓPEZ

Abogada

Santiago de Cali, septiembre 18 de 2024



Honorable Magistrado  
**Doctor VICTOR ADOLFO HERNANDEZ DIAZ**  
Tribunal Contencioso Administrativo del Valle  
**L. C.**

**REFERENCIA** : DESCORRO TRASLADO RECURSO DE APELACIÓN  
DEMANDADO  
**RADICACIÓN** : 760013333005 2017 00148 02  
**DEMANDANTE** : YANILSEN LODOÑO GARCÍA Y OTROS  
**DEMANDADOS** : RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E - HOSPITAL SAN JUAN  
DE DIOS.

**MARÍA TERESA FERNÁNDEZ LÓPEZ**, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderada de la parte demandante, manifiesto a Usted que mediante el presente escrito interpongo RECURSO DE APELACIÓN contra la Sentencia No. 152 del 26 de junio de 2024, notificada electrónicamente el mismo día. Para lo cual abordaré los siguientes temas:

- A. Acreditación de los elementos que constituyen la falla del servicio en cabeza del demandado
- B. Con los alegatos presentados por el apoderado de la entidad demandada, se pretende revictimizar a la señora Yanilsen Londoño, quien para la fecha de los hechos y dado su estado de madre gestante y de indefensión requería ser protegida, tanto ella como su hija MARIA CAMILA GARCÍA LONDOÑO (Q.E.P.D.).
- C. Inexistencia de la Falta de Competencia alegada
- D. Conclusión
- E. Petición

Así las cosas, procederé a su desarrollo:

## **A. ACREDITACIÓN DE LOS ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN LA FALLA DEL SERVICIO EN CABEZA DEL DEMANDADO**

Se demostró en el proceso que las demandadas, incurrieron en falla en el servicio por las siguientes razones: a.) Violación a los derechos de la paciente YANILSEN LONDOÑO madre gestante que presentaba streptococo agalactiae y que no conocía los riesgos de portar esta bacteria b) Violación a los protocolos de atención en el parto de las madres gestantes portadoras del streptococo agalactiae c) Violencia obstétrica, que individualmente estudiadas condujeron al deceso de la bebe MARIA CAMILA GARCÍA LONDOÑO.

Específicamente la paciente YANILSEN LONDOÑO, requería en el intraparto tratamiento contra el estreptococo agalactiae (por cultivo recto vaginal positivo), tratamiento que no le fue suministrado y por lo tanto su hija al momento de nacer adquirió la bacteria que la condujo a su muerte.

El régimen de responsabilidad aplicable es el de falla probada del servicio, por lo tanto, para que se configure se debe demostrar un daño antijurídico, un hecho (atención médica que no cumple estándares de la lex artis, inadecuada, tardía, etc) y una relación de causalidad entre ellos.

Carrera 3 No. 11-32 Of. 416 – PBX: 880 4444 - Cali

El daño se encuentra acreditado con el deceso de la bebé MARIA CAMILA GARCÍA LONDOÑO (Q.E.P.D.), hija de la Sra. Yanilsen Londoño, ocurrido el día 16 de octubre de 2015, lo que abre paso a analizar las conductas y omisiones de los demandados.

La Falla fue la omisión a los protocolos que establecen que es necesario aplicar tratamiento antibiótico al momento del parto en las pacientes portadoras del streptococo agalactiae, para evitar el contagio al bebé al momento de su nacimiento. Se reitera, que este es el único momento en que el tratamiento antibiótico es efectivo. Lo ideal son 4 horas antes del parto, aunque tiempos menores también pueden ser efectivos.

En la historia clínica de la señora YANILSEN LONDOÑO, del Hospital San Juan de Dios, se señala que la paciente ingresó el día 13 de octubre de 2015 a las 2:29 Horas, y que era portadora del estreptococo agalactiae. En efecto, allí se anotó "... cultivo RV (rectovaginal) positivo para E. Galacteae".

Era mandatorio en consecuencia que la paciente fuese inmediatamente admitida y el tratamiento antibiótico comenzado a suministrar desde el mismo momento en que se registra su ingreso.

Como no se suministró el tratamiento, es claro el nexo causal entre la omisión y la muerte de la menor MARIA CAMILA.

Como evidenció en las guías médicas (Colombianas) y literaturas médica aportadas con la demanda, el antibiótico se debe aplicar contra la bacteria streptococo agalactiae en forma intraparto. Dichos documentos señalan que "el tratamiento antibiótico suministrado al momento del parto a las madres portadoras del estreptococo, es el tratamiento más eficaz para evitar que un menor adquiera la bacteria al momento del nacimiento y desarrolle una sepsis neonatal temprana como consecuencia de ello". En efecto, señalan dichas guías médicas:

- GUÍA PRACTICA CLÍNICA: RECIÉN NACIDO: SEPSIS NEONATAL TEMPRANA del Ministerio de Salud de Colombia:

*"La sepsis neonatal es un síndrome clínico caracterizado por un conjunto de signos y síntomas de infección, asociados o no a enfermedad sistémica (bacteriemia)....La sepsis neonatal se clasifica en dos tipos dependiendo del tiempo de aparición del cuadro clínico.*

*La sepsis neonatal temprana ocurre dentro de las primeras 72 horas de vida, se adquiere por transmisión vertical y los gérmenes involucrados más frecuentes son los que colonizan las áreas genital y perineal de la madre. La presentación clínica más común es la neumonía, usualmente es más grave y tiene mayor morbimortalidad. La sepsis neonatal tardía ocurre entre las 72 horas de vida y el final del periodo neonatal. Usualmente se adquiere en la comunidad o dentro de un hospital (transmisión horizontal). Las manifestaciones clínicas más frecuentes son bacteriemia y meningitis.*

*(...)*

*En los países desarrollados el Streptococcus agalactiae es la bacteria más comúnmente asociada con meningitis y sepsis neonatal, con una alta morbimortalidad.*

En los países en vía de desarrollo son los entéricos gram negativos como *Klebsiella* y *E. Coli* y el *S. Aureus*, las principales causas de infección en la primera semana de vida. Otros organismos que debemos de tener presentes son *L. monocytogenes* y *H. influenza*. En cuanto a la sepsis tardía, el estafilococo coagulasa negativo, principalmente en neonatos hospitalizados y con accesos venosos, el estafilococo áureo, *Streptococo del grupo B (EGB)*, enterococos y otros gram negativo.

(...)

*El streptococcus agalactiae o estreptococo del Grupo B (EGB) es un microorganismo saprófito habitual de los tractos genitourinario y gastrointestinal del ser humano. **Las embarazadas colonizadas pueden transmitir de manera vertical esta bacteria a sus hijos, favoreciendo el desarrollo de infección neonatal temprana.** La prevalencia de colonización materna es variable, entre 5 y 30% dependiendo del país, la raza, edad y técnica de recolección de la muestra. Se presenta colonización entre el 40 al 70% de los bebés nacidos de madres portadoras y de éstos entre el 1 y 2% desarrollarán la enfermedad invasora (sepsis, meningitis y/o neumonía). En Estados Unidos (EU) aunque ha habido un incremento en la incidencia de sepsis por *E. coli* en RN de muy bajo peso al nacer, el EGB permanece como la primera causa de infección bacteriana neonatal temprana y tardía.*

*En opinión de los expertos participantes en el desarrollo de la presente guía, muchos obstetras en Colombia han adoptado las recomendaciones publicadas por el CDC de los EU inicialmente publicada en 1996 y revisada en 2002 y más recientemente en 2010, que recomiendan realizar tamización universal y tratamiento intraparto a las mujeres con evidencia de colonización o con factores de riesgo (antecedente de sepsis neonatal por EGB, infección urinaria por EGB en el presente embarazo, ruptura de membranas > 18 h, trabajo de parto prematuro). Asociado a esta estrategia en los EU se ha documentado una disminución en la infección de inicio temprano a 0,34 casos por 1.000 nacidos vivos”.*

- De conformidad con otra de las guías del Ministerio de Salud de Colombia para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. Hoja de evidencia 3 elaborada en noviembre de 2014:

“(...)

- *La administración de antibióticos intraparto a las gestantes portadoras de EGB, es la única medida eficaz actualmente aceptada para interrumpir la transmisión vertical del EGB y evitar la sepsis neonatal”.*

Referente a la prescripción del medicamento, la referida guía señala que:

“(...)

- *Si el reporte del tamizaje es positivo, cuando inicie el trabajo de parto administre penicilina G 5.000.000 IV dosis inicial, seguida de 2,5 -3.000.000 unidades IV cada 4 horas o Ampicilina 2 g IV dosis inicial, seguida por 1 g IV cada 4 horas hasta el parto”*

En estos casos la recomendación del Centro de Control de Infecciones de Atlanta (CDC) que es el máximo ente regulador de enfermedades en US señala que: "El uso de la profilaxis antibiótica intraparto por vía intravenosa para prevenir la enfermedad por GBS de inicio precoz en el niño, se estudió por primera vez en la década de 1980. **Los ensayos clínicos y estudios observacionales bien diseñados han encontrado que la profilaxis antibiótica intraparto reduce la transmisión vertical de GBS, según lo medido por la colonización del lactante (6,8,11,67) o mediante la protección contra la enfermedad de aparición temprana (6--11). Las primeras pruebas sugieren una eficacia del 100% para la profilaxis antibiótica intraparto para prevenir la enfermedad de aparición temprana entre los bebés nacidos de mujeres con colonización por GBS (7,8,10,11). Los estudios observacionales posteriores han encontrado la efectividad de un 86% - 89% entre los bebés nacidos de mujeres que recibieron profilaxis intraparto GBS (62,68).** <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5910a1.htm>

Es importante señalar tal como se ha establecido que el tratamiento antibiótico intraparto era el tratamiento a elección para prevenir el riesgo de transmisión vertical de madre a hija en el momento del parto.

**En la Guía completa del Embarazo 2013 página 363, que se aportó con la demanda, se señala que: “Un estudio de casos y controles que incluyó a 109 casos y 207 controles evaluó la efectividad de la profilaxis de antibiótico intraparto en el desarrollo de la infección neonatal por estreptococo del grupo B neonatal. Se concluyó que con el fin de optimizar la eficacia de la profilaxis, la primera dosis debe ser administrada al menos dos horas previas al nacimiento (89% vs. 71 %; IC 95%= 70-96)(599, 600)”.**

Desde el momento del ingreso de la paciente al Hospital San Juan de Dios, o a más tardar cuando se hace la primera anotación en la historia clínica, 2:29 Horas, se debió aplicar el tratamiento antibiótico requerido a la paciente, pero no le fue suministrado. Incluso según historia clínica a la paciente la hospitalizan a las 5:48 horas para trabajo de parto, pero el Ginecólogo obstetra Jorge E. Valencia, no hace ninguna recomendación de medicamentos a suministrar a la paciente antes ni durante el parto, lo que fue una grave omisión.

El Hospital San Juan de Dios contaba con el tiempo suficiente para realizarle la terapia antibiótica que hubiera permitido salvaguardar la vida de la bebé que estaba por nacer.

No haber seguido el protocolo internacionalmente recomendado y adoptado por Colombia, ocasionó que la recién nacida hija de YANILSEN LONDOÑO, adquiriera la bacteria al momento de su nacimiento, desencadenando una sepsis temprana que ocasionó daños en su cuerpo y causó posteriormente su muerte.

En el análisis del caso concreto, el Dr. Hernán Cortes Yepes, Médico Ginecólogo y obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal, de la Universidad CES, presentó dictamen pericial y lo sustentó en audiencia del 23 de febrero de 2024. En el dictamen y en la sustentación advirtió que era mandatorio el suministro el tratamiento antibiótico intraparto a la señora YANILSEN LONDOÑO con el fin de prevenir el contagio de la menor al momento del nacimiento y de esta forma haber podido evitar su muerte, la cual era prevenible de haberse seguido con los protocolos y guías que lo establecían. También se pronunció sobre el tiempo que la terapia se debía suministrar, la omisión de valoración por médico ginecólogo desde el

ingreso al Hospital, la falta de verificación de en cuantos centímetros estaba de dilatación al ingreso, entre otros aspectos. Por la importancia del dictamen se transcribe a continuación:

### **CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL**

*(...)*

*En general, se alcanzan concentraciones adecuadas en minutos, pero se recomienda que al menos reciba 4 horas de tratamiento previo al parto; sin embargo, no se contraindica su uso, si se espera un periodo de tiempo menor, pues inclusive con 1 – 2 horas, (desde el tratamiento hasta el parto), se ha demostrado su utilidad para disminuir el riesgo de transmisión.*

*En este caso la señora tenía una clara indicación para recibir profilaxis antibiótica y **consultó a las 2:29 a.m., pero no fue evaluada por el ginecólogo sino hasta las 5:48 a.m.**, en un trabajo de parto muy avanzado y aunque ya era poco probable que alcanzaría a recibir 4 horas de tratamiento (que es el tiempo mínimo que se requiere para ser efectivo), se debió ordenar su administración.*

*El bebé desarrolla rápidamente un cuadro severo de sepsis temprana, que no respondió al manejo instaurado y que no era candidato a manejo quirúrgico y por lo tanto fallece.*

*(...)*

### **RESPUESTAS A CUESTIONARIO PROPUESTO**

1. *Determinar si la atención prestada a la señora, las entidades demandadas le brindaron la atención médica que su estado de salud requería en la oportunidad requerida.*

**RESPUESTA:** *La paciente consultó por sus propios medios al hospital de segundo nivel, y aunque la señora llegó a las 2:29 a.m., solo fue evaluada por el médico a las 5:48 a.m., encontrándola en trabajo de parto avanzado (dilatación 8 cms y borramiento del 90%), es muy difícil saber en qué dilatación estaba a las 2:29, puesto que al parecer no fue examinada en ese momento y no hay datos en la historia clínica para establecer la causa de la demora (atención de otros pacientes, realización de cirugías, etc.).*

*En resumen, no sabemos en qué estado de dilatación consultó la señora, pero la atención médica comenzó a las 5:48, cuando el trabajo de parto estaba avanzado (Aclaración número 2, única pregunta), lo cual no garantizaría que recibiera la profilaxis por el tiempo mínimo indicado, sin embargo, se debió ordenar su aplicación, aunque no se garantizara su total eficacia.*

2. *¿Qué es el Streptococcus agalactiae o Streptococcus del grupo B?*

**RESPUESTA:** Es una bacteria que se encuentra normalmente en el tracto genito-urinario e intestinal de los humanos, pero cuando las mujeres embarazadas están altamente colonizadas, pueden transmitirlo a sus hijos y estos desarrollar infecciones severas conocidas como sepsis e inclusive la muerte.

3. ¿Cuál es la importancia de su detección durante el embarazo?

**RESPUESTA:** Las embarazadas colonizadas pueden transmitirlo a sus hijos y estos desarrollar sepsis, por lo que se recomienda detectar a las mujeres colonizadas para darles antibióticos durante el parto y disminuir el riesgo de sepsis en el recién nacido

4. ¿Cómo se transmite el *Streptococcus agalactiae* de la madre al neonato?

**RESPUESTA:** Se transmite durante el paso del feto por el canal vaginal o de manera ascendente cuando las membranas están rotas por mucho tiempo

5. ¿Cómo prevenir la transmisión?

**RESPUESTA:** Se previene con el uso de antibióticos (principalmente penicilina y ampicilina) durante el parto en las mujeres con cultivo positivo o con factores de riesgo

6. ¿Cuál es el examen diagnóstico para el *streptococcus agalactiae* durante el embarazo?

**RESPUESTA:** El examen recomendado es el cultivo del recto y la vagina, en unos medios especiales que permiten el crecimiento de este germen y debido a que la colonización es intermitente, se recomienda que se realice 4 – 5 semanas antes del parto (semana 35 – 37).

También, se recomienda la profilaxis si se encuentra en los cultivos de orina en cualquier momento del embarazo.

7. ¿Cuál es la recomendación científica mundial en tamizaje?

**RESPUESTA:** La recomendación varía entre países, por ejemplo, en Estados Unidos y Colombia, se recomienda hacer tamizaje universal (o sea a todas las embarazadas) en la semana 35 a 37, pero en otros países como el Reino Unido o Israel, se aconseja dar profilaxis solo a las mujeres con factores de riesgo (no el tamizaje universal)

8. ¿Que recomienda frente a tamizaje del *Streptococcus agalactiae* el Ministerio de la protección social en Colombia?

**RESPUESTA:** Tamizaje universal entre las 35 a 37 semanas

9. ¿Cuál es la recomendación científica mundial y del Ministerio de protección social en Colombia de tratamiento cuando es detectado el *Streptococcus agalactiae* en una madre gestante?

**RESPUESTA:** Se recomienda dar profilaxis antibiótica durante el trabajo de parto principalmente con penicilina y ampicilina y por al menos 4 horas.

10. ¿Qué es la Sepsis Neonatal temprana?

**RESPUESTA:** Es una infección severa que se presenta en los recién nacidos en las primeras 72 horas de vida y que puede ser ocasionada por varios gérmenes principalmente por estreptococco del grupo B y otros como los Gram negativos.

11. ¿Cuál es la asociación de Sepsis Neonatal Temprana con el *Streptococcus agalactiae*?

**RESPUESTA:** El estreptococco agalactie, es uno de los principales gérmenes que pueden ocasionar la sepsis neonatal temprana.

12. ¿Cuál es el porcentaje de mortalidad por la Sepsis Neonatal Temprana?

**RESPUESTA:** Actualmente la tasa de mortalidad es del 4%, pero cuando se presenta en prematuros esta tasa puede aumentar hasta un 40%

13. ¿Es recomendable dejar sin tratamiento antibiótico intraparto a una paciente embarazada a quien le realizan Tamizaje de detección de *Streptococcus agalactiae* y este sale positivo?

**RESPUESTA:** No.

14. ¿Qué consecuencias puede traer para el neonato dejar sin tratamiento antibiótico intraparto contra el *Streptococcus agalactiae* a la madre?

**RESPUESTA:** Cuando la madre es portadora de esta bacteria y no recibe antibiótico durante el parto, se colonizarán el 40-50% de los recién nacidos y de estos entre el 1% y 2% va a desarrollar la sepsis.

15. ¿En el caso particular de la señora Yanilsen Londoño, a quien no le fue suministrado tratamiento intraparto, hubo negligencia médica, que pudo incidir en la muerte por sepsis neonatal de su hija recién nacida?

**RESPUESTA:** Por motivos que desconozco, la paciente fue evaluada por el ginecólogo a las 5:48 a pesar de haber consultado a las 2:29 a.m. y a pesar de haberse registrado en su historia clínica desde esta hora, los antecedentes de ser portadora de estreptococo agalactiae se debió ordenar la aplicación del antibiótico, aunque era poco probable que alcanzara a recibirlo por 4 horas, que es el tiempo mínimo recomendado.

Es preciso señalar que en el presente caso de conformidad con la historia clínica del Hospital San Juan de Dios, en la que se indicó que el ingreso de la paciente fue a las 2:29 del 15 de octubre de 2015 y teniendo en cuenta que el nacimiento se produjo a las 6:26 horas, es decir casi 4 horas (3 minutos menos que 4 horas), se contaba con tiempo suficiente para la administración del antibiótico. Incluso se debe advertir que la paciente realmente ingresó a la 1 de la mañana, conforme lo indicó en el interrogatorio de parte, y por lo tanto el Hospital con mayor razón contaba con el tiempo suficiente para su aplicación.

Cabe señalar también, que, aunque se contaba con 4 horas o más para iniciar el antibiótico, existen estudios que señalan, conforme a las respuestas del perito en el dictamen y en la sustentación al mismo, **que con 2 horas de suministro del mismo es suficiente para que los bebés nazcan sin infección y que en todo caso es mejor aplicarlo siempre que no**

**aplicarlo, no importa el tiempo.** Pero en este caso ni lo uno ni lo otro, el Hospital omitió su deber y obligación y generó por su negligencia el deceso de la hija de la Sra. Yanilsen Londoño.

En cuanto a la falta del suministro del antibiótico señaló que este es un protocolo universal que existe desde hace muchos años, y es ampliamente conocido por los médicos, y agregó que al momento del parto de la señora YANILSEN LONDOÑO ya estaba vigente la guía que lo implementaba.

Es oportuno manifestar que si bien las obligaciones de los médicos generalmente son de medio y no de resultado, éstos no se exoneran de la responsabilidad que en este caso les corresponde por la pérdida de la hija recién nacida de YANILSEN LONDOÑO, ya que contrario a lo señalado por el apoderado de la entidad, **la obligación de medios demanda toda la atención, diligencia y cuidado por parte del profesional de la salud, habida cuenta que debe poner en práctica todo su conocimiento, investigar, indagar y valorar de manera independiente el estado de cada paciente, con el fin de emitir el diagnóstico correcto y dar inicio al tratamiento adecuado para cada patología.**

Por lo anterior, se evidencia el incumplimiento de los profesionales de su obligación de actuar con diligencia y cuidado, por tanto, puede hablarse de la violación de la obligación de medios que recaía sobre el personal médico, de modo que si hubieran actuado diligentemente, suministrando a la paciente el tratamiento antibiótico intraparto que requería, la bebé no hubiera adquirido la sepsis temprana, y en consecuencia, estaría viva.

Por estas razones se debe ratificar la condena al Hospital San Juan De Dios por el deceso de MARIA CAMILA GARCÍA LONDOÑO (Q.E.P.D.).

**B. CON LOS ALEGATOS PRESENTADOS POR EL APODERADO DE LA ENTIDAD DEMANDADA, SE PRETENDE REVICTIMIZAR A LA SEÑORA YANILSEN LONDOÑO, QUIEN PARA LA FECHA DE LOS HECHOS Y DADO SU ESTADO DE MADRE GESTANTE Y DE INDEFENSIÓN REQUERÍA SER PROTEGIDA, TANTO ELLA COMO SU HIJA MARIA CAMILA.**

En el recurso de apelación presentado por el apoderado del Hospital San Juan de Dios, el abogado de la entidad demandada, en un afán de pretender la exoneración injustificable de su representada, pretende trasladar esa responsabilidad a la misma víctima, quien por su estado de gestación, merecía una especial protección y atención por parte de las demandadas.

El apoderado del San Juan de Dios hace afirmaciones sin fundamento en la que acusa a la víctima de no haberse trasladado al Hospital San Juan de Dios, una vez es valorada y ordenada su remisión en el Hospital de 1 nivel, desconociendo que **la historia clínica es clara al señalar que la remisión es solo para el momento del parto.** Es por esto que la señora YANILSEN LONDOÑO, paciente embarazada y de escasos recursos económicos, siguiendo las instrucciones dadas en la ESE ORIENTE, solo asiste al Hospital San Juan de Dios cuando presenta los dolores del parto.

Al respecto se evidencia en la historia clínica de la ESE ORIENTE lo siguiente:

**El 10 de septiembre de 2015 la paciente asiste a consulta por Ginecología se registra en la historia clínica de la paciente que cursa con embarazo de 35,5 semanas de bajo riesgo por la evolución del embarazo. No obstante posteriormente se anota que los**

exámenes de rutina prenatal se encuentran en límites normales, salvo el de cultivo rectovaginal que dio positivo para *Streptococo Agalactiae* en recto. Señalan que el peso de la señora Yanilsen es de 74 Kg, por lo que consideran a la paciente obesa. Con el peso de la paciente y el resultado del cultivo rectovaginal señalado, consideran que la paciente es una paciente de alto riesgo. Se registra en la historia clínica que la paciente requiere antibioticoterapia intraparto y sugieren remisión a Nivel II para atención del parto. Se solicita cita con medicina general.

El 17 de septiembre asiste a control por Medicina general y dan orden de remisión de atención de parto a Nivel II Hospital San Juan de Dios. No explican a la paciente sobre riesgos adicionales, ni tampoco dan instrucción nuevas a la paciente diferente a las señales de alarma que rutinariamente se le habían dado.

También afirma el apoderado que la paciente, señora YANILSEN LONDOÑO no fue diligente al no presentarse con el resultado del cultivo rectovaginal que indicaba que era positivo para el STREPTOCOCO AGALACTAE, cuando en la misma historia clínica de ingreso, es evidente que la paciente se informó sus antecedentes, tanto así que quedó registrado en la misma historia clínica del Hospital San Juan de Dios.

Efectivamente, en el folio 74 se observa el ingreso de la paciente a las 02:29:49 horas, y también se observa en la parte final del motivo de consulta, la anotación del estreptococo así: "... cultivo RV positivo para *E Agalactae*".

SALA DE PARTOS		APELLIDOS	LONDOÑO	NOMBRE	YANILSEN	EDAD	33	MESES	00	DÍAS	00	SEXO	F
NOMBRES		YANILSEN		FECHA DE EGRESO		14/10/2015		10:03:30					
FECHA DE INGRESO		13/10/2015		02:29:49		SERVICIO DE EGRESO		SALA DE OBSTETRICIA					
SERVICIO DE INGRESO		SALA DE OBSTETRICIA		ESTADO GENERAL AL EGRESO		ESTABLE							
ESTADO GENERAL AL INGRESO		ESTABLE											
MOTIVO DE LA CONSULTA		TENGO DOLORES											
ENFERMERA YANILSEN LONDOÑO MEDAD 33 AÑOS ACTUA G3P2 CON FUR NO CONFIABLE POR PLANIFICACION CON PRIMERA ECOGRAFIA 18-MARZO-15 9.5SS EXTRAPOLADA 39.5SS, CON ULTIMA ECOGRAFIA EL 4-SEP-15 34SS FUVU PLACENTA POSTERIOR GRADO II ILA NORMAL CRECIENDO EN PERCENTILES ADECUADOS. CONSULTA POR CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO CONTRACCION IRRADIADO A ESPALDA, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PERDIDA VAGINALES, NI PREMONITORIOS. LEUCO 5.1 N 78 L 11 HB 12.1 HTO 35 PLT 246, P.O SUGESTIVO A ITU MANEJADA CON CEFALEXINA, FROTIS VAGINOSIS METRONIDAZOL OVULOS, TOXOPLASMA IGG + IGM -, HEPATITIS NEGATIVO, VIH NEGATIVO, SEROLOGIA NEGATIVO, CULTIVO RV POSITIVO PARA <i>E AGALACTAE</i> . NIEGA													

Injustificadamente, también señala el apoderado que la paciente se presentó tarde y que no era posible aplicar el tratamiento antibiótico, cuando está evidenciado en la historia clínica de la señora Yanilsen, que desde el momento en que se presenta hasta el momento del parto, transcurren casi 4 horas (3 HORAS CON 57 MINUTOS). Quedó acreditado mediante dictamen pericial, que si bien, el tiempo ideal para administrar el tratamiento profiláctico son 4 horas antes del parto (tiempo similar al transcurrido entre el ingreso de la paciente hasta el parto), lo correcto es suministrar el tratamiento en cualquier momento antes del parto, conducta que igualmente fue omitida por los galenos que atendieron a la paciente.

En la historia Clínica se evidencia los tiempos de ingreso, así como el tiempo del alumbramiento.

Lastimosamente y a pesar de lo anterior, la paciente solamente es ingresada a sala de partos y valorada por el servicio de ginecología a las 05:48:38 horas del 13 de octubre de 2015, tal como consta en el folio 75 de la demanda donde igualmente se registra el antecedente de streptococo agalactae por cultivo rectovaginal positivo.

<b>I. DATOS DE IDENTIFICACION</b>		38600343	HISTORIA	549875
FECHA Y HORA CONSULTA	13/10/2015 05:48:38	MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI	BARRIO LAS ORQUIDEAS
P. RESPONSABLE	TELEFONO	ESCOLARIDAD	Básica Secundaria	
NOMBRE	YANILSEN	APELLIDOS	LONDOÑO	GARCIA
DIRECCION	CLL 119 28D45	TELEFONO	400 44 74	ASEGURADOR
<b>II. DATOS GENERALES DEL EVENTO</b>		COOSALUD ESS	TIPO DE CONSULTA	
MOTIVO CONSULTA :		1 Consulta General		
MOTIVO CONSULTA :		TENGO DOLORES		
TRIAGE CLASIFICADO	3	REMITE	NO REMITIDO	
<b>V. ANAMNESIS - ENFERMEDAD</b>		GESTANTE	SI	SEMANAS
YANILSEN LONDOÑO		39		PESO
33 AÑOS		78		Kg.
G3P2 CON FUR NO CONFIABLE POR PLANIFICACION CON PRIMERA ECOGRAFIA 16-MARZO-15 9.5SS. EXTRAPOLADA 39.5SS. CON ULTIMA ECOGRAFIA EL 4-SEP-15 3455 FUVC PLACENTA POSTERIOR GRADO II ILA NORMAL. CRECIENDO EN PERCENTILES ADECUADOS.		ESTADO CIVIL		CASADO
CONSULTA POR CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO CONTRACCION IRRADIADO A ESPALDA, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PERDIDA VAGINALES, NI PREMONITORIOS.		ESTADO PACIENTE		VIVO
LEUCO 5.1 N 78 L 11 HB 12.1 HTO 35 PLT 246, P.O SUGESTIVO A ITU MANEJADA CON GEFALEXINA, FROTIS VAGINOSIS METRONIDAZOL OVULOS, TOXOPLASMA IGG + IGM -, HEPÁTITIS NEGATIVO, VIH NEGATIVO, SEROLOGIA NEGATIVO, CULTIVO RV POSITIVO PARA ANTECEDENTES		ALERTA TEMPRANA		Ninguno
PAT. NIEGA				

Posteriormente a folio 77 de la demanda se observa la hora en que se presenta el expulsivo de la señora YANILSEN LONDOÑO, registrándose el mismo a las 6:26 horas del 13 de octubre de 2015, así:

NOTA:	FECHA EVOLUCION : 13/10/2015	ASISTENCIAL : MRIA XIMENA VERGARA	REGISTRO : 0	CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA	SERVICIO : SALA DE CAMA - OBSTETRICIA
01	06.38.22	VERGARA			
TA : 06+20 INGRESA PACIENTE A LA SALA DE PARTOS EN SILLA DE RUEDAS, EN PERIODO EXPULSIVO, SE UBICA EN MPESA GINECOLOGICA, SE LA VA PERINE, CONTINUA SU PERIODO EXPULSIVO, SE ASISTE EN PUJO. 06+26 NACE PRODUCTO UNICO VIVO DE SEXO FEMENINO PARTO ATENDIDO POR EL DR VALENCIA SE ADMINISTRA 1 BOLLA DE OXITOCINA EV DIRECTAS SE ENTREGA AL RECIEN NACIDO AL INTERNO DE PEDIATRIA QUIEN LO ESTIMULA MIENTRAS PINZAN Y CORTAN CORDON. MAN MUESTRA PARA TSH Y HEMOCLASIFICACION, POSTERIOR LO TRASLADA EN CUNA A LAMPARA DE CALOR RADIANTE DONDE COLOCA CLAMP EN MUÑON UMBILICAL, REALIZA PROFILAXIS OFTALMICA Y UMBILICAL, SE ADMINTRA VITAMINA K 0.5ML INTRAMUSCULAR, SE TOMA MEDIDAS ANTROPOMETRICA PESO: 3480 G 3CM, PC: 37CM, PT: 36CM, MECONIO (+) MICCION (-) SE VISTE Y MUESTRA A LA MADRE. 06+32 SE PRODUCE EL ALUMBRAMIENTO COMPLETO Y ESPONTANEO DE LECENTA SEGUN INFORMA EL OBSTETRA. QUIEN REvisa LA PACIENTE, POSTERIOR SE ASEA Y SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA PARA CONTROL DE SIGNOS TALES, INVOLUCION UTERINA Y SANGRADO VAGINAL, RECIEN NACIDO VIVO Y ACTIVO EN INCUBADORA, PENDIENTE TRASLADAR A SALA DE PUERPERIO AGNOSTICOS					
BIO:					

Es decir, que según la historia Clínica del Hospital San Juan de Dios la paciente ingresa a esta institución, desde las 02:29 del día 13 de octubre de 2015, y la bebé nace a las 6:26 a.m. del mismo día, por lo cual, si desde su ingreso hubiera sido atendida adecuadamente y se le hubiera suministrado el tratamiento intraparto requerido y necesario, según los protocolos de atención, la bebé de la señora YANILSEN LONDOÑO estaría viva, ya que desde su ingreso hasta el nacimiento, pasaron casi 4 horas, tiempo suficiente para suministrar el tratamiento antibiótico requerido.

La misma historia clínica de la menor, habla de la omisión de haberse suministrado el tratamiento requerido.

Entre otros, a folio 94 hora 06:35:00 se ordena hospitalizar a la recién nacida por cultivo recto vaginal positivo sin recibir tratamiento.

A folio 109 se encuentra la remisión de la menor al H.U.V y en la misma se señala que la menor se remite por riesgo de sepsis por antecedente materno de cultivo recto vaginal positivo sin recibir tratamiento.

EN FEMENINA DE 1 DIA DE VIDA, QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA POR RIESGO DE SEPSIS POR ANTECEDENTE MATERNO DE CULTIVO RECTO VAGINAL POSITIVO SIN RECIBIR TRATAMIENTO ALGUNO E INTOLERANCIA A LA VIA ORAL, POR LO QUE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON AMPICILINA + GENTAMICINA DIA 1, EN HORAS DE LA MAÑANA PRESENTO EPISODIOS EMETICOS, QUEJIDO FUERTE Y DISTENSION ABDOMINAL, POR LO QUE SE SUSPENDE LA VIA ORAL, SE PASA SONDA GASTROGASTRICA OBTENIENDO RESIDUO DE LECHE 20CC Y SE DEJA A LIBRE DRENAJE. POR LO QUE SE DECIDE REMITIR A NIVEL SUPERIOR, POR DISTENSION ABDOMINAL E INTOLERANCIA A LA VIA ORAL. INTERVENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL
---

Sobre la hora del ingreso al Hospital San Juan de Dios, y aunque en la historia clínica se indica que la paciente ingresó a las 2:29 horas del 13 de octubre de 2015, dicha anotación no es cierta, tal y como lo relató en forma espontánea la Sra. Yanilsen Londoño en el interrogatorio de parte recaudado el 23 de febrero de 2024. También ella relató la desinteresada y omisiva atención recibida, en la que a pesar de insistir y rogar para que le fuera aplicado el antibiótico, este nunca le fue aplicado. En dicho interrogatorio señaló (audio 2, inicia 1:01:02):

- Que ingresó en la 1 de la mañana del 13 de octubre de 2015 al Hospital San Juan de Dios.
- Que cuando ingresó entregó el documento de remisión que a su vez le había suministrado la Red Salud Oriente.
- Que tan pronto ingresó y la atendieron informó que requería una profilaxis (antibiótico) por el streptococo agalactiae y que le decían que luego se li aplicaban.
- Que en vista de que no se lo aplicaban, aproximadamente a las 2 de la mañana volvió a insistir, y siguió reiteradamente insistiendo en la aplicación de la profilaxis (antibiótico).
- Que como siempre se paraba de la camilla para insistir al personal médico y asistencial que le aplicaran el antibiótico, el médico y/o enfermera a cargo la sujetó de los dos brazos con brazaletes a una camilla en un cuarto sola, para que no volviera a insistir en lo mismo.
- Que estando amarrada a la camilla ingresó una enfermera y ella volvió a insistir sobre la profilaxis pero no le prestaron atención.
- Que la bebe nació y no le aplicaron la profilaxis (antibiótico) y por lo tanto la bebe falleció a causa de la bacteria.

El apoderado, pretende aún varios años después de la desafortunada atención médica brindada por su representada, seguir perpetuando la violencia obstétrica de la que fue víctima la señora YANILSEN LONDOÑO y de esta forma seguir revictimizando a la víctima, quien por negligencia de la entidad demandada pierde a su hija, al no aplicarle en el momento del parto el tratamiento antibiótico que requería.

Además de la negligencia demostrada del Hospital San Juan de Dios, en la atención de la paciente que condujo a la muerte de la bebe recién nacida, con lo probado en el proceso quedó evidenciado también un claro caso de violencia obstétrica que merece el más enérgico reproche y condena.

La violencia obstétrica ha sido definida como *“una forma de violencia contra las mujeres que envuelve todos los maltratos y abusos de los que son víctimas en los servicios de salud reproductiva”*. La cual abarca, *“todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados”*.

Al respecto la Sentencia SU048/22 de la Corte Constitucional señaló:

*“Adicionalmente, resulta relevante lo expuesto por la OMS en su Declaración del 2014, según la cual: “en los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a (...) negligencia hacia las mujeres durante el parto -lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables”. Posteriormente, otros investigadores han identificado que constituye violencia obstétrica la “**negligencia y abandono, largas demoras y asistencia médica calificada ausente al momento del parto**”.*

1. 7.7. A pesar de que la violencia obstétrica es un asunto que apenas está siendo

*examinado, visibilizado y discutido, pues “sólo desde hace poco las mujeres han empezado a hablar sobre las burlas y los reproches, insultos y gritos que sufren por parte de los trabajadores sanitarios”, lo cierto es que resulta necesario hacer alusión al marco normativo y los pronunciamientos de diferentes autoridades en materia de protección del embarazo, el parto y la lactancia.*

1. 7.8. *El artículo 43 de la Constitución Política consagró que la mujer “durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado”. Además, el artículo 12 de la CEDAW establece:*

*“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*

*2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.*

(...)

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

Al escuchar el relato de la señora Yanilsen expuesto en el interrogatorio de parte, no cabe duda que la señora YANILSEN fue víctima de este tipo de violencia, pues conforme a lo probado, a pesar de insistir en reiteradas ocasiones en la necesidad del antibiótico no solo fue ignorada, sino que contra su voluntad fue prácticamente amarrada a una camilla, para que no insistiera en su petición, lo que condujo a que no se le suministrara el antibiótico y por lo tanto su bebe se infectará y falleciera.

Estos hechos representan una clara violación de derechos constitucional y convencionalmente protegidos que ameritan que la indemnización de perjuicios sea doblada en el presente asunto por parte del Juez, con el fin de prevenir que actuaciones como estas se perpetúen en contra de las madres gestantes y de los bebés que están por nacer.

Es necesario efectuar algunas consideraciones en torno al deber respecto de la protección a la familia y particularmente a la mujer en embarazo, derechos fundamentales consagrados en los artículos 42 y 43 de la Carta Política. Así pues, la norma fundamental estableció que durante el embarazo y después del parto, **la mujer tiene derecho a gozar de especial asistencia y protección del Estado**, lo cual, como resulta apenas natural, incluye la asistencia médico hospitalaria necesaria e integral antes, durante y después del parto.

La causa de la muerte de la menor MARIA CAMILA GARCÍA LONDOÑO (16 Octubre de 2015) se produce en el Hospital Universitario del Valle por paro cardiorrespiratorio secundario a sepsis, lugar al que había sido remitida en muy malas condiciones, el día 14 de octubre de 2015 a las 13:59 horas desde el Hospital San Juan de Dios, con diagnóstico de sepsis temprana por cultivo rectovaginal positivo en su primer día, **sin haber recibido la intervención antibiótica requerida al momento del parto de su madre y de su nacimiento.** (VER HISTORIA CLÍNICA HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE)

### **C. INEXISTENCIA DE LA FALTA DE COMPETENCIA ALEGADA**

Si bien es cierto, el Hospital San Juan de Dios, es una entidad de naturaleza privada, la Red de Salud Oriente es de naturaleza pública y al ser dos las entidades legitimadas en la causa por pasiva las que concurririeron al proceso, y en virtud del fuero de atracción, que permite que los entes privados puedan justificarse ante la jurisdicción propia de los entes territoriales, en consecuencia la jurisdicción administrativa adquiere la competencia en forma definitiva y no provisional ni condicionada al éxito de las pretensiones, pues no se trata de una competencia provisional, ajena al esquema de la teoría del proceso. Por el contrario, dicho fuero implica que todas las partes puedan ser juzgadas por el mismo juez.

Las razones para imputar la responsabilidad a la Red de Salud Oriente quedaron claramente definidas en la demanda, y en el recurso de apelación interpuesto por la suscrita apoderada de la parte demandante, estableciendo que la conducta de la Red de Salud Oriente al remitir a la paciente a otra institución, pudiendo ser atendida en la misma Red (Hospital Carlos Holmes Trujillo), al no informar claramente a la paciente sobre los riesgos que corría la vida del nasciturus al momento del parto de no recibir el tratamiento adecuado y al no garantizar la remisión en la forma establecida por la Ley, influyeron directamente en la muerte de la bebé recién nacida hija de la señora Yanilsen Londoño.

### **D. CONCLUSIÓN**

Por todo lo anteriormente expuesto, en este escrito, así como en el escrito de apelación presentado por la suscrita, donde se evidencia la falla en la prestación del servicio médico y el nexo causal entre la falla y el daño, el cual consistió en la muerte de la recién nacida MARIA CAMILA GARCÍA LONDOÑO, comedidamente solicito reconocer la responsabilidad solidaria entre el Hospital San Juan de Dios y la Red de Salud, reconociendo a los demandantes el 100% de los perjuicios solicitados, ya que se evidenció que a la madre no se le brindó el antibiótico que se requería al momento del parto de la menor, lo que a la postre ocasionó que la menor adquiriera la bacteria y falleciera por una sepsis temprana.

Por lo anterior, es claro que hay una omisión evidente ya 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 y que el servicio médico no fue cubierto en forma diligente, ya que no se puso a su disposición del paciente todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que tenían al alcance.

En casos como el presente, el Consejo de Estado ha condenado a las entidades demandadas a reparar los perjuicios causados por el 100%, **ya que no poner a disposición del paciente los medios a su alcance para prevenir el desenlace fatal de una enfermedad curable, es un hecho que no admite consideración, ni graduación de la condena.**

#### E. PETICIÓN

Por lo anteriormente expuesto, comedidamente solicito:

1. Modificar la sentencia de primera instancia declarando la responsabilidad solidaria entre la RED DE SALUD ORIENTE E.S.E y el Hospital San Juan de Dios.
2. Que se reconozcan además de los perjuicios reconocidos en la sentencia de primera instancia, perjuicios por afectación a derechos constitucionales a favor de los demandantes de la forma solicitada en este escrito.

Se remite copia de este memorial a los apoderados de las partes:

[notijudicialesredorient@gmail.com](mailto:notijudicialesredorient@gmail.com)  
[notificacionesjudiciales@eseorient.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@eseorient.gov.co)  
[juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co)  
[notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,



**MARÍA TERESA FERNÁNDEZ LÓPEZ**

C.C. No. 29.125.161 de Cali

T.P. No. 116.482 del C.S.J.

Email: [maria.fernandez@duquet.com](mailto:maria.fernandez@duquet.com)