



Rama Judicial

República de Colombia

JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ
Ibagué, diecinueve (19) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

RADICADO N.º: 73001-33-33-004-**2021-000164-00**
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS
y OTROS
DEMANDADO: MUNICIPIO DE ANZOATEGUI y OTROS
Tema: Falla médica Obstétrica

SENTENCIA

Procede el Despacho a dictar sentencia dentro del presente medio de control de **REPARACIÓN DIRECTA** promovido por los señores **MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANO y WILSON YOVANNY AREVALO SUAREZ**, actuando en nombre y representación de su menor hija **EVELYN YISEL AREVALO RODRIGUEZ** en contra del **MUNICIPIO DE ANZOATEGUI, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANZOATEGUI, HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE, CLINICA TOLIMA S.A. Y ASMET SALUD EPS SAS**, y como entidades llamadas en garantía **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE, CLINICA TOLIMA SA y ALLIANZ SEGUROS S.A.**, radicado con el número **73001- 33-33-004-2021-00164-00**.

1. Pretensiones

Según se indicó en la audiencia inicial¹ que se adelantó el 23 de noviembre de 2022, los pedimentos de la parte actora se circunscriben a:

“A través del sub lite la parte demandante pretende se declare que las Entidades demandadas son administrativa, solidaria y extracontractualmente responsables por los perjuicios morales y materiales causados a los demandantes por la omisión en la prestación del servicio de salud que conllevó a la muerte del nasciturus de los señores Mayerly Andrea Rodríguez Castellanos y Wilson Yovanny Arévalo Suarez.

¹ Índice No. 00116 – Cuad. PPal. del expediente digitalizado.



En razón a ello solicita el reconocimiento y pago de los perjuicios relacionados en el escrito de demanda.”.

2. Hechos

Se tienen como hechos relevantes de la demanda los siguientes según se consignó en la audiencia inicial²:

“1. Que la señora Mayerly Andrea Rodríguez Castellanos el 09 de marzo de 2019 inició controles prenatales con 8.6 semanas de gestación, siendo un embarazo de alto riesgo por tener antecedente de cesárea por desproporción cefalopélvica; igualmente, señala que tuvo una cesárea previa el 4 de julio de 2013 (hechos 1, 2 y 3)

2. Que el 26 de abril de 2019 fue el segundo control perinatal en el Hospital San Juan de Dios de Anzoátegui donde se indica embarazo de alto riesgo por cesárea previa, hipertensión arterial durante el embarazo actual y amenaza de aborto por sangrado de primer trimestre, luego el feto requería de cuidado y atención especial (hechos 4 y 5)

3. Que la señora Mayerly Andrea Rodríguez Castellanos el 15 de mayo de 2019 acudió a control con el Ginecólogo y obstetricia Dr. Juan Carlos Ramírez, quien resaltó desproporción céfalo pélvica o DCP, es decir, desproporción entre la cabeza del bebé y la pelvis de la madre, ordenado ecografía obstétrica de detalle, la cual fue realizada el 23 de mayo de la misma anualidad, determinándose que el embarazo estaba fluyendo normal, pese a ser de alto riesgo (hechos 6 y 7)

4. Que el 13 de julio de 2019 la señora Mayerly Andrea Rodríguez Castellanos acudió al Hospital San Juan de Dios donde determinaron tener infección de vías urinarias; posteriormente, ingresa de nuevo el 18 de agosto de 2019 por presentar dinámica uterina irregular, movimientos fetales activos pero disminuidos iniciando primera dosis de maduración pulmonar y siendo remitida al Hospital Federico Lleras Acosta, donde al día siguiente, 19 de agosto le suministran la segunda dosis para completar la maduración pulmonar con reporte de ecografía obstétrica feto único vivo, peso de 2028 gramos, estando en condiciones de sobrevivir fuera del útero (hechos 8, 9, 10 y 11)

² Ibidem



5. Que el 21 de agosto de 2019 la Ginecóloga Sheida Yarima Bayona registró en la historia clínica que la amenaza de parto estaba resuelto, pues la ecografía obstétrica estaba dentro de los límites normales, con esquema de maduración pulmonar completo por lo que se decide dar egreso por falso trabajo de parto; el 23 de agosto la señora Mayerly Andrea Rodríguez Castellanos ingresó al servicio de urgencias de la clínica Tolima por presentar dolor bajo, el 24 de agosto en epicrisis de la clínica Tolima se indica que en último monitoreo fetal no hay actividad uterina, sin embargo durante la ecografía presentó contracciones de moderada intensidad irregulares, por lo que la dejan hospitalizada en ginecología (hechos 12, 13 y 14)

6. Que el 25 de agosto de 2019, la médico general, Dra. Carolina Penagos Delgado elaboró egreso con diagnostico principal falso trabajo de parto antes de la semana 37 completas de gestación, y ordena control por obstetricia para el 26 de agosto de 2019, sin embargo, practicada la ultrasonografía obstétrica se indica que no se evidencia frecuencia cardiaca, óbito fetal, por lo que el 27 de agosto ingresó a quirófano para desembrazar, hallando óbito fetal de sexo femenino sin signos fetales; en informe pericial se indica que la causa de la muerte fue una hipoxia cerebral por sufrimiento fetal (hechos 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21)". (Negrillas fuera de texto).

3. Contestación de la Demanda³

3.1. MUNICIPIO DE ANZOÁTEGUI

“La apoderada judicial de la entidad demanda manifiesta que se opone a las pretensiones de la demanda bajo el argumento que carecen de fundamento de imputación fáctica y jurídica, como quiera que la entidad territorial no ha causado ningún perjuicio, ni por acción ni por omisión.

En cuanto a los hechos manifiesta que son ciertos el 1- 4, 6, 8, 9, 11-20; realiza precisiones respecto del 5, 7; no le consta el 10. no acepta el 3, 4, 5, 6 y 7.

Como medios exceptivos señala el denominado falta de legitimación en la causa por pasiva.”

³ Ibidem



3.2. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANZOÁTEGUI

“La apoderada judicial de la entidad demanda manifiesta que se opone a las pretensiones de la demanda por ser improcedentes y carecer de fundamentos fácticos y legales que sustenten la prosperidad de las mismas.

En cuanto a los hechos manifiesta que son ciertos el 1, 3, 4, 7, 8, 9 y 10; parcialmente cierto el 2 y 5; no es cierto el 6; frente a los demás no le consta.

Como medios exceptivos señala los denominados inexistencia de la responsabilidad administrativa por prestación de servicios médicos e inexistencia de nexo causal.”.

3.3. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ

“La apoderada judicial de la entidad demanda manifiesta que se opone a las pretensiones de la demanda por no tener fundamento los hechos en que se sustentan ni razón en derecho.

En cuanto a los hechos manifiesta que son ciertos el 1, 9, 10 y 15; no son hechos el 2, 5, 7, 12 y 14; no le consta el 3, 6, 8, 16, 17, 18 y 20; se oponen al 11, 13 y 19.

Como medios exceptivos señala los denominados ausencia del nexo de causalidad y de responsabilidad por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, ausencia de culpa profesional o administrativa, no procedencia de indemnización por no tener responsabilidad la institución en la muerte de nasciturus hija de Mayerly Rodríguez Castellanos y excepción genérica.

Se presenta oposición en cuanto a los medios exceptivos que planteó La Previsora SA Compañía de Seguros.”

3.4. CLINICA TOLIMA S.A.

“El apoderado de la entidad manifiesta que se opone a la prosperidad de las pretensiones, por cuanto considera que la clínica no tiene ninguna responsabilidad en el daño antijurídico ya que la atención brindada a la madre gestante se dio conforme a la lex artis.



En cuanto a los hechos manifiesta que son ciertos el 13, 14, 15 y 16; no le consta el 1-5, 9 y 11; cierto parcialmente el 6; se opone el 7, 8, 10, 12, 19 y 20; no son ciertos el 17 y 18.”

3.5. ASMED SALUD EPS SAS

El apoderado de la entidad manifiesta que se opone a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, por cuanto no puede ser declarada administrativamente responsable ya que corresponde a una empresa privada que no está sujeta a tal clase de responsabilidad.

Frente a los hechos señala que es cierto el 1, 3, 4, 7, 12, 15 y 20; parcialmente cierto el 2, 5, 8, 11 y 14; no son ciertos el 6, 9, 10, 13, 16, 17 y 18.

Como medios exceptivos señala los denominados INEXISTENCIA DE ACTUACIÓN ANTIJURIDICA IMPUTABLE A ASMET SALUD EPS SAS Y EN CONSECUENCIA, INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTO IMPUTADO Y EL DAÑO CAUSADO, FALTA DE LEGITIMIDAD POR PASIVA MATERIAL RESPECTO DE ASMET SALUD EPS SAS, POR CUANTO NO SE TIENE RELACIÓN CAUSAL DIRECTA NI INDIRECTA CON LOS HECHOS Y LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA, CUMPLIMIENTO POR PARTE DE ASMET SALUD EPS SAS DE LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE REGULAN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL AMBITO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO RESPECTO DE LA AFILIACIÓN DE LA DEMANDANTE, EXCEPCIÓN DE INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE ASMET SALUD EPS Y LAS IPS DEMANDADA POR EL SUPUESTO DAÑO CAUSADO A LOS DEMANDANTES, IMPROCEDENCIA DE LA DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD A ASMET SALUD EPS SAS EN TANTO ACREDITÓ LA DEBIDA DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES QUE LA LEY LE EXIGE, INEXISTENCIA DE LA DEMOSTRACIÓN PROBATORIA DE LOS PERJUICIOS DEPRECADOS EN LA DEMANDA.



3.6. El llamado en garantía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

Señala que se opone a la prosperidad de las pretensiones por cuanto deben existir actuaciones irregulares de la administración generadoras de perjuicios, lo cual no se presentó en el asunto objeto de litigio.

Manifiesta que no le consta los hechos relatados en el escrito de demanda.

Como excepciones plantea las denominadas inexistencia de nexo causal, fuerza mayor o caso fortuito, inexistencia de la obligación en cuanto a La Previsora Compañía de Seguros se refiere, por aplicación de la cláusula claims made, cobro de lo no debido y prescripción de la acción y ausencia de cobertura.

3.7. La llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.

Señala el profesional que se opone a las pretensiones de la demanda por cuanto la Clínica Tolima actuó en todo momento según lo ordenado por la literatura médica y la lex artis durante toda la atención brindada.

En cuanto a los hechos, manifiesta que no le consta los mismos.

Plantea como excepciones las denominadas INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DEL EXTREMO PASIVO, INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA Y REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE SALUD POR PARTE DE LA CLÍNICA TOLIMA S.A., INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA CLÍNICA TOLIMA S.A. POR AUSENCIA DE FALLA DEL SERVICIO, LOS PERJUICIOS MORALES SOLICITADOS SON IMPROCEDENTENS Y POR DEMÁS EXORBITANTES, PUES DESCONOCEN LOS LÍMITES JURISPRUDENCIALES ESTABLECIDOS POR EL MÁXIMO ÓRGANO DE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA, DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN”.

El Despacho indicó al interior de la audiencia inicial que, respecto del Hospital Federico Lleras Acosta, la Clínica Tolima y Asmet Salud respectivamente, como entidades demandadas y a su vez, llamadas en garantía, los fundamentos y razones



de defensa se encuentran referidas en lo sustantivo conforme se indicó en la reseña de sus contestaciones.

4. Actuación Procesal.

Presentado el proceso ante la Oficina Judicial el día 27 de agosto de 2021, correspondió por reparto a este Despacho, el cual, con providencia de fecha 23 de septiembre de ese mismo año, procedió a inadmitir la demanda.

Subsanada la demanda, se verificó su admisión parcial a través de providencia del 22 de octubre de 2021. Contra dicho auto se interpuso recurso de reposición y se repuso, mediante auto del 23 de noviembre de 2021.

Notificadas las partes y el Ministerio Público, dentro del término de traslado de la demanda, las Entidades demandadas y las llamadas en garantía contestaron la demanda y allegaron las pruebas que pretenden hacer valer.

Posteriormente, el 23 de noviembre de 2022, se llevó a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 del C.P.A.C.A., agotándose en ella la totalidad de sus instancias en legal forma y por ser necesaria la práctica de pruebas se fijó fecha y hora para la audiencia respectiva.

La audiencia de pruebas se verificó durante los días 19 de julio, 24 de agosto, 29 de octubre y 21 de noviembre de 2023 y se dispuso en esta última fecha que, al resultar innecesaria la celebración de la audiencia de alegaciones y juzgamiento, de conformidad con el artículo 181 del CPACA, se ordenaba a las partes presentar por escrito sus alegatos de conclusión, dentro de los diez (10) días siguientes a la celebración de dicha diligencia.

5. Alegatos de las Partes.

5.1. PARTE DEMANDANTE⁴

Por intermedio de su apoderada, solicitó el proferimiento de un fallo favorable a los pedimentos de la demanda, con fundamento en que a partir de las pruebas aportadas

⁴ Índice No. 00148 del expediente digitalizado que reposa en SAMAI



y practicadas al interior de este proceso, logró demostrarse que existió una *“omisión y falla en la prestación del servicio médico brindado a la señora MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS, que originó el deceso del bebe que la misma estaba esperando, a causa de una hipoxia cerebral por sufrimiento fetal”*.

5.2. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE ESE⁵

A través de su apoderada, refirió dicha entidad que de conformidad con las pruebas que hacen parte integral del proceso, como son la historia clínica del binomio madre-hija (MALLERLY ANDREA RODRÍGUEZ CASTELLANOS), los testimonios rendidos junto con el dictamen pericial y la sustentación del mismo por parte del Dr. JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA, médico especialista en ginecobstetricia, es posible concluir que no existe prueba alguna que responsabilice a dicho Hospital, de la presunta falla médica invocada por los demandantes a través de su apoderado; por el contrario, indica que está plenamente demostrado que el Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad, a través de sus profesionales de la salud, le brindó a la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS atención de calidad, eficacia y oportunidad, poniendo a disposición de esta todas las ayudas diagnósticas, exámenes de laboratorio, conocimientos técnico científicos para el manejo de su patología, de conformidad a los síntomas que presentaba.

Aunado a lo anterior señaló que efectivamente, no se demostró que existiera nexo de causalidad entre el óbito fetal y los servicios médicos brindados a la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS, por parte de la entidad que representa así como tampoco, por parte de la Clínica Tolima, precisando que, quedó plenamente evidenciado a partir de la reseñada prueba pericial que, en este caso, el óbito fetal obedeció a una situación impredecible pero que sin embargo, se desconoce la razón por la cual la paciente no consultó al Hospital, la noche anterior a la consulta en la que dictaminó el óbito fetal, pese a que percibió la disminución del movimiento fetal, que fue una de la situaciones por las cuales le fue recomendado asistir de manera inmediata a la institución.

⁵ Índice No. 00146 del expediente digitalizado que reposa en SAMAI



5.3. CLINICA TOLIMA ⁶

A través de su apoderado, dicha entidad refirió que a la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS, en su calidad de madre gestante, durante su estancia en dicha entidad, se le brindó la atención médica requerida, procurando siempre la conservación del binomio madre hijo, y verificando por ello el bienestar fetal de manera diaria, con la toma de frecuencia cardíaca del bebe, tal y como puede evidenciarse en la historia clínica, incluso, el día del egreso de la paciente, el 25 de agosto de 2019.

Seguidamente expresó, que a partir de los testimonios de los galenos ADRIANA GOMEZ y JHON HAROLD ALVIS, ambos especialistas en ginecología, así como también, de la pericia rendida por el Dr. JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIAS, es plausible establecer no solo que la atención médica brindada a la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS en la Clínica Tolima fue conforme a lex artis, sino también, que la muerte del feto no fue a causa del actuar médico, lo que a su juicio, determina que en este asunto las pretensiones de la demanda deban ser despachadas desfavorablemente, puesto que no se configura el nexo causal como elemento estructural de la responsabilidad pretendida.

Finalmente, resaltó que al momento del egreso de la paciente de dicha institución el día 25 de agosto de 2019 a las 16:21 horas, la médica CAROLINA PENAGOS que dio el respectivo egreso dio las siguientes recomendaciones “CONSULTAR A URGENCIAS: SI FIEBRE, SI SALIDA DE LIQUIDO, SI CONTRACCIONES FRECUENTES, SI SANGRADO VAGINAL, SI DOLOR DE CABEZA INTENSO, SI VISIÓN BORROSA, SI PITOS EN OIDOS, SI DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS DEL BEBE” recomendaciones que afirma la precitada togada, la paciente no tuvo en cuenta, pues resalta que ésta, al momento en que se dictamina el óbito fetal precisó que desde la noche anterior no percibía movimientos fetales, pese a la cual, solamente consultó hasta el día siguiente, esto es, el día 26/09/2019 a las 9:19, proceder que señala, no puede serle atribuido.

5.4. ASMET SALUD EPS SAS⁷

⁶ Índice No. 00147 del expediente digitalizado que reposa en la plataforma SAMAI

⁷ Índice No. 00149 del expediente digitalizado que reposa en SAMAI



Mediante su apoderada, solicita el proferimiento de un fallo adverso a las pretensiones de la demanda, bajo el argumento de que no existe NEXO CAUSAL entre el daño alegado y los supuestos actos antijurídicos imputados, toda vez que afirma, que no existe prueba alguna que dé cuenta de un acto u omisión por parte de la EPS que haya interferido en la causación del daño alegado.

Lo anterior, porque afirma que con las pruebas obrantes al interior del cartulario se demostró el cumplimiento de la obligación de ASMET SALUD con la señora MALLERLY ANDREA, correspondiente a garantizar el acceso a la prestación de los servicios de salud, así:

- ✓ La prestación de servicios de salud de baja complejidad fue garantizada a través de la contratación con el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANZOATEGUI conforme al contrato No. TOL-227-S19.
- ✓ La prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad fueron garantizados a través de la contratación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ conforme al contrato No. TOL-402-S19.
- ✓ La prestación de servicios de salud de mediana complejidad fue garantizado a través de la contratación con la CLINICA TOLIMA Y/O SOCIEDAD MÉDICOQUIRÚRGICA DEL TOLIMA S.A., conforme al contrato No. TOL-400-S19.

Sumado a lo anterior, indicó que al interior de este expediente logró demostrarse que, las IPS tratantes que brindaron el servicio de salud a la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS, actuaron de conformidad con la lex artis.

5.5. MUNICIPIO DE ANZOATEGUI y HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANZOATEGUI⁸

Refirió inicialmente el apoderado de dichos entes, que respecto del municipio de Anzoátegui se configura la falta de legitimación en la causa por pasiva, con fundamento en que no se evidencia dentro del acápite de hechos de la demanda ni de los fundamentos jurídicos, la imputación de una acción u omisión a dicho ente

⁸ Índice No. 00150 del Expediente Digitalizado que reposa en SAMAI



territorial, que hubiera podido generar el daño antijurídico cuya reparación aquí se pretende.

En cuanto se refiere al Hospital, manifestó que dicha entidad cumplió con la prestación del servicio médico a favor de la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS, en forma oportuna y eficiente, realizando el control prenatal de conformidad con los protocolos existentes sobre la materia, al punto que indica que siempre se consignó en su historia clínica que se trataba de un embarazo de alto riesgo por sus antecedentes, mas no por su estado de salud durante el precitado embarazo, habida consideración que el aludido embarazo se gestaba con normalidad.

Por lo anterior, concluye señalando que, no existe nexo de causalidad entre el hecho y el daño que involucre al Municipio de Anzoátegui ni al Hospital San Juan de Dios E.S.E de Anzoátegui, por cuanto no aparece prueba idónea que establezca la falla del servicio atribuible a ninguno de ellos.

5.6. La llamada en garantía PREVISORA S.A. Compañía de Seguros⁹

Lo primero que indicó su apoderada es que tal y como lo afirmó el apoderado del Hospital Federico Lleras Acosta de esta ciudad, no es cierto que deba efectuarse una reparación a los demandantes por un supuesto daño antijurídico producido por la acción u omisión del hospital Federico Lleras Acosta, puesto que dicha petición se encuentra alejada de la realidad y carente de rigor científico, pues indica que existe documentación fidedigna, como lo es la historia clínica de la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS, la cual describe el procedimiento realizado a la misma, el cual expresa, se verificó conforme lo disponen los principios de la lex Artis, según lo señaló en su peritaje el Dr. JORGE ANDRÉS JARAMILLO GARCÍA, médico ginecobstetra.

Finalmente, adujo que el periodo extendido para reclamaciones dará el derecho al asegurado a extender, hasta un periodo máximo de dos (2) años contados desde el vencimiento o terminación de la póliza, la cobertura para las reclamaciones que se reciban o se formulen por primera vez contra el asegurado con posterioridad al vencimiento de la vigencia de la póliza y exclusivamente respecto de perjuicios causados por prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes ocurridos durante la vigencia de la póliza, por lo que indica que en este caso

⁹ Índice No. 00151 del del Expediente Digitalizado que reposa en SAMAI



dicho término se encuentra más que vencido, teniendo en cuenta que, desde el 2019, la demandante tuvo conocimiento de los hechos que podían dar lugar al reclamo.

5.7. La llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.¹⁰

Solicitó el proferimiento de un fallo adverso a los pedimentos de la demanda, con fundamento en que no se demostró la relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado por la parte demandante y la actuación de la Clínica Tolima; por el contrario, señaló que se acreditó con la prueba pericial y testimonial aquí ordenada, que la atención médica brindada a la misma en las diferentes instituciones en donde fue atendida, resultó ser adecuada y oportuna, resaltando que, al momento en que se le dio el alta a la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS de dicha entidad, era evidente que se encontraba en buenas condiciones generales, que tuvo una cervicometría de bajo riesgo, no presentaba actividad uterina, no tenía pérdidas vaginales, y su feto estaba vivo.

Finalmente, sostuvo que al momento de dictar sentencia, es necesario que este Despacho tenga en cuenta no solo que pasaron varias horas desde el momento en que la madre dejó de sentir los movimientos fetales, hasta que acudió a consulta nuevamente, lo cual, pudo inferir en el deceso del feto, sino también, que según el informe pericial de necropsia N°201901017300100397, expedido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias, la causa de la muerte del feto derivó de una hipoxia cerebral por un sufrimiento fetal probablemente de origen materno-placentario, lo cual, a su juicio desvirtúa totalmente que dicho acontecimiento derivara de una falla en la atención médica.

CONSIDERACIONES

1. Competencia.

Este Juzgado es competente para conocer y fallar el presente medio de control, por la naturaleza de éste, las entidades accionadas, la cuantía y por el factor territorial, según lo establecido en los artículos 104, 140, 155-6 y 156-6 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

¹⁰ Índice No. 00152 del expediente digitalizado que reposa en SAMAI



2. Problema Jurídico.

En armonía con la fijación del litigio realizada en la audiencia inicial, debe el Despacho establecer si, *“las entidades demandadas son administrativa, solidaria y extracontractualmente responsables, por los perjuicios ocasionados a los demandantes con ocasión a la presunta falla en la prestación del servicio de salud que conllevó a la muerte del nasciturus dentro del vientre de la señora Mayerly Andrea Rodríguez Castellanos, o si por el contrario no hay lugar a la declaratoria de responsabilidad solicitada.*

En caso de responderse afirmativamente al anterior interrogante deberá establecerse si las entidades llamadas en garantía deben asumir el pago de los perjuicios a los que sean condenadas las llamantes y en qué porcentaje, o si por el contrario no hay lugar a la condena a tal pago”.

3. Tesis Planteadas.

3.1. Tesis de la parte demandante.

Considera que debe emitirse un fallo favorable a los pedimentos de la demanda, bajo el argumento de que aparece demostrada la falla por omisión en la prestación del servicio médico suministrado a la gestante MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ por lo que solicita la condena solidaria de los entes demandados en el pago de los perjuicios causados.

3.2. Tesis de la parte demandada *-exceptuando al Municipio de ANZOATEGUI-* y de las llamadas en garantía

Solicita el proferimiento de una sentencia adversa a las pretensiones de la demanda, con fundamento en que en este asunto no se demostró por la parte demandante, la configuración del nexo causal como elemento estructural de la responsabilidad pretendida, entre la muerte del nasciturus -daño antijurídico- y el actuar -por acción u omisión-, de los entes demandados.

3.3. Tesis de la parte demandada Municipio de Anzoátegui



Argumenta que en su caso debe declararse la falta de legitimación en la causa por pasiva, con fundamento en que ninguno de los supuestos fácticos sobre los que se edifican las pretensiones, resulta imputable a dicho ente territorial.

4. Tesis del Despacho.

Conforme al material probatorio obrante al interior del plenario, la tesis que sostendrá el Despacho se circunscribe a afirmar que en el presente asunto, las pretensiones de la demanda serán denegadas, comoquiera que el daño cuya reparación se pretende *-muerte del nasciturus-* no resulta imputable al extremo demandado, o lo que es lo mismo, no está demostrado el nexo causal como elemento estructural de la responsabilidad deprecada.

5. Fundamentos de la Tesis del Despacho.

5.1. La responsabilidad patrimonial del Estado.

El artículo 90 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado debe responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas y se requiere de la concurrencia de varios elementos a saber: **(i)** el daño antijurídico, **(ii)** la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, **(iii)** el nexo causal entre el daño y la actuación u omisión de la administración.

El **Daño Antijurídico** es entendido en la jurisprudencia Contencioso – Administrativa como “*la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho*”, en otros términos, aquel que se produce a pesar de que “*el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación*”¹¹.

¹¹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Bogotá, D.C., nueve (9) de mayo de dos mil doce (2012). Radicación número: 68001-23-15-000-1997-03572-01(22366).



De acuerdo a una debida interpretación del artículo 90 Constitucional, el H. Consejo de Estado¹² ha enseñado, que la responsabilidad del Estado se origina, de un lado, cuando existe una lesión causada a la víctima que no tiene el deber jurídico de soportar y, de otro, cuando esa lesión es imputable fáctica y jurídicamente a una autoridad pública. Dicha Tesis fue avalada por la Corte Constitucional en Sentencia C-333 de 1993, en donde expresó, que además de constatar la antijuridicidad del daño, el juzgador debe elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión.

Al referirnos a la **imputación jurídica y fáctica**, debemos remitirnos a lo explicado por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado que considera que *“imputar, para nuestro caso, es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición sine qua non para declarar la responsabilidad patrimonial de este último (...) la imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que su causación obedezca a la acción o a la omisión de las autoridades públicas en desarrollo del servicio público o en nexo con él, excluyendo la conducta personal del servidor público que, sin conexión con el servicio, causa un daño”*¹³

A partir de la disposición Constitucional señalada, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad imputables al Estado, como (i) el subjetivo, que se basa en la teoría de la falla del servicio y (ii) el objetivo, que obedece a diferentes situaciones en las cuales la entidad demandada está llamada a responder, por un lado, con ocasión del ejercicio de actividades peligrosas o la utilización de elementos de la misma naturaleza, caso en el cual se habla del régimen del riesgo excepcional, y por otro, debido a la ruptura de la igualdad frente a las cargas públicas, caso en el cual estamos en presencia del régimen del daño especial, por ende, corresponde al Juez analizar los hechos de cada caso concreto y determinar el régimen de responsabilidad aplicable, para resolver el asunto sometido a su consideración de acuerdo con los elementos probatorios allegados, aunque el demandante haya encuadrado el contencioso en un título de imputación disímil, pues en acciones de reparación directa, domina el principio de *iura novit curia*.

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dr. Alier Eduardo Hernández Enríquez, de fecha 01 de marzo de 2006.

¹³ Sentencia del 21 de octubre de 1999, expediente 10948, M.P: Alier Eduardo Hernández Enríquez.



De otro lado, en cuanto al **nexo de causalidad**, nuestro Órgano de Cierre¹⁴ trayendo a colación apartes de la Doctrina Francesa ha considerado que éste, es el elemento principal en la construcción de la responsabilidad, esto es la determinación de que un hecho es la causa de un daño, pues desde el punto de vista teórico resulta fácil, en criterio de los autores, diferenciar el tratamiento del nexo de causalidad dentro de los títulos objetivo y de falla. En tratándose de la falla del servicio, la relación de causalidad se vincula directamente con la culpa, con la irregularidad o la anormalidad.

En síntesis, existe una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, en forma de mandato imperativo, aplicable a todas las autoridades estatales y en todos los ámbitos de la responsabilidad, siendo una garantía para los administrados, con la consecuente obligación para el Estado de repetir contra sus agentes, cuando la administración pública haya resultado condenada y se demuestre la culpa grave o el dolo de los mismos.

5.2. Régimen de imputación derivado de la actividad médica

En torno al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, la jurisprudencia ha realizado una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, siendo la posición actual aquella según la cual, el régimen de responsabilidad que resulta aplicable por la actividad médica hospitalaria es el de falla probada del servicio¹⁵, por lo que en la actualidad, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales resulta improcedente por esta vía una condena en contra del Estado¹⁶, tal y como lo ha entendido el H. Consejo de Estado al señalar:

*“Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, **lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa***

¹⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. María Elena Giraldo Gómez, Sentencia del 10 de agosto de 2005, Rad. 73001-23-31-000-1997-04725-01(15127).

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Sentencia del 09 de julio de 2018, Rad. 08001-23-31-000-2000-01774-01(44961).

¹⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Marta Nubia Velásquez Rico, Sentencia del 19 de abril de 2018, Rad. 76001-23-31-000-2003-03719-01(44222) acumulado con el 76001-23-000-2004-01899-01).



prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño.¹⁷ (Negritas y subrayas del despacho)

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera, no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende “... *los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, **por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz***”¹⁸. (Se destaca)

En consonancia con ello y de acuerdo con lo dispuesto en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la “*lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz*”, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio.

Ahora bien, según el precedente jurisprudencial constitucional “*la protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera **oportuna**, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera **eficiente** cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de **calidad** cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada*”¹⁹.

¹⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp.

19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹⁸ Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

¹⁹ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.



Frente al particular, el órgano de cierre de esta jurisdicción ha señalado que la falla médica se circunscribe a una consideración básica, según la cual, la *“obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”²⁰ (Subrayado original)*

5.3. La prestación del servicio de salud en el servicio de urgencias.

De conformidad con lo consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política modificado por el Acto Legislativo No. 02 de 2009, la salud es un servicio público a cargo del Estado; sin embargo, según lo dispuesto por la Corte Constitucional y recientemente, según lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015, la salud además de ser un servicio público es un derecho fundamental de los administrados.

Así las cosas, se tiene que el servicio público de salud en Colombia se encuentra regulado por la Ley 100 de 1993, según la cual son reglas rectoras de su prestación, la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la imprescindible, calidad del servicio, de donde vale igualmente la pena resaltar que dentro de las características básicas del sistema general de salud, se encuentra el ingreso de todos los colombianos al régimen de seguridad social en aras de garantizar la misma al conjunto de la población colombiana, mediante la debida organización y prestación del servicio público de salud y la atención de urgencias en todo el territorio nacional.

La mencionada Ley 100 igualmente estableció los niveles de complejidad de las instituciones prestadoras de servicios (Baja, Media y Alta) y los niveles de atención que se prestan respecto a las actividades, procedimientos e intervenciones (Nivel I,

²⁰ Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.



Nivel II, Nivel III), a los cuales debe corresponder la prestación de los servicios de consulta médica, hospitalización y, en general, todos los eventos, según su complejidad, donde el tercer nivel de atención incluye aquellas intervenciones o enfermedades de alta complicación y costo, que debido a su complicación requieren para su atención, del nivel más especializado y de la mayor calidad de atención humana, técnica y científica .

Ahora bien, el Decreto 412 de 1992 reglamentó la prestación del servicio de salud mediante la atención de urgencias, bajo disposiciones aplicables a todas las entidades prestadoras del servicio de salud públicas y privadas, las cuales, están obligadas a prestar la atención inicial de urgencia, independientemente de la persona solicitante del servicio, en cuyo efecto se adoptaron las siguientes definiciones:

“1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2. ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

3. ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

4. SERVICIO DE URGENCIA. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

5. RED DE URGENCIAS. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad,



ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.”

De lo anterior se desprende, que dicho Decreto supeditó la atención en urgencias, al nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determinara el Ministerio de salud y la fijó desde el momento de la atención hasta que el paciente fuera dado de alta o, en el evento de remisión, hasta el momento en que el mismo ingresara a la entidad receptora.

Posteriormente, el Ministerio de La Protección Social, expidió el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, por medio del cual, se implementó por primera vez, el denominado “Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias” o Triage, en los siguientes términos:

“Artículo 10. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage". El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios”.

Con posterioridad, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la **Resolución No. 5596 del 24 de diciembre de 2015**, por medio de la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage", creado a través del decreto precitado, contemplando al efecto un total de cinco categorías dentro de éste sistema, delimitando en consecuencia los elementos necesarios para la categorización de los pacientes dentro de dichos grupos. La resolución en comento asignó responsabilidades en la implementación de los criterios descritos en la norma y contempló además la obligación a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de establecer tiempos promedio de atención para cada clasificación de triage.



Ahora bien, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido clara en señalar, *“que si bien la responsabilidad de las entidades prestadoras de salud se circunscribe al nivel de atención y grado de complejidad que a cada una le determine el Ministerio de Salud, o el que haga sus veces, lo cierto es que ello no obsta para establecer la responsabilidad de las instituciones médicas en aquellos casos en que no se efectúa una correcta valoración del paciente o cuando se omite la remisión oportuna del mismo”* y que *“si bien el mencionado decreto refiere la responsabilidad de la entidad prestadora de salud desde el momento de la atención, éste momento ha de entenderse desde el instante mismo en que el paciente ingresa al centro médico, clínico u hospitalario, lo cual implica que tal responsabilidad se origina, incluso, cuando el paciente ingresa a sus instalaciones, y aquí nace la obligación de garante de la atención inicial de urgencia y, en consecuencia, del servicio de promoción, protección y recuperación de la salud.”*²¹

De lo anterior es posible concluir, que la atención inicial de urgencias, hace parte de los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud y como tal, debe garantizarse en todo caso y en todo el territorio nacional, como servicio de atención inmediata y sin someterse a períodos de espera injustificados.

6. De lo probado en el proceso

Al interior del expediente fueron aportados los siguientes elementos de convicción relevantes para desatar el problema jurídico planteado:

- Registro civil de nacimiento de MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS y WILSON YOVANY AREVALO SUAREZ. ²²
- Registro civil de nacimiento de EVELYN YISEL AREVALO RODRIGUEZ. ²³
- Carné perinatal expedido por el Hospital San Juan de Dios de Anzoátegui a nombre de MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS, en el que se

²¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Rad. 63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)

²² Índice No. 00116 del expediente digitalizado que reposa en SAMAI

²³ No. 006 del índice No. 00116 del expediente digitalizado que reposa en SAMAI



evidencia su asistencia a controles los días: 9 de marzo, 26 de abril, 29 de mayo, 21 de junio y 1º de agosto de 2019, respectivamente.²⁴

- **Historia clínica de MALLERLY RODRIGUEZ CASTELLANOS procedente del Hospital San Juan de Dios de Anzoátegui** de la cual se resaltan las siguientes anotaciones²⁵:

- 23/02/2019 14:14

Paciente femenina de 25 años de edad que consulta por presentar cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en dolor suprapúbico tipo cólico de 1 mes de evolución, náuseas, vomito, refiere FUR 06/01/2019 además con prueba casera positiva por lo que consulta...

Se confirma embarazo...

- *Prescripción de medicamentos con sello de entregado del Hospital San Juan de Dios*

Fecha: 09/03/2019

Diagnóstico: Supervisión de embarazo de alto riesgo

Sulfato ferroso, carbonato calcio y ácido fólico.

Orden para ecografía obstétrica del 9 de marzo de 2019

Orden para citología y otros laboratorios del 9 de marzo de 2019

Observaciones registradas el 9 de marzo de 2019

Paciente que asiste con 8.6 semanas de embarazo a su primer control prenatal...ANTECEDENTES: quiste ovárico e infecciones de vías urinarias en el embarazo anterior...cesárea por desproporción cefalopélvica...paciente con bajo riesgo para preclamsia...

...Reportes paraclínicos 12/03/2019...

...Consulta externa 29/03/2019

Anamnesis

Motivo de consulta: Estoy sangrando

Paciente femenina quien consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución dado por sangrado vaginal, dolor tipo cólico en hipogastrio, cefalea, tinnitus...

...PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Paciente femenina de 25 años de edad...con embarazo de 15.4 semanas por ecografía de 2 trimestre. Refiere dolor de dientes, gingivitis, niega salida de líquido, niega sangrado, niega tinnitus, niega visión borrosa, mareos, niega

²⁴ Ibidem

²⁵ Ibidem y No. 0058 del índice No. 00116 del expediente digitalizado



Rama Judicial

República de Colombia

cefalea, edemas...Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación...

...Vacunación 2 dosis de tétano y difteria el 25/05/2019...

...28/05/2019

Consulta de planificación familiar...

...Promoción y mantenimiento de la salud...5/06/2019

Paciente femenina de 25 años de edad...con embarazo de 19.4 por fum Refiere sentirse en buen estado general, niega salida de líquido, niega sangrado, niega tinitus, niega visión borrosa, mareos, niega cefalea, edemas...Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación...

...27/06/2019 9:29

Paciente femenina de 25 años, con embarazo de 23.4 semanas por ecografía del 2/04/2019...acude a su 4 prenatal, Refiere sentirse en buen estado general, niega salida de líquido, niega sangrado, niega tinitus, niega visión borrosa, mareos, niega cefalea, edemas...Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación...niega contracciones, en carpeta de control prenatal tare 2 ecografías últimas del 23/05/2019 con ILA 15.4 para 19.6 SS negativo para RCIU cuenta con paraclínicos especializados dentro de rangos normales...

...URGENCIAS

13/07/2019 9:20

Motivo de Consulta: PRESENTA MUCHO DOLOR BAJITO Y ESTA EMBARAZADA

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 25 Años G2 P1 C1, CON EMBARAZO DE 26.5 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE (02/04/19), CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS CARATCERIZADO POR DOLOR EN HEMIABDOMEN INFERIOR TIPO COLICO, DE INTENSIDAD 4/10, NO IRRADIADO, ASOCIADO A ORINA FETIDA, DISURIA DE ARDOR, POLAQUIURIA, TENESMO VESICAL, 3 EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO BILIAR Y CEFALEA, NIEGA DEPOSICIONES DIARREICAS, NIEGA SANGRADO O DESCARGAS VAGINALES, NIEGA SINTOMAS ADICIONALES. REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES.

DX. Infección de otras partes de las vías urinarias

13/07/2019 12:34



Reporte de uroanálisis sugestivo de infección de vías urinarias, por lo anterior se indicó manejo antibiótico ambulatorio...se indica tomar de nuevo parcial de orina y urocultivo 7 días posterior a finalización de manejo antibiótico...

...16/07/2019 paciente asiste a consulta odontológica...

...1/08/2019 PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS G2P1C1A1, CON EMBARAZO DE 29.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE (02/04/19 CON EMBARAZO DE 12.1 SEMANAS), ACUDE A SU QUINTO CONTROL PREANATAL, REFIERE SENTIRSE EN BUEN ESTADO GENERAL NIEGA EMESIS, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA AMNIORREA, NIEGA LEUCORREA FETIDA, NIEGA EPIGASTRALGIA, NIEGA CEFALEA, NIEGA FOSFENOS, NIEGA EDEMAS, NIEGA VISIÓN BORROSA, NIEGA TINITUS, NIEGA OTROS SINTOMAS DE VASOESPASMO, NIEGA CONTRACCIONES, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. REFIERE QUE HACE 15 DIAS CONSULTO A SERVICIO DE URGENCIAS POR SINTOMATOLOGIA IRRITATIVA URINARIA, EN DONDE INDICARON MANEJO ANTIBIOTICO CON CEFALEXINA (FINALIZO ESQUEMA HACE 10 DIAS), EN EL MOMENTO NIEGA DISURIA NIEGA OTROS SINTOMAS IRIRTATIVOS URINARIOS. EN CARPETA DE CONTROL PRENATAL TRAE TRES ECOGRAFIAS, ULTIMA (ECOGRAFIA DE DETALLE) MAYO 23 DE 2019 CON EMABARAZO 19.6 SEMANAS SIN ALTERACIONES ANATOMICAS EVIDENTES EN EL MOMENTO DE LA VALORACION, PERFIL DE CRECIMIENTO EN PERCENTIL 76.5, SIN RCIU, HA SIDO VALORADA 5 VECES POR SERVICIO DE GINECOLOGIA, ULTIMA 17/07/19 DONDE SOLICITARON NUEVA ECOGRAFIA Y CITA CONTROL EN 15 DIAS, PARACLINICOS ESPECIALIZADOS DENTRO DE NORMALIDAD, PARACLINICOS INSTITUCIONALES DENTRO DE NORMALIDAD. ULTIMO PARCIAL DE ORINA 27/07/19 CONTAMINADO.

Dx. Principal: (Z348) SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES...

...18/08/2019 Consulta de urgencias PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS G2P1C1V1 CON GESTACION DE 31.6 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE CONSULTA ANTE CUADRO DE 5 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SENSACION DE DOLOR QUE INICIA EN REGION LUMBAR SE IRRADIA A REGION PELVICA, NIEGA AMNIORREA O SANGRADO GENITAL, NO FIEBRE, SENSACION DE POLIURIA, NIEGA DISURIA, NO TENESMO VESICAL MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES VIGOROSOS, NIEGA VISIION VBORROSA NO TINITTUS NO FOSFENOS, NO EMESIS, ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, NO CEFALEA NO EDEMA NO OTROS SINTOMAS DE VASOESPASMO. CLINICAMENTE



PACIENTE ALERTA AFEBRIL HIDRATADA SIN IDIFULCTAD RESPIRATORIA CON TAQUICARDICA ALGIDA, SIN OTROS SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA CON FETO UNICO, VIVO LONGITUDINAL CEFALICO DORSO IZQUIERDO, FCF 145LPM. NORMOTENSA SIN SIGNOS DE VASOESPASMO, TIENE CERVICOMETRIA DE SEMANA 19 EN 33.1MM (RIESGO INTERMEDIO PARA PARTO PRETERMINO), ADEMAS HACE 5 HORAS CON DOLOR TIPO CONTRACCION, CON ANTECEDNETES DE INECCION UROARIA QUIE RECIBIO TRATAMIENTO SIN EMBARGO SIN UROCULTIVO POSTERIOR, AL TV VAGINAL NORMOELASTICA, NORMOTERMICA, CUELLO, LARGO POSTERIOR, CERRADO. SIN AMNIORREA NI ESTIGMAS DE SANGRADO. CONSIDERO AHORA TOMA DE MONITEREO FETAL INICIAR MANEJO ANALGESICO, MADURACION PULMONAR, TOCOLISIS, E INICIO TRAMITES DE REMISION PARA TOMA DE LABORATORIOS. QUEDA PACIENTE EN OBSERVACION SE EXPLICA CODNUCTA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Impresión Diag: O470 FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION

Clasificación: Triage II...18/08/2019 Egresa paciente para traslado medicalizado en código primario dada no aceptación en ninguna clínica de la red Tolima por parte de EPS, con persistencia de contracciones uterinas, con bienestar fetal `por clínica con FCF 152 PM, feto único vivo longitudinal...cuello posterior cerrado borrado 50% con progreso respecto ingreso, se coloca primera dosis de maduración pulmonar normotensa...egresa para traslado medicalizado primario hacía Hospital Federico Lleras Acosta. “.

- **Ultrasonografía obstétrica de fecha 2 de abril de 2019 – Clínica Tolima²⁶**

Conclusiones: Embarazo de 12 semanas 1 día por biometrías - Bienestar fetal

- **Historia clínica de la paciente MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS procedente de la clínica Tolima²⁷ de la cual se resaltan las siguientes anotaciones:**

- **3 de abril de 2019 – Clínica Tolima**
Consulta externa por ginecología y obstetricia

²⁶ Ibidem

²⁷ No. 0062 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI



Alto riesgo por cesaría previa ahora con HTA

Se considera afinamiento de tensión para decidir antihipertensivo

No sangrado o aminorrea

Diagnósticos activos después de la nota: Supervisión de otros embarazos de alto riesgo

Plan. Consulta en 7 días o antes con reportes

Se dan signos de alarma

- *Autorización de cita de control por ginecología de ASMET SALUD fecha entrega 26 de abril de 2019, luego de que medicina general solicitara la remisión.*

Atención por medico rural en el Hospital San Juan de Dios

Descripción: Embarazo de 15.5 semanas por fur cuenta con ecografía obstétrica extrapolada...Acude a su segundo control prenatal, refiere sentirse en buen estado general, niega emesis, niega sangrado vaginal...movimientos fetales presentes...Una valoración por ginecología del 3/4/2019 donde evidencia embarazo de alto riesgo por cesárea previa, hipertensión arterial durante embarazo actual y amenaza de aborto por sangrado del primer trimestre presente...Paraclínicos especializados dentro de normalidad, paraclínicos institucionales dentro de normalidad.

- **15/05/2019 – Clínica Tolima**
Consulta externa por ginecología y obstetricia

Alto riesgo por cesaría previa por DCP...

Plan de manejo

Con buena evolución

Control en 7 días

Reposo

SS ecografía de detalle

Consultar en caso de signos de alarma...

- **Ultrasonido obstétrico de detalle-Clínica Tolima**
Mayo 23 de 2019

Embarazo de 19 semanas 6 días por biometrías - sexo femenino

Sin alteraciones anatómicas evidentes en momento de valoración

Perfil de crecimiento en el percentil 76.51



Rama Judicial

República de Colombia

Tamizaje de A uterina negativo para preclamsia

Fecha probable de parto: 11-10-2019

- **05/06/2019 – Clínica Tolima**

Consulta externa por ginecología y obstetricia

Alto riesgo por cesaríá previa

Plan de manejo

Metronidazol óvulos, reposo, consultar en caso de signos de alarma

- **17/07/2019 – Clínica Tolima**

Consulta externa por ginecología y obstetricia

Alto riesgo por cesaríá previa, ha estado con IVU

Refiere sentirse bien, con movimientos fetales

Plan de manejo: ecografía, control con resultados, se dan signos de alarma

...ultrasonografía obstétrica del 26 de agosto de 2019-Clínica Tolima

Conclusiones:

Embarazo de 33 semanas 6 días por biometrías

Perfil de crecimiento: Creciendo en percentil 67.94

No se evidencia frecuencia cardiaca

Óbito fetal

...Informe de epicrisis Clínica Tolima

Servicio de ingreso: urgencias

Fecha: 23/08/2019 23:01

Triage Médico Enfermería...

Movimientos fetales presentes...Frecuencia cardiaca fetal :160...

Fecha: 23/08/2019 23:17

Ingreso obstétrico -Medicina General

...análisis y plan de manejo: paciente con cuadro clínico de actividad uterina irregular, quien recientemente tuvo hospitalización por mismo cuadro. Se ordena monitoria fetal, se orden dosis de nifedipino y repetir monitoria después de esta...paciente quien trae epicrisis de hospital federico lleras donde se evidencia maduración pulmonar completa...



Rama Judicial

República de Colombia

Fecha: 23/08/2019 23:43

Paciente con monitoria fetal ACOG I, que muestra actividad uterina

24/08/2019 4: 04 Evolución medicina general

Paciente con DX de amenaza de parto pretérmino

Paciente estable hemo dinámicamente, no dificultad respiratoria, tolerando vía oral...

Análisis y plan de manejo: Paciente de 25 años quien consulta por cuadro clínico descrito, al hemograma sin leucocitosis con neutrofilia, leve anemia, plaquetas normales, parcial de orina más gramm normal, toxo igm e igg negativos, VIH y sífilis negativos, con nueva monitoria fetal y sin actividad uterina, se espera realización de ecografía, cervicometria...

24/08/2019 6:32 Evolución Obstetrica medicina general

Paciente con cuadro clínico descrito, en el momento sin actividad uterina, sin perdidas vaginales, se reinterroga paciente quien refiere que tiene antecedente de colelitiasis, paciente quien durante la noche presente 3 episodios eméticos de contenido bilioso, por lo cual, se ordena perfil hepático y se ordena ecografía de vías biliares...

...Procedimientos realizados: Ultrasonografía de hígado páncreas vía biliar y vesícula...conclusión: Ecografía hepatobiliar sin alteraciones...

...24/08/2019 10:22 Evolución-Valoración por ginecología

*Cervicometria con traductor endovaginal y previo consentimiento verbal de la paciente se realiza ecografía encontrando: **Bajo riesgo de parto pretermino...frecuencia cardiaca fetal: 145 movimientos fetales presentes. Actividad uterina ausente...***



Rama Judicial

República de Colombia

Plan de manejo: PACIENTE DE 25 AÑOS, CON EMBARAZO DE 32.5 SEMANAS POR ECO CON ANTECEDENTE DE CESAREA HACE 6 AÑOS CURSANDO CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO CON CERVICOMETRIA NORMAL.
ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
FETOCARDIA PRESENTE, CON CRECIMIENTO FETAL EN PERCENTIL 72%, CON PFE 2154 GR. PLACENTA ANTERIOR ALTA, ILA: 17 CM. ULTIMA MONITORIA FETAL SIN ACTIVIDAD UTERINA. SIN EMBARGO DURANTE ECOGRAFIA PRESENTO CONTRACCIONES DE MODERADA INTENSIDAD IRREGULARES.
PERFIL INFECCIOSO NORMAL.
ECOGRAFIA HEPATICA NORMAL.

PLAN:
HOSPITALIZAR POR GINECOLOGIA
DIETA NORMAL.
LACTATO DE RINGER 100 CC/HR
NIFEDIPINO 10 MG CADA 6 HORAS
MONITORIA FETAL DIA
SE EXPLICA A LA PACIENTE CONDICION ACTUAL Y MANJOE MEDICO A SEGUIR REIFERE ENETDNER Y ACEPTAR.
Fecha: 24/08/2019 22:57
Nota de Ingreso a Servicio - MEDICINA GENERAL
Motivo de Consulta:
INGRESO A PISO

PACIENTE DE 25 AÑOS CON DX
1. EMBARAZO 32.5 SEM POR ECO
2. FETO UNICO VIVO
3. G2C1V1
4. APP
5. ARO POR CESAREA PREVIA

Enfermedad Actual: S/ PACIENTE QUE INGRESA PROCEDNE DE CEPAG POR CUADRO CLINICO DE APROX 12 HRAS DE DINAMICA UTRINA IRREGULAR, SIN PERDIDAS VAGINALES, QUE ES VALROADA POR GINECOLOGIA QUE RALZI CERVICOMETRIA CON BAJO RIESGO DE APP, CON DINAMICA POR MONITORIA DE LEVE INTENSIDAD POR LO QUE INDICA HOSPITALIZAR
PACIENTE QUE EN EL MOMENTO REFIERE MEJORIA DE DINAMICA, SIN PERDIDAS VAGINALES, REFIERE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO.

ANT
CESAREA HACE 6 AÑOS
ALERGICO*** NIEGA***

Plan de Manejo: PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN MANEJO MEDICO POR GNECLOGIA POR PRESENCIA DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES, CIFRAS TENSIONALES CONTROLADAS, SIN DINAMICA UTERINA, BIENESTAR FETAL PROVADO POR MONITORIA FETAL DE LA TARDE, SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA
25/08/2019 08:57

Evolución obstétrica - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Subjetivo: EMB DE 32.6 SEMANAS
APP
CESAREA ANTERIOR

REFIERE SENTIRSE MEJOR
NIEGA ACTIVIDAD UTERINA DESDE AYER EN LA MAÑANA
NO PERDIDAS VAGINALES
MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS
Análisis de resultados: CERVICOMETRIA DE BAJO RIESGO
Plan de manejo: PACIENTE QUIEN EL DIA DE AYER PRESENTABA ACTIVIDAD UTERINA AL PARECER ASOCIADO A CUADRO DE GASTROENTERITIS, NO VOMITO, NI DIAREA, CON MEJORIA DE LA ACTIVIDAD UTERINA
ADEMAS CERVIX LARGO, SIN RIESGO DE PARTO PRETERMINO
CESAREA PREVIA AL TERMINO POR PELVIS ESTRECHA
PLAN SI EN LA TARDE CONTIUA SIN ACTIVIDAD UETRINA SE PUEDE DAR EGRESO
PACIENTE VIVE EN EL MOMENTO EN IBAGUE
SE LE EXPLICA A LA PACIENTE
QSOFA MENOR DE 2
SE ABRE HC PARA ORDENAR MONITORIA FETAL PERSONAL DE ENFERMERIA REPORTA FCF EN RANGO 180LPM, SE TOMA EN EL MOMENTO
Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 25/08/2019 16:27:17

...24/08/2019 22:57 Servicio de Hospitalización

Nota de Medicina General

...Examen físico

Abdomen: Útero grávido, frecuencia cardiaca fetal 142 minuto por fonendo...

Paciente que se encuentra en manejo médico por ginecología por presencia de amenaza de parto pretérmino, en el momento en buenas condiciones, cifras tensionales controladas, sin dinámica uterina, con bienestar fetal probado por monitoria de la tarde, se continua vigilancia clínica.

...25/08/2019 8:55



Rama Judicial

República de Colombia

Evolución obstétrica – Nota de ginecología

Paciente refiere sentirse mejor, niega actividad uterina desde ayer en la mañana, niega pérdidas vaginales, movimientos fetales activos...frecuencia cardiaca fetal feto lat/min 145; movimientos fetales presentes...actividad uterina ausente, no sangrado, estado de membranas: integra.

Examen físico:

...Abdomen: Útero grávido, feto único vico con FCF con Doppler

Análisis y plan de manejo: Paciente quien el día de ayer presentaba actividad uterina al parecer asociado a cuadro de gastroenteritis, no vomito, no diarrea, con mejoría de la actividad uterina. Cervix largo, sin riesgo de trabajo pretermino...Plan, si en la tarde continua sin actividad uterina se puede dar egreso...paciente en el momento vive en Ibagué

Anotación medicina general 12:32 Medicina General – Piso

Observaciones: Se abre historia clínica para ordenar monitoria fetal personal de enfermería reporta FCF en rango 180 por minuto, se toma en el momento con FCF 154 lpm.

Anotación - 16:21

Nota egreso vivo

Medicina general

Paciente con 32.5 semanas de embarazo con amenaza de parto pretérmino en manejo con tocolisis que se suspendió por orden con obstetricia con mejoría de las contracciones, con monitoria fetal, con ausencia de contracciones. Categoría 1 se decide dar salida con control por obstetricia...realizar ecografía obstétrica el 25 de agosto de 2019...

Recomendaciones: Consultar urgencias...si disminución de los movimientos fetales del bebe....

...NOTAS DE ENFERMERIA

23/08/2019 23:50



Rama Judicial

República de Colombia

...se toma monitoria fetal con FCF 150 x MIN...se anexa a la historia clínica

24/08/2019 3:00

Seguimiento...movimientos fetales presentes

24/08/2019 5:00

Seguimiento: Frecuencia cardiaca fetal lat/min 150...

24/08/2019 7:00

Seguimiento: Frecuencia cardiaca fetal lat/min 160...movimientos fetales presentes

24/08/2019 7:02

Recibo turno...FCF 159 movimientos fetales presentes

Paciente refiere movimientos fetales presentes, se toma con doppler frecuencia cardiaca fetal de 159 latidos por minuto...

...24/08/2019 12:00

...Paciente refiere movimientos fetales presentes, toma con doppler frecuencia cardiaca fetal de 160 latidos por minuto...

...24/08/2019 18:47

...Paciente con útero gravido sin actividad uterina, refiere movimientos fetales presentes, se toma con doppler frecuencia cardiaca fetal de 159 latidos por minuto

...24/08/2019 18:50

...Paciente con útero gravido sin actividad uterina, refiere movimientos fetales presentes, se toma con doppler frecuencia cardiaca fetal de 156 latidos por minuto...

...24/08/2019 21:15

...Paciente con útero gravido sin actividad uterina, con movimientos fetales positivos frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto

...25/08/2019 00:00



Rama Judicial

República de Colombia

Paciente durmiendo largos y profundos intervalos de sueño con buen patrón respiratorio...

...25/08/2019 05.00

FCF 150 l/m movimientos fetales presentes, sin actividad uterina...

...25/08/2019 6:56

...Paciente con útero grávido sin actividad uterina, refiere movimientos fetales positivos, con 142 latidos por minuto sin actividad uterina...

...25/08/2019 12:40

Paciente a quien se le toma signos vitales se informa registro de frecuencia cardíaca fetal 186 al médico de turno el cual da ordenes médicas...

...INFORME DE EPICRISIS

SERVICIO DE INGRESO: HOSPITALIZADOS

FECHA Y HORA DE INGRESO: 26/08/2019 9:17

ASMET SALUD EPS

REPORTE DE ECOGRAFIA: PACIENTE RECONSULTANTE QUIEN HABIA ESTADO HOSPITALIZADA EN HFLH HACE UNA SEMANA POR APP CON ESTANCIA DE 3 DIAS, SE REALIZA MADURACION PULMONAR Y SE DA SALIDA CON TOCOLISIS, RECONSULTA A ESTA CLINICA HACE 3 DÍAS POR LA MISMA CAUSA Y EGRESA AYER EN LA TARDE Y REFIERE QUE DESDE ANOCHE NO PERCIBE MOV FETALES, TENIA CITA PARA ECOGRAFIA EL DIA DE HOY CON EL DR ALVIS Y COMO HALLAZGOS INCIDENTAL ENCUENTRA OBITO FETAL PACIENTE EN EL MOMENTO ASINTOMATICA...

PACIENTE QUE INGRESA CON EMBAZARO DE 36 SEMANAS SIN FETOCARDIA CONFIRMADO POR ECOGRAFIA POR LO CUAL SE REALIZA CESAREA CON HALLAZGO DE SEXO FEMENINO SIN SIGNOS FETALES, PESO 2200GRAMOS 47 CMS, CIRCULAR AL CUELLO LAXA...PLACENTA MACROSCOPICAMENTE NORMAL, UTERO CON SEGMENTO UTERINO DELGADO, ANEXOS NORMAS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES..."



- Certificado de defunción de la hija de la aquí demandante del 28 de agosto de 2019.²⁸
- Informe pericial de necropsia²⁹ practicado al feto de sexo femenino producto de la madre MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS, en el que se indica como conclusión pericial: Con la información disponible y los hallazgos de la necropsia, el deceso de la hija de MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS, fue a causa de hipoxia cerebral por sufrimiento fetal probablemente de origen materno-placentario...

Hallazgos:

...cianosis de lechos ungueales

Hematoma epicráneo global

Presencia de meconio de color verde claro

Congestión severa de órganos.

- Acta de inspección técnica a cadáver.³⁰
- **Historia clínica de la paciente MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS, procedente del Hospital Federico Lleras Acosta³¹ de esta ciudad, en la cual reposan entre otras, las siguientes anotaciones:**

- *Fecha de ingreso: 18/08/2019 Hora: 23:09:52*

Motivo de la consulta: Traslado primario

Enfermedad actual: Paciente con embarazo de 31.6 semanas por eco II trimestre quien refiere cuadro clínico de aprox 1 día de evolución de dinámica uterina irregular con movimientos fetales activos pero disminuidos, no amenorrea, no sangrado, no otra sintomatología. Acude a Hospital local de Anzoátegui donde confirman dinámica uterina e inicia tocolisi con nifedipino 30 mg vo dosis única, maduración pulmonar...ante persistencia de dinámica uterina deciden realizar traslado primario. Actualmente manifiesta dinámica uterina regular...

...Análisis del ingreso a urgencias

²⁸ Ibidem

²⁹ Ibidem

³⁰ Ibidem

³¹ Ibidem y No. 0044 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI



Paciente con embarazo pretermino lejano del término, con amenaza de parto pretermino de origen a determinar, con antecedente de IVU hace 1 mes TTO MEDICO, sin perfil urinario de control y con síntomas urinarios que se tendría como primera causa (infección de tracto urinario recurrente) en quien llama la atención taquicardia materna, sin fiebre, sin maduración pulmonar, realizar perfil infeccioso, eco obstétrico, cervicometria con el fin de establecer causa desencadenante de APP. Si perfil infeccioso se descarta, debe pensarse en posible corioamnionitis. Plan terapéutico del ingreso a urgencias HOSPITALIZAR...

...Anotación por ginecología 19/08/2019 16:57

Paciente en aparentes buenas condiciones generales, afebril, hidratada...cérvix cerrado formado no pérdidas vaginales...sin respuesta inflamatoria sistémica...sin actividad uterina, sin pérdidas vaginales, sin cambios cervicales, con reporte de cervicometria con hallazgo de cuello largo, cerrado, sin cambios a maniobras de Valsalva, con reporte de ecografía obstétrica feto único vivo, cefálico, peso estimado 2028 gramos, ILA normal...pendiente hospitalizar en piso...

...Anotación por medicina general 20/08/2019 00.:41

...paciente refiere sentirse bien, refiere disminución de actividad uterina, niega sintomatología de vasoespasmo, movimientos fetales normales...abdomen útero gravido FCF, movimientos fetales presentes, no dinámica uterina palpable genital, no sangrado, no aminorrea, omito tacto vaginal...Ya se le administró dosis de maduración pulmonar completa (18/19 de agosto)...

...Anotación por ginecología 20/08/2019 9:19

En el momento paciente hemo dinámicamente estable, sin cambios cervicales, bienestar fetal clínico dado por movimientos fetales presentes y fetocardia 133LPM...paciente con esquema de maduración pulmonar completo, por el momento, se decide continuar con manejo tocolítico, estamos pendientes a evolución clínica, se adiciona clotrimazol óvulos...

...Anotación por ginecología 21/08/2019 9:24

Plan de manejo: Salida



...Se considera paciente con adecuada evolución clínica por lo que se decide dar egreso con recomendaciones y signos de alarma, manejo tocolítico y analgésico ambulatorio y cita de control con ginecología por consulta externa... diagnostico de egreso: Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completadas de gestación...

Indicaciones de salida...recomendaciones y signos de alarma: Asistir a cita de control, tomar medicación indicada, asistir por urgencia en caso de presentar dolor abdominal intenso, salida de líquido o sangre por la vagina, fiebre, sangrado vaginal abundante, ausencia de movimiento fetales...

...31/03/2021

Paciente de 27 años con embarazo de 13.1 semanas, con pancitopenia a estudio, antecedente de óbito fetal y sospecha de trastorno placentario...

...13/08/2021 se practica cesárea...recién nacido vivo de sexo femenino.”.

- Formato de huellas de recién nacido de sexo femenino del 26 de agosto de 2019, de madre MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS.³²
- Vigilancia en salud pública de la maternidad segura.³³
- Protocolo de vigilancia en salud pública- Mortalidad perinatal y neonatal tardía- MINSALUD.³⁴
- Guía de trastornos hipertensivos del embarazo -alcaldía mayor de Bogotá. ³⁵
- Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013. COLCIENCIAS.³⁶

³² Ibidem

³³ No. 007 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI

³⁴ No. 008 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI

³⁵ No. 009 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI

³⁶ No. 0010 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI



- Guía del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) sobre la Vigilancia Fetal Anteparto. 2020.³⁷
- Resumen clínico de la atención médica brindada por el Hospital Federico Lleras Acosta a la paciente MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS³⁸, en el cual se presenta como análisis del caso **-prueba documental-**:

“Mallerly Andrea Rodríguez Castellanos Paciente de 25 años identificada con cédula de ciudadanía N° 1110088563 quien ingresa al Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. en la madrugada del día 19 de agosto de 2019 en traslado primario de Anzoátegui con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino a las 31.6 semanas por actividad uterina; al ingreso con evidencia de un episodio de taquicardia, sin otra sintomatología asociada.

Se consideró paciente con alto riesgo obstétrico por déficit de controles prenatales, domicilio lejano con difícil acceso a servicios de salud, antecedente de cesárea previa, no inmune a toxoplasma, antecedente de IVU, sobrepeso, con sospecha de amenaza de parto pretérmino, se iniciaron estudios de extensión que orientaran el diagnóstico.

Se consideró entonces paciente con embarazo pretérmino lejano del término, con amenaza de parto pretérmino de origen a determinar, con antecedente de IVU hace 1 mes y episodio único de taquicardia materna, sin fiebre, sin alteración en otros parámetros hemodinámicos, por lo cual en ese momento se inicia hidratación, tocolisis, completan maduración pulmonar, se solicitan estudios de perfil infeccioso, eco obstétrica para objetivizar bienestar fetal y cervicometría para estudios de cuadro de ingreso.

El mismo día del ingreso se reciben reportes de paraclínicos con hemograma dentro de límites normales, sin cambios sugestivos de infección, uroanálisis no sugestivo de infección y cervicometría con hallazgo de cuello largo, cerrado, de 36mm, sin cambios a maniobras de Valsalva; con reporte de ecografía obstétrica feto único, vivo, cefálico, peso estimado 2028 gr, ILA normal.

³⁷ Ibidem

³⁸ No. 0045 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI



Durante hospitalización en sala de partos paciente cursa con evolución satisfactoria, sin nuevos episodios de actividad uterina, sin progresión en cambios cervicales y ante condición de cuadro clínico actual, necesidad de maduración pulmonar y domicilio lejano en área rural se decide hospitalizar en pisos para continuar vigilancia y manejo.

Ante diagnóstico establecido, durante la estancia hospitalaria se inicia manejo acorde a la patología, con respuesta adecuada al tratamiento, se decide continuar el manejo y observación sin criterios de desembarazar.

El agosto 20 de 2019 12+41 am se traslada a pisos de hospitalización, ya con maduración pulmonar completa, se decide continuar tocolítico 24 horas más y vigilancia protocolaria, establecida por las guías después de la maduración pulmonar; en agosto 21 de 2019 09+24 am por evolución satisfactoria, con maduración pulmonar completa, sin cambios cervicales, y bienestar fetal clínico dado por movimientos fetales presentes y fetocardia de 155 lpm (latidos por minuto), se decide dar salida, en ese momento se explica a la paciente quien refiere entender y aceptar. Se entregan y se explican los signos de alarma, se dan recomendaciones, orden de control por ginecología.

La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. En la mayoría de los casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20-30%).

Existen métodos objetivos que evalúan este riesgo con una mejor capacidad predictiva y con una alta especificidad permitiendo descartar los falsos positivos. Entre estos métodos podemos destacar la ecografía transvaginal para medición de la longitud cervical (cervicometría).

La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial; en la mayoría de los casos desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios) que explique la aparición de la dinámica. En otras



ocasiones, podemos identificar focalidad infecciosa de otras partes del organismo (pielonefritis, apendicitis).

En esta paciente se utilizaron herramientas aparte de la clínica, el ultrasonido como la ecografía obstétrica (corroboró edad gestacional y bienestar fetal) y la cervicometría que es un examen que ayuda a predecir la probabilidad de parto pretérmino en las próximas días o semanas; de acuerdo a los hallazgos encontrados en esta paciente la probabilidad de parto prematuro antes de 34 sem se calculó en 2%; sin embargo en el contexto de la paciente se decide colocar inductores de maduración pulmonar fetal y tocolisis por más de 48 horas, complementado con observación durante varios días, continuando asintomática y después de descartar infección urinaria se da egreso médico.

Vale la pena aclarar que se considera un embarazo con nacimiento a término aquel que sucede después de las 37 semanas, por lo que antes es considerado un pretérmino con todas las complicaciones para el feto, y, si no existe ninguna complicación o riesgo, es ideal que todo feto nazca después de esta semana gestacional.

Durante la estancia hospitalaria, se evidencia que la paciente recibió atención institucional de forma integral, multidisciplinaria, pertinente y continua, con los recursos existentes en la institución, junto con el personal competente y especializado. Durante el tiempo que la paciente permaneció en nuestra institución se le explicó a ella y a los familiares su estado clínico, así como las necesidades de realizar intervenciones y procedimientos, se enfatizó en los posible riesgos y complicaciones. Se obtuvo el consentimiento informado por parte de los responsables. Igualmente se evidencia que no se ahorraron esfuerzos en ofrecer el mejor tratamiento con los recursos disponibles como aparece registrado en la historia clínica. Con una adecuada respuesta al manejo instaurado.”.

- Reporte ecografía transabdominal practicada a la demandante el 19 de agosto de 2019 que arrojó los siguientes resultados³⁹:

Útero grávido, con feto único vivo en su interior, presentación cefálica dorso derecho. Frecuencia cardíaca fetal 145 latidos por minuto:

³⁹ No. 0048 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI



Diámetro biparietal: 82 mm, para 33 semanas
Circunferencia cefálica: 283 mm, para 31 semanas
Circunferencia abdominal: 295 mm, para 33 semanas 3 días
Longitud del fémur: 61 mm, para 31 semanas 5 días
Peso: 2028 gra.
Placenta: corporal anterior Grado II/III
ILA: 10cm.
Cordón umbilical de 3 vasos.

OPINIÓN:

Útero grávido con feto único vivo en su interior.
Embarazo de 33 semanas 1 días por biometría.

- ECOGRAFIA VAGINAL PARA DIAGNOSTICO GINECOLOGICO OBSTETRICO,⁴⁰ practicada a la demandante el 19 de agosto de 2019, el cual arrojó como resultado:

Cuello uterino largo cerrado con diámetro longitudinal de 36 mm, sin cambios durante manobras de Válsala.

- Póliza de responsabilidad civil No. 1004768 del 14 de diciembre de 2020, expedida por la PREVISORA S.A. siendo asegurado y tomador el Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad. ⁴¹
- Testimonio de los galenos SHEIDA YARIMA BAYONA ABELLO, JUAN CARLOS BASTIDAS, OSCAR HILDEBRANDO MENDOZA OLAYA, JOHN HAROLD ALVIS BOTELLO, CAROLINA PENAGOS DELGADO, KRISCIA LORENA MOSOS LAMPREA Y MYRIAM ADRIANA GOMEZ MENESES, recepcionados en la audiencia de pruebas celebrada el 13 de julio y el 24 de agosto de 2023, respectivamente. ⁴²

⁴⁰ No. 0049 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI

⁴¹ Indicé No. 00117 del expediente que reposa en SAMAI

⁴² No. 208 del índice No. 00116 del expediente que reposa en SAMAI



- Testimonio de los señores JULIO CESAR RODRIGUEZ y MARIA VERENCIE CASTELLANOS (padres de la señora MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS), recepcionados el 24 de agosto de 2023.⁴³
- Dictamen pericial rendido por el perito JORGE ANDRÉS JARAMILLO GARCÍA, médico especialista en ginecología y obstetricia, especialista en valoración de daño corporal, en el cual se arribó a las siguientes conclusiones:

RESPUESTA A CUESTIONARIO PROPUESTO

1. Se determine con exactitud en qué forma se le prestó la atención médica asistencial en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima, Empresa Social del Estado a la señora MAYERLI ANDREA RODRÍGUEZ CASTELLANOS y su Nasciturus, en cuanto a términos de oportunidad, eficiencia y exactitud. RESPUESTA: la paciente llegó con un cuadro de un síndrome de parto pretérmino y en la institución se comenzó el manejo acorde a como lo establecen las guías para esta patología, es decir, valoración de la longitud y características del cuello uterino y de la dinámica contráctil del útero, administración de medicamentos para controlar dicha dinámica contráctil y simultáneamente administración de medicamentos con el fin de lograr la maduración pulmonar fetal ante la posibilidad de que se dé un parto pretérmino, se completó dicha maduración y se controló el patrón contráctil, que debe ser mantenido dicho control por un período de 48 horas para poder optar por el manejo ambulatorio de la paciente, como en efecto se hizo. **Por lo tanto, el manejo en dicha institución fue oportuno eficaz y acorde con lo que establecen las guías médicas de tratamiento.**

2. ¿Fue la falta de diligencia, cuidado y prudencia, error grave no cumplimiento de guías de manejo, los que causaron el óbito fetal el día 26/08/2019 en la Clínica Tolima de Ibagué? RESPUESTA: no, porque allí igualmente se hizo una vigilancia del comportamiento y evolución de la dinámica contráctil uterina y en vista de que se logró un control de esta, sin presentar cambios cervicales y con pruebas de bienestar fetal que confirmaban éste según la historia, no habría problema en que fuera dada de alta. Desafortunadamente no se cuenta con los registros de los monitoreos fetales que dan cuenta del bienestar fetal,

⁴³ Ibidem



sobre todo ante la anotación que hay en la historia del 25/08, en donde refieren una frecuencia cardiaca fetal de 186, pero luego refieren una frecuencia de 154 y anotan que hay un monitoreo fetal categoría I (normal), por ello no podría decirse que hubo falta de diligencia, cuidado o prudencia.

3. Cual fue la causa o probable causa del deceso del nasciturus el día 25 en horas de la noche o el 26 en horas de la madrugada ya que la madre manifiesta que el 25 en horas de la noche no sentía a la beba, si luego del egreso del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima, ESE el día 21/08/2019 a las 14:30, cuando se le da de alta por cuanto la amenaza de parto pretérmino antes de las 37 semanas con que ingreso el 18/08/2019 en horas de la noche por el servicio de urgencias, se había controlado, pues se tenían movimientos fetales presentes y FCF 155, no contracciones, por lo que a su salida el diagnóstico fue falso trabajo de parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación, se le dan signos de alarma y recomendaciones y luego egresa el día 23 del mismo mes y año por el servicio de urgencias de la Clínica Tolima de Ibagué en donde le venían realizando los controles, quedando hospitalizada hasta el día 25 en horas de la tarde (ingreso amenaza de parto pretérmino antes de las 37 semanas de gestación y egresa con diagnóstico de falso trabajo de parto pretérmino antes de las 37 semanas de gestación) y el día 26 por ecografía le dicen a la paciente el feto está muerto, no hay FCF positiva, por lo que acude nuevamente a la clínica Tolima en donde diagnostican el óbito fetal **RESPUESTA: como lo definió la necropsia, presentó un sufrimiento fetal, la causa en este caso sería desconocida, dice la literatura al respecto del síndrome de parto pretérmino, que una de sus causas es el estrés materno o fetal, pero en las valoraciones y hospitalizaciones previas al episodio en donde se presentó el óbito, no hubo elementos clínicos que permitieran establecer la presencia de un sufrimiento fetal.**

4. ¿El Hospital Federico Lleras Acosta dentro de la estancia de la señora MAYERLI ANDREA RODRÍGUEZ CASTELLANOS, de acuerdo al seguimiento efectuado tanto a la madre como al feto pudo haber detectado un sufrimiento fetal o por el contrario de lo esgrimido en la Historia Clínica se puede establecer que mientras que estuvo Hospitalizado el binomio madre – hija, tanto el feto como la madre estuvieron con signos estables que no daban para determinar un



sufrimiento fetal? RESPUESTA: no había elementos para poder presumir o diagnosticar que el feto fuera a presentar un sufrimiento fetal.

5. *¿Los exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas fueron la requeridas? RESPUESTA: los exámenes de laboratorio generalmente no establecen un sufrimiento fetal, las ayudas diagnósticas que existen para valorar el bienestar fetal son las ecografías y la monitoria fetal electrónica. Según lo que se refiere en la historia, las valoraciones de la frecuencia cardíaca fetal daban cuenta de la presencia de bienestar fetal, nuevamente aclaro, que no recibí en la documentación referida, los registros de dichas monitorias fetales, solo la constancia en la historia de su valoración.*

6. *¿Cuál fue el estado de salud en el que ingreso la paciente al Hospital? RESPUESTA: lo único relevante de esa última hospitalización en donde se diagnosticó el óbito fetal, es que la paciente refiere haber dejado de percibir los movimientos fetales desde la noche anterior al día de consulta, lo que llama la atención, pues se le había indicado dentro de los signos de alarma, que consultara en caso de que no sintiera mover el bebé. Desconozco los motivos por los que la paciente no consultó en ese momento, y esperó hasta el día siguiente....”.*

Dicha pericia fue ampliada en relación con un cuestionario formulado por la CLÍNICA TOLIMA, así:

1. *Si la atención dada a la paciente madre gestante en la CLINICA TOLIMA S.A., fue adecuada, oportuna y conforme a la lex artis.*

RESPUESTA: Sí.

2. *Se indique según la HC de la CLINICA TOLIMA si para la época de agosto 23 al 25 de agosto de 2019 cuantas semanas de embarazo tenía la madre gestante.*

RESPUESTA: 33 semanas y 5 días para el 25 de agosto.

3. *Se indique según HC de la CLINICA TOLIMA si la madre gestante estaba cursando preeclampsia o algún riesgo que conllevara a la muerte perinatal.*



Rama Judicial

República de Colombia

RESPUESTA: No.

4. Precise con base en la HC de la paciente cual pudo ser la causa de la muerte del nasciturus.

RESPUESTA: Muerte súbita intrauterina de causa no clara, como dato relevante solo la presencia de una circular a cuello cuyas características no hacen pensar que fuera esa la causa.

5. Indique con base en la HC si para el egreso del día 25 de agosto de 2019 la madre gestante presentaba algún riesgo de muerte perinatal.

RESPUESTA: No.” (Negrillas del Despacho).

Durante su intervención en la audiencia de pruebas, el Dr. JORGE ANDRÉS JARAMILLO GARCÍA, precisó que se basó en el método analítico para la elaboración de su dictamen, que consistía en el estudio de la historia clínica de la paciente. Refirió que en la historia clínica de la paciente MALLERLY ANDREA, no se encontró anotación alguna que sugiriera la existencia de condiciones y/o factores que generaran sufrimiento fetal.

Refirió, que si bien es cierto en este asunto la gestante había sido calificada con un embarazo de alto riesgo, debido a una cesárea anterior y al haber sufrido una amenaza de aborto, lo cierto es que tales factores guardaban relación más con la gestación y/o el momento del parto mismo y no, con la evolución del feto así como tampoco, con el sufrimiento fetal del mismo, de forma tal que lo mismo, concluye, no hacían pensar a futuro en el sufrimiento fetal o en el deceso del feto.

Al referirse a la necropsia practicada al feto por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal, sostuvo que de la misma es posible establecer que se trataba de un feto femenino, que no presentaba problema de crecimiento, puesto que tenía talla y peso adecuados para la edad gestacional, lo que a su vez afirma, hacía pensar el normal funcionamiento placentario así como un estado estructural de sanidad de la misma; dijo que tampoco evidenció traumas externos que hicieran prever que ha habido trauma que ocasionara el deceso fetal, así como tampoco malformaciones macroscópicas.



En cuanto a los hallazgos, dijo que se evidenció cianosis, lo que es normal cuando se presenta hipoxia; también otras evidencias que ponen de presente el sufrimiento fetal, así como el hecho de que el bebe nunca respiró y presencia de meconio color verde claro, que en este caso, es compatible con la hipoxia. También sostuvo que se consignó como hallazgo la congestión severa de órganos, que es propia del sufrimiento fetal.

No obstante lo anterior, refiere que no se evidencia ninguna indicación de cuál fue la causa que ocasionó el deceso y que, aunque se menciona una circular sobre el cuello, no se sugiere que ello haya sido la causa del óbito fetal, haciendo pensar que lo que ocasionó ello fue un fenómeno muy agudo que condujo a que el feto sufriera hipoxia y posteriormente la muerte.

Indicó también el galeno, que, en este caso, el deceso del feto ocurrió muy rápido, seguramente en la noche del 25 de agosto, y que lastimosamente ello impidió que la madre llegara con el feto vivo al Hospital.

7. Cuestiones previas

7.1. Tacha de falsedad de testigo

Antes de pasar a desatar la cuestión litigiosa sometida a decisión, el Despacho procede a pronunciarse sobre la tacha por imparcialidad que el apoderado de la Aseguradora ALLIANZ propuso sobre el testimonio del señor JULIO RODRIGUEZ, quien fuera llamado por la parte demandante.

Dicha tacha la sustentó alegando el parentesco que ostentaba el mismo *-1º grado de consanguinidad-*, al ser el padre de la señora MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ.

Respecto a la tacha por imparcialidad, el artículo 211 del Código General del Proceso, preceptúa:

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



juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo con las circunstancias de cada caso.”

Teniendo en cuenta el anterior precepto legal, habrá de indicarse que la tachada formulada será denegada, porque al amparo de la jurisprudencia nacional se ha establecido que la sola condición de que exista parentesco entre el testigo y la parte, no le resta credibilidad al medio probatorio, máxime si su dicho resulta concordante y coherente con los demás elementos de convicción debida y oportunamente allegados al proceso y además, porque se trata de una persona que dada su condición y cercanía para con la parte accionante, también pueden dar fe de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se presentaron los hechos, razón por la cual como ya se advirtió, la tachada analizada será despachada desfavorablemente y el testimonio del señor JULIO CESAR RODRIGUEZ será analizado con la rigurosidad requerida, a fin de determinar su eficacia probatoria.

7.2. Declaratoria de la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva respecto del Municipio de Anzoátegui.

Al respecto, ha de indicarse que tal y como lo han entendido la jurisprudencia y la doctrina, la legitimación en la causa se concibe desde dos vertientes: la llamada legitimación de hecho y la material. La primera, la de hecho, se establece a partir de la relación procesal que el petitum y la causa petendi generan entre las partes procesales, concretamente, el demandante y demandado; es decir, se está en el típico terreno de la relación jurídica procesal únicamente. En cambio, la legitimación material responde al criterio de efectividad, esto es, a la participación real de las personas en la situación jurídica (acto, hecho, conducta etc.) que da origen a la demanda, sin importar si accionó o no, para el caso del demandante, o si fue demandado o no, cuando se trata de la parte pasiva.

Siendo así las cosas, y teniendo en cuenta que las pretensiones de la demanda se edifican en este caso de manera exclusiva sobre una supuesta deficiente prestación del servicio médico brindado a la señora MALLERLY ANDREA y que, los distintos entes hospitalarios aquí demandados gozan de personería jurídica, deberá señalar esta instancia que razón le asiste al Municipio de Anzoátegui al proponer como medio defensivo, la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, habida consideración que ni en el acápite de pretensiones ni en el de supuestos fácticos sobre los cuales estas se edifican, se le realiza reproche o juicio alguno de responsabilidad



a dicho ente territorial por parte del extremo demandante; en consecuencia, se declarará probada dicha excepción.

8. CASO CONCRETO

Efectuadas las anteriores precisiones y relacionado el material probatorio obrante en el expediente, corresponde al Despacho verificar si en el asunto *sub examine* se estructuran o no los presupuestos necesarios para que se configure la responsabilidad del Estado, esto es, la **1)** La existencia de un daño antijurídico; **2)** Que le sea imputable al Estado (imputabilidad) y, **3)** Que haya sido producido por una acción u omisión de una entidad pública o de alguno de sus agentes (causalidad).

7.1 La existencia de un daño antijurídico.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han coincidido en que el primer elemento de la responsabilidad lo constituye el daño, a tal punto que su inexistencia o la ausencia de prueba sobre su existencia, hace inocuo el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, como son el título de imputación y el nexo de causalidad entre el daño y la actuación estatal⁴⁴.

El daño antijurídico ha sido definido por la jurisprudencia como la afectación, menoscabo, lesión o perturbación a la esfera personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural), a la esfera de actividad de una persona jurídica (carga anormal para el ejercicio de ciertas libertades), o a la esfera patrimonial (bienes e intereses), que no es soportable por quien lo padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno.⁴⁵

Dentro del presente asunto, el daño se hace consistir en el deceso del feto de la señora MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS, lo cual, se encuentra debidamente acreditado con el certificado de defunción⁴⁶ de la hija de la aquí demandante acaecido el 26 de agosto de 2019, así como también, con la historia

⁴⁴ Consejo De Estado, Sala De Lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dr. ALIER EDUARDO HERNANDEZ ENRIQUEZ, proferida el 8 de junio de 2006, en la Radicación número: 08001-23-31-000-1988-05057-01(15091), Actor: JAIME ELIAS MUVDI ABUFHELE.

⁴⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera; CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, proferida el 10 de agosto de 2010; Exp. 23001-23-31-000-2008-00281-01 (51167)

⁴⁶ Índice No. 00116 del expediente digitalia



clínica de la referida paciente, elementos probatorios estos que fueron previamente relacionados.

En consecuencia, se tiene que en el presente asunto se encuentra acreditada la existencia del daño antijurídico, por lo cual, pasa el Despacho a realizar el correspondiente juicio de imputación, que permita determinar si el mismo es atribuible a los entes demandados, o si por el contrario, operó alguna de las causales exonerativas de responsabilidad.

7.2. Imputabilidad del daño a las Entidades demandadas - Nexo causal.

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto.

Ahora bien, en este caso, en aras de adelantar el correspondiente análisis de imputabilidad, lo primero que ha de señalarse es que la parte demandante pretende obtener, bajo el título de imputación de falla en el servicio, la declaratoria de responsabilidad del extremo demandado, a partir de la atención médica brindada a la señora MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS por los distintos entes hospitalarios aquí convocados, indicando que durante la misma, se presentaron deficiencias *-que no se especifican en que consistieron-* y que fueron las que presuntamente condujeron al óbito fetal que se erige en el daño cuya reparación aquí se pretende.

No obstante lo anterior, desde ya deberá advertirse, que aunque se encuentra demostrado el óbito fetal de sexo femenino esperado por la señora MAYERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS, o lo que es lo mismo, el daño antijurídico, lo cierto es que tan desafortunado y lamentable resultado, no puede serle atribuido fáctica ni jurídicamente a los entes demandados, puesto que a partir de los distintos medios probatorios aportados y/o practicados al interior de este expediente, pudo establecerse no solo que este hecho obedeció, como bien lo indicara en su pericia el Dr. JORGE ANDRES JARAMILLO GARCIA, ***“a una situación que se tornó a todas luces en impredecible”***, sino también, a que el misma se verificó a pesar de que se siguieron los protocolos y se tomaron las precauciones a que había lugar, dada la condición de la paciente gestante, por parte de los galenos tratantes, lo que desde ya



impone al Despacho la emisión de un fallo de carácter nugatorio de las pretensiones invocadas en el libelo genitor.

Ciertamente, aunque conforme a la necropsia practicada al feto obitado se pudo determinar que la causa de su deceso fue una hipoxia cerebral por sufrimiento fetal que se indicó, **probablemente** fue de origen materno-placentario, lo cierto es que ninguno de los elementos de convicción previamente relacionados en el acápite probatorio, ni la necropsia misma, dio cuenta de la causa que originó ni a partir de qué momento se presentó el sufrimiento fetal que a la postre condujo al precitado deceso, lo que haría pensar que en consecuencia, resulta inocuo cualquier análisis sobre las posibles fallas en que hubiera podido incurrir el extremo demandado. Sin embargo, en aras de impartir una verdadera administración de justicia en este asunto, de realizar un análisis sobre las circunstancias que rodearon la muerte fetal que aquí se demanda y verificar si efectivamente, tan lamentable resultado no fue evitable, pasará el Despacho a realizar el juicio de imputabilidad, debiendo señalar desde ya, que tanto el perito como los testigos expertos que comparecieron a este proceso a rendir su versión sobre el conocimiento directo que tuvieron sobre los hechos materia de debate, dada su condición de médicos tratantes de la paciente, fueron uniformes, coherentes, concordantes y enfáticos al señalar que, durante la atención médica que le brindaron a la madre y al feto entre los días 18 y 25 de agosto de 2019, siempre se realizaron los exámenes y/o actuaciones tendientes a establecer el bienestar materno y fetal, sin que en momento alguno los resultados arrojados por estos, hubieran indicado lo contrario.

En efecto, como conclusión pericial se indicó por parte del Dr. JARAMILLO GARCIA que en el presente asunto y durante el tercer trimestre de su embarazo, la señora MALLERLY ANDREA RODRIGUEZ CASTELLANOS ***“presentó un episodio de incremento del patrón contráctil, sin que se dieran cambios cervicales, sin embargo y acorde con lo que recomiendan las guías de manejo, cuando una paciente presenta un patrón contráctil incrementado en una gestación antes de cumplir el término, se deben tomar unas medidas a saber:***

Primero, tratar de establecer la causa que está ocasionando dicho incremento en el patrón contráctil, existen múltiples factores etiológicos, sin embargo, en el 70% de los casos nos encuentra una condición etiológica que ocasione dicho evento.

Segundo, se debe someter la paciente a un manejo farmacológico tendiente a lograr por un lado el control de dicho patrón contráctil y por el otro lado a lograr



la maduración fetal que tiene como fin el que el bebé pueda adaptarse a la vida extrauterina en caso de que se dé el parto de manera prematura.

Cuando se logra la maduración fetal y se logra el control del patrón contráctil, sumado al hecho de que no haya progresión en los cambios cervicales (cuello uterino), puede optarse por darle el alta a la paciente con una supervisión ambulatoria y estableciéndole claramente los signos y síntomas que hacen necesario que ya acuda nuevamente al hospital.

Todo esto obviamente se hace, con el cumplimiento de la condición de que el Estado de bienestar fetal está confirmado.

En el caso que nos ocupa puede decirse que se cumplió con todas estas precauciones que he mencionado previamente y que el hecho de que se haya presentado el óbito fetal por un sufrimiento fetal obedece a una situación que a todas luces se presenta como impredecible...”. (Negrillas fuera de texto).

De la conclusión arrojada por el peritaje, es dable colegir entonces, como ya se anunciara párrafos atrás, que en el caso de la señora MALLERLY ANDREA, dada la sintomatología que la misma presentaba, que hizo que se le diagnosticara con una amenaza de parto pretérmino, teniendo en cuenta la presencia de contracciones uterinas más de no de cambios cervicales, se siguieron los pasos establecidos o lo que es lo mismo, el protocolo médico determinado por la lex artis, para bridle una adecuada atención en salud, pero además, que el óbito fetal por sufrimiento fetal se tornó como un resultado no esperado ni previsible por parte de los galenos tratantes, quienes como pasará a verse a continuación, a más de realizar los exámenes tendientes a establecer la causa del patrón contráctil que era el motivo de consulta y posterior hospitalización, procedieron a iniciar tratamiento farmacológico no solo para lograr la maduración pulmonar fetal, ante el eventual riesgo de un parto pretérmino, sino también, para detener las contracciones, lo cual efectivamente se logró según se colige de las anotaciones registradas en la historia clínica de la hoy demandante, dentro de un marco atencional que verificó siempre el bienestar fetal que se evalúa, según lo indicaron los testigos, principalmente con la auscultación y/o observación de la frecuencia cardíaca fetal con el doppler o la monitoría fetal, presencia de movimientos fetales, y el perfil biofísico.

En efecto, de las anotaciones consignadas en la historia clínica de la señora MALLERLY ANDREA tanto por los médicos como por las enfermeras que le brindaron atención a la misma, es posible establecer lo siguiente:



- a) Que la misma cursaba con un embarazo que se confirmó en la entidad hospitalaria de Anzoátegui el 23 de febrero de 2019 y que inició sus controles prenatales, el 9 de marzo de ese mismo año.
- b) Que dicho embarazo fue clasificado como de alto riesgo por contar con una cesárea previa por desproporción cefalopélvica.

Sin embargo, en este punto considera el Despacho efectuar las siguientes acotaciones, teniendo en cuenta lo que al respecto se manifestó por los testigos expertos.

Ciertamente, aunque en las anotaciones de la historia clínica de la señora MALLERLY ANDREA, procedente del Hospital de Anzoátegui, se consignó dentro de los controles gestacionales a los que asistía, que se trataba de un embarazo de alto riesgo por haber tenido previamente una cesárea para el nacimiento de su primogénita en razón a una desproporción cefalopélvica, lo cierto es que esa condición fue descartada por la mayoría de los testigos expertos, quienes aseveraron que dicha condición *per se*, no era suficiente para dicha calificación y que además, la misma, no tuvo incidencia alguna en la ocurrencia de los hechos objeto de debate.

Así lo sostuvo la Dra. MYRIAM ADRIANA GOMEZ MENESES: ***“en este caso, el alto riesgo de la paciente por un antecedente de cesárea no es considerado un alto riesgo, porque la cesárea no fue por una condición que tuviera la paciente al momento de tomar esa determinación, esa decisión obedeció a una estrechez pélvica y eso no ponía en ese momento en riesgo a la mamá, por eso siempre se debe averiguar cuál fue la razón de hacer es cesárea. Porque por ejemplo, si fuera por un trastorno hipertensivo en el embarazo o por desprendimiento de placenta, eso sí lo pone a pensar a uno en considerarlo como factor de riesgo en el siguiente embarazo. Incluso dentro de la guía del Ministerio de salud para el seguimiento del embarazo, está que la paciente con cesárea anterior tiene un puntaje dentro de la Escala de Herrera y Hurtado que es la que el ministerio dispuso para que evaluáramos el riesgo psicosocial y equivale a uno, y en esa escala solamente cuando se tienen más de 3 puntos se considera embarazo de alto riesgo, menos de 3 es de bajo riesgo. Entonces, conforme a las guías que estaban vigentes para el momento de los hechos, una única cesárea por estrechez pélvica, no puede ser considerada para un segundo embarazo como de alto riesgo”***.



En el mismo sentido la Dra. KRISCIA LORENA MOSOS LAMPREA refirió: ***“Tener una sola cesárea no es factor de riesgo. Eso basados en la Escala de Herrera. Son muchas las causas que pueden determinar que un embarazo sea de alto riesgo tales como obesidad, enfermedades previas de la madre, sus antecedentes personales, obstétricos. Factores psicosociales. Tendríamos que valorar toda la Escala de Herrera y si tiene más de 3, podemos clasificarla en alto riesgo. Una sola cesárea da un punto por el hecho de que el útero tenga una cicatriz, pero esa sola condición no determina que el futuro embarazo sea considerado de riesgo, se requiere que confluyan más factores...”***

Con lo anterior, de modo alguno se pretende significar que la cesárea previa no era una condición a tener en cuenta por sus galenos; si lo era, solamente que como lo indicaron los precitados testigos, no determinaba que el embarazo con el que cursaba la señora MALLERLY ANDREA para el momento de los hechos, fuera calificado como de alto riesgo, ni que el feto que aquella esperaba viniera con problema alguno, ni menos aún, se tornaba en una condición generadora o indicadora de sufrimiento fetal. Así lo confirmó el Dr. **JOHN HAROLD ALVIS BOTELLO**:

“Revisando la historia clínica, la paciente tenía una cesárea anterior de hace 6 años, el alto riesgo que ellos lo dan es para el momento del parto, no es para el bebé, la cesárea anterior es pues la incisión o la abertura que se le hizo en el embarazo anterior al útero por una desproporción cefalopélvica, según la historia clínica, para este embarazo después de 6 años, puede tener un parto normal donde tuviese condiciones adecuadas y no tuviese lo que presentó en la anterior ocasión de la desproporción cefalopélvica sí, ya lleva un periodo intergenésico de 6 años, pero el alto riesgo que dan ahí es para la vía del parto, no para el momento del bebé porque no tenía ninguna alteración. Lo dan, es por la cesárea anterior...”

Y también, el perito **Dr. JORGE ANDRÉS JARAMILLO GARCÍA**, quien durante la audiencia de pruebas expresamente aseveró que: ***“En este asunto la gestante había sido calificada con un embarazo de alto riesgo debido a una cesárea anterior y al haber sufrido una amenaza de aborto, lo cierto es que tales factores guardaban relación más con la gestación y/o el momento del parto mismo y no, con la evolución del feto así como tampoco, con el sufrimiento fetal del mismo, de forma tal que los mismo, concluye, no hacían pensar a futuro en el sufrimiento fetal o en el deceso del feto”***.

En el mismo sentido, el testigo **Dr. MENDOYA OLAYA**, manifestó:



“Tiene como antecedente que tuvo un bebé anterior por una cesárea y con macrosomía estaba más grandecito de lo normal el bebé. Pero pues eso es un antecedente personal de ella de su embarazo anterior y no tiene digamos relación alguna evidente con relación a su cuadro clínico al que llegó en ese instante. No tiene ninguna relación. Se deja consignado porque son antecedentes personales de ella, pues como para saber toda su historia obstétrica y personal, pero no tiene ninguna relevancia en este momento.”

c) Que previo al deceso fetal a la señora MALLERLY ANDREA se le practicaron por parte del Dr. JOHN HAROLD ALVIS BOTELLO, 3 ecografías los días 2 de abril, 8 de abril y 23 de mayo de 2019, respectivamente, en los cuales se evidenciaba un adecuado desarrollo fetal. Lo anterior, fue confirmado por el precitado especialista quien durante la audiencia de pruebas refirió:

“Ella es una paciente que inicialmente el 2 de abril viene para una ecografía en el cual encontramos un feto de 12 semanas y un día. Ella vuelve a su consulta y por una amenaza de aborto le envían una cervicometría. Eso fue el 8 de abril y la cervicometría da 3.5 cm, o sea que estaba normal esa medida del cuello uterino, que es lo que significa cervicometría. Luego, el 23 de mayo, le realizo la ecografía de detalle anatómico, donde encontramos un producto con un embarazo por biometría de 19.6 semanas sin alteraciones anatómicas en el momento de la valoración y creciendo en un percentil 76.5 en adecuadas condiciones. Luego ya la vuelvo a ver 13 semanas después, prácticamente el día del Óbito fetal, que fue cuando ya le realizó la ecografía para la semana 32.6, donde no encuentro ya fetocardia...Sí, el estudio del 2 de abril cuando le hice la ecografía normal, una básica de 12 semanas un día; luego, el 8 de abril que le solicitó su médico tratante la cervicometría, yo no soy médico tratante, yo realicé fue las ecografías. Después el doctor tratante le solicita la ecografía de detalle anatómico, yo se la realizo el 23 de mayo, y ahí ya no la vuelvo a ver, sino hasta en agosto, el 26, cuando ya no tenía frecuencia cardíaca, ya ahí no encontré latidos cardíacos como hallazgo incidental en la ecografía que se le realizó”.

Incluso, manifestó dicho testigo no haber evidenciado signo de alarma alguno en las ecografías practicadas, manifestando textualmente:

“No, mira que en esos momentos a las 12 semanas la ecografía normal, luego la cervicometría sin alteraciones a las 19 semanas y días después en la de detalle venía



creciendo bien con una suficiencia placentaria, ya que tenía un buen peso fetal de 76. El percentil uno muy chiquito y 10 es muy grande lo ideal en el percentil 50. Él venía bien en el Percentil 76”.

- d) **Que el 18 de agosto de 2019, la señora MALLERLY ANDREA consulta el servicio de urgencias del Hospital de Anzoátegui, cursando con un embarazo de 31.6 semanas por presentar un cuadro de 5 horas de evolución de dolor tipo contracción, con cuello del útero cerrado, motivo por el cual, ante el riesgo de un parto pretérmino, es remitida en ambulancia medicalizada ese mismo día al Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad de Ibagué, estableciéndose en la última anotación, que se verificó el bienestar fetal, que el feto presentaba frecuencia cardiaca de 152 latidos por minuto al momento del egreso de la paciente y además, que se inició la primera dosis de maduración pulmonar.**
- e) **Que el mismo día, esto es, el 18 de agosto de 2019, a las 11 de la noche aproximadamente, la señora MALLERLY ANDREA fue recibida en el Hospital Federico Lleras Acosta de esta ciudad, ordenándose la práctica de laboratorios, cervicometría y ecografía obstétrica, entre otros, registrándose como resultados de aquellos, no solo la ausencia de cambios cervicales sino la vitalidad del feto.**

Lo anterior, fue corroborado por el **Dr. OSCAR HILDEBRANDO MENDOZA OLAYA**, especialista en ginecología que recibió en el Hospital Federico Lleras Acosta a la señora MALLERLY ANDREA una vez fuera remitida del Hospital de Anzoátegui en código primario, y al respecto indicó: *“La paciente en cuestión es una paciente gestante que llega remitida como un código primario. Creo que son 25 añitos de edad. Una secundigestante con un antecedente de cesárea por un feto macrosómico. En ese momento cuando nosotros la vemos o cuando ingresa el servicio como código primario o un traslado primario llegaba con un embarazo de 32 semanas. En el sitio primer nivel que creo que es Anzoátegui, le identifican una amenaza de parto pretérmino. Según por clínica y la remiten, llega al servicio, evidentemente se encuentra que la paciente tiene algo de actividad uterina, se hace la exploración ginecológica de manera detallada. **Se percibe que el cuello o sea el cervix como tal, que es por donde se realiza el trabajo de parto y se presenta la expulsión del producto, está completamente cerrado, largo y posterior, pero efectivamente sí se percibía que había actividad...se le coloca nifedipina, que es digamos el medicamento de elección que nosotros utilizamos para realizar el control de la***



actividad uterina y se solicitan los paraclínicos de rigor para identificar eventualmente de dónde potencialmente podría ser el cuadro sugestivo que esté presentando la paciente...”.

Aunado a lo anterior, indicó el precitado galeno que como no había inminencia de parto, se itera, porque no había cambios cervicales, se decide aplicar en su caso un manejo protocolario expectante de control con tocolíticos para controlar y detener las contracciones, toma de paraclínicos y vigilancia y bienestar materno-fetal, para lo cual refiere que a la llegada de la paciente a dicho centro hospitalario, **se toma una monitoría fetal**, indicando además, que hay unos parámetros para establecer el bienestar fetal tales como *”la frecuencia del bebé, la variabilidad, la presencia de desaceleraciones, la presencia de movimientos del bebé y eso son parámetros cuantitativos y cualitativos, de evaluación a la monitoría que me indica ese bebé está bien o no está bien...”* y concluye que en este caso, tales parámetros arrojaban resultados de que el bebé estaba bien; incluso, expresó que en este caso, además de la ecografía fetal, vio que se practicó un Doppler.

Es de resaltar, lo que respecto al valor predictivo de la monitoría fetal indicó el galeno en cita, porque además fue corroborado por otro de los especialistas aquí declarantes. En efecto, sostuvo el precitado testigo que: *“La monitoría fetal tiene un valor predictivo positivo muy alto, o eso es lo que nosotros conocemos en epidemiología. Un VPP valor positivo muy alto para saber que si el examen está bien, nos da la sensibilidad a la precisión alta para saber que ese bebé por lo menos a una semana, va a estar bien. Y si uno lo complementa con ecografía obstétrica y con Doppler fetal, que yo sé que lo vi en este caso, que estaba normal, que se le hicieron durante el transcurso de la hospitalización. Pues sí que es cierto que tenemos 3 exámenes que son muy robustos para por lo menos indicar que de ahí a una semana, ese es el valor más alto, una semana de que ese bebé debería estar bien por lo menos en 8 días. Este es el baluarte, ese es el valor realmente de las pruebas de bienestar fetal, que nos indican una posibilidad a 8 días para saber de que ese bebé va a estar bien, ese es el valor de esos exámenes.”.*

Lo dicho por el **Dr. MENDOZA OLAYA** fue corroborado por la **Dra. CAROLINA PENAGOS** quien al respecto aseveró:

“La monitoría fetal da un parte de tranquilidad de 7 días con respecto al bienestar fetal. Sí, muchos digamos que hay diferentes, no sé, bases científicas que pues pueden variar en los días de seguridad del bienestar fetal, pero puede



durar hasta 7 días. Eso depende de la indicación médica. Hay algunos ginecólogos que la mandan diaria y hay otros ginecólogos que la mandan cada 6 horas. Pero incluso uno la podría ordenar cada 7 días. Me explico, porque es un rango de seguridad, por eso mismo cuando yo le tomo la monitoreo al Egreso, sí, y veo que está dentro de la normalidad, pues uno tiene un parte de tranquilidad que va a estar bien. Sin embargo, pues esto varía según la indicación del médico, por ejemplo, si yo sé que la paciente estamos vigilándole las contracciones, pues la puedo solicitar más frecuente, porque en la monitoría también se ve la dinámica, las contracciones, pero pues digamos que para evaluar bienestar fetal y puede tener un rango hasta de 7 días”.

En este punto, también resulta oportuno y pertinente señalar entonces, que hasta el momento, los galenos tratantes de la señora MALLERLY ANDREA sujetaron su actuar, al protocolo establecido para casos como el suyo, pues una vez ingresó remitida de Anzoátegui, se procedió a establecer la causa u origen del patrón contráctil con exámenes diagnósticos, se inició tratamiento farmacológico para lograr la maduración pulmonar fetal ante el eventual riesgo de un parto pretérmino, y se inició igualmente manejo farmacológico para detener las contracciones.

Así lo sostuvo también la **Dra. SHEIDA YARIMA BAYONA ABELLA**, quien junto con el Dr. MENDOZA atendió a la señora MALLERLY ANDREA en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, pero a diferencia del primero no al momento de su ingreso sino ya cuando se encontraba en piso, indicando que:

“Bueno, en los protocolos de manejo institucional y en general, toda paciente que llega con amenaza de parto pretérmino se hospitaliza, se maneja sintomático y se empieza a estudios en búsqueda de causa. Es decir, como es una entidad multifactorial, cuando no hay una causa aparente y clara, pues hay que buscarla. En el caso de ella, se cumplió con el Protocolo, se le pidió cuadro hemático, PCR, función hepática toda. Se le buscó urocultivo para ver la causa porque una de las causas más frecuentes en la infección urinaria, se le hizo perfil toxémico. Se le hizo pruebas de corioamionitis, que es la infección intraamniótica, se le manejó con uteroinhibidor para evitar que se progresara al trabajo de parto se le maneja, se le hace maduración pulmonar fetal para protección del feto, dado el caso que se presente el parto para mejor respuesta extrauterina en el feto y ese es el protocolo general y se llevó a cabo a cabalidad el protocolo.”



- f) Que la paciente permaneció hasta el día 21 de agosto de 2019 en el Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad, cuando se le dio salida, luego de que se lograra detener el proceso contráctil que presentaba, pero también, de que se completara el esquema de maduración fetal. Es de anotar, que según lo registrado en la Historia Clínica, el egreso de la paciente se verifica continuando con el manejo tocolítico de forma ambulatoria, habiéndosele indicado a la misma cuáles serían los signos de alarma y reconsulta, señalando entre otros, la ausencia de movimientos fetales.**

Lo anterior, además de estar registrado en la historia clínica aquí aportada, fue corroborado por la Dra. SHEIDA YARIMA quien sostuvo que:

“Es una paciente de 25 años que en agosto fue remitida de Anzoátegui por el diagnóstico de parto pretérmino. Tenía una historia anterior de era el segundo embarazo. La anterior fue una cesárea hacia 6 años por macrosomía fetal y fue remitida por actividad uterina. Cuando llega fue atendida en el servicio de urgencias, por uno de mis colegas que no recuerdo quién es en este momento, y él decide hospitalizarla y pedirle todo el pool de exámenes que normalmente está indicado en estos casos. El no encontró cambios cervicales, pero si actividad uterina y empezó todo un proceso de estudio para encontrar la causa. Estuvo 1 o 2 días en sala de partos, que es donde se atiende la urgencia. Una vez cedió la actividad uterina y no hubo progresión de los cambios cervicales, es decir, la actividad uterina no cambió ni puso en riesgo en ese momento de parto pretérmino. La suben a una estancia de piso, que es donde yo la atiendo para ver, para vigilarla y terminar de hacer estudios y tomar ... pues decisiones finales. Yo la vi a ella en el piso el 21 de agosto del 2019 ya con todos los exámenes, a ella se le había hecho cervicometría que era de 36 mm, que no implicaba riesgo de parte de términos, sino en el 2% que es muy bajo No tenía actividad uterina, en el cuadro hemático no había signos de infección, PCR negativa, que también es adecuada, o sea, sin signos de infección. Se le hizo de bienestar fetal, se le hizo ecografía, ejercicio físico, doppler. Todos los exámenes pertinentes, monitoreos diarios y no reflejaba actividad uterina, al tacto vaginal no hubo progresión de los cambios cervicales, se completó todo el estudio, su estancia hospitalaria fue favorable y se decide, es la parte que yo tengo que ver y que reviso todo. Esta es la parte en la que yo tuve que ver, la tuve un día con 24 horas de vigilancia y se decide salida porque se comprobó bienestar fetal y bienestar materno, a través de los exámenes y la evolución clínica, por tanto, se le da salida el día 21 o 22 de agosto.”.



Además, resaltó en cuanto a los signos de alarma informados a la paciente que se encontraban: *contracciones, fiebre, sangrado vaginal, cefalea, visión borrosa y disminución de movimientos fetales, entre otros.*

Refirió la testigo:

“A toda paciente que se le da salida por protocolo del hospital y como dice en la historia clínica, se le dan las recomendaciones y signos de alarma. Ahí está escrito en la historia, en el folio que yo digito. Se le da manejo tocolítico para prolongar protección de las de la actividad uterina y se le da una cita de control por consulta externa para que continúe la vigilancia. Pero sí se le explica y aquí siempre se le anota, que la paciente se le explica los signos de alarma y que la paciente manifiesta en entender y aceptar como reposa en la historia clínica”.

Al respecto es oportuno citar lo que dijo la Dra. BAYONA ABELLO en cuanto a que se descartaron las posibles causas que originaron el patrón contráctil en este caso así:

“En ella no había ninguna modificación cervical. Sin embargo, se le hizo todo el estudio para buscar la causa, que es multifactorial. Sí, infecciones, estados maternos inadecuados, como preclamsia y otras enfermedades, pero a ella se le descartó absolutamente todo... Yo le di salida porque todos los factores eran favorables. Se le dio tratamiento para la infección vaginal, que es otra de las causas que pueden estar influyendo en los síntomas y una vez verificado el Estado fetal con todos los exámenes que se le hicieron porque se le hicieron exámenes continuos, vigilancia continua y todo estaba bien y ella se fue con su feto vivo con bienestar fetal y ella no tenía alteración ninguna desde el punto de vista materno que pusiera en riesgo ni a ella, ni al del bebé”.

g) Que la paciente MALLERLY ANDREA consulta el servicio de urgencias de la Clínica Tolima en la noche del día 23 de agosto de 2019, siendo hospitalizada aproximadamente las 11 de la noche, al presentar contracciones uterinas, para su vigilancia y control, hallándose demostrado según la historia clínica que:

- A su ingreso se le practicaron paraclínicos y monitoría fetal siendo esta calificada con ACOG 1 que según lo indicaron los testigos expertos, significa con resultado normal.



- Durante su estancia en dicha institución y según las notas de enfermería, de manera constante se verificaba el bienestar fetal, en ocasiones con Doppler, lo cual incluso fue corroborado por la Dra. MYRIAM GOMEZ - médico especialista que atendió a la paciente el 25 de agosto-, y la presencia de movimientos fetales.
- El 24 de agosto de 2019, en horas de la mañana, es decir, dentro de las 12 horas siguientes a su ingreso, se realiza ecografía hepática y ginecológica para realizar cervicometría, evidenciando además la vitalidad del feto, al registrar su frecuencia cardíaca.
- El 25 de agosto de 2019 se registró como nota de enfermería un incremento en la frecuencia cardíaca fetal, del cual se informó al médico de piso, el cual, según lo indicado en la historia clínica y por el mismo galeno que compareció a esta diligencia, procedió a verificar dicha información.

En efecto, la **Dra. CAROLINA PENAGOS**, médico general que se encontraba de turno para ese momento indicó: *“Lo que sucede es que yo recibí un llamado de enfermería de que la frecuencia cardíaca del bebé está en 183. Cuando ellos toman la frecuencia cardíaca el bebé, ellos deben tomar signos vitales si, y dentro de los signos vitales de una materna, deben tomar la frecuencia cardíaca basal del bebé. Sí, esa toma que ellos hacen la hacen a través de un doppler y la tomadura en promedio, 1 minuto o menos de 1 minuto. La auxiliar me avisa que el bebé lo encuentra en 180, entonces lo que yo procedo hacer es hacer una monitoría porque lo que él le estaba explicando a la abogada. Es que los bebés aceleran y cuando aceleran, o sea cuando hacen movimientos o aceleraciones, pueden subir la frecuencia por encima de 160 y ser normal. Entonces como yo no me puedo quedar con el minuto, sí en el que está porque puedo hacer una aceleración. O sea, que la auxiliar tomó justo la frecuencia en el momento que se movió el bebé. Entonces, ¿cuál es mi conducta y lo que se debe hacer?. Pues confirmar si es que el bebé está en una taquicardia fetal, o sea, si esa frecuencia se sostiene todo el tiempo o si fue solo en el momento en que aceleró el bebé. Sí, yo voy, la reviso y encuentro que la frecuencia en el momento que yo voy está en lo que yo anoté no, no recuerdo 150 y pues ordeno la monitoría porque no está igual a como la encontró auxiliar, sí. Sin embargo, no me quedo con eso y tomo la monitoría fetal para*



verificar la monitoría fetal que tomo y esa está normal, la monitoría es de 20 minutos...”.

- Durante su permanencia en dicha entidad, se le suministran nuevamente tocolíticos para controlar el patrón contráctil, lo cual efectivamente se logró, según lo indicado en la historia, desde el 24 de agosto de 2019.

Al respecto, la **Dra KRISCIA LORENA MOSOS LAMPREA**, ginecóloga que ordena la hospitalización de la paciente refirió respecto al caso:

“Es una paciente que veo una sola vez en la Clínica Tolima, una paciente que ingresa el 24 de agosto hacía las 10:30 am, me piden mi valoración. Una paciente de 32 semanas, quien llegó refiriendo contracciones. La valoré, le revisé el cuello del útero, la cual salió de bajo riesgo para parto pretérmino. Le revisé sus antecedentes, su historia clínica, su carpeta. Evidenció que tiene un embarazo hasta el momento normal, un feto en crecimiento de percentil adecuado para su edad gestacional. Sin embargo durante su examen físico evidenció que tiene contracciones que no eran observables durante la monitoría fetal pero que si se observaban durante el examen físico, por lo cual decidido hospitalizarla para darle manejo. Para ese momento ya se habían practicado exámenes de laboratorio, infecciosos que son los que primero se realizan a las pacientes con parto pretérmino como posibles causas de ellas. Ese perfil infeccioso salió normal. Ya pasa la paciente a hospitalización y no la vuelvo a ver. Solamente le hice el ingreso de urgencias el 24 de agosto y no la vuelvo a ver...para las contracciones le suministro nifedipina...”.

- Que el egreso de la Clínica Tolima de la señora MALLERLY ANDREA se verifica el 25 de agosto de 2019 por parte del médico general que se encontraba a cargo del piso de hospitalización, luego de que en horas de la mañana, la especialista que pasara revista lo recomendará, si la paciente continuaba sin el patrón contráctil.

Ciertamente, la **Dra. MYRIAM ADRIANA GOMEZ MENESES** refirió inicialmente frente a este caso:



*“Yo atendí a la paciente el 25 de agosto de 2019 en la Clínica Tolima, ella estaba hospitalizada por una amenaza de parto pretérmino con una edad gestacional de 32 semanas 6 días. Ella llevaba hospitalizada 2 días para el control de las contracciones y ya se le había descartado un foco infeccioso como causa de inicio de la actividad uterina. A mi valoración encontré que la señora refería sentirse mucho mejor, que no tenía contracciones desde el día anterior a la mañana, no tenía pérdidas vaginales, percibía bien al bebé, los movimientos del bebé. Lo que revisé de los exámenes realizados, entre esos una cervicometría que es para medir la longitud del cuello del útero y que nos sirve para valorar el riesgo de que esa paciente tenga un parto pretérmino. En ese momento la cervicometría que se le había hecho durante la hospitalización era normal. Los signos vitales eran normales. La frecuencia fetal era normal. En ese momento, la paciente estaba sin contracciones, y había tenido un dolor que según lo que yo registré en la historia clínica había obedecido a un cuadro de gastroenteritis porque también había referido que había tenido vómito y diarrea, pero para el momento en que yo la valoré no tenía ni vómito ni diarrea y el cuello estaba largo como les decía. Tenía un antecedente de una cesárea por pelvis estrecha. Lo que yo registré en la historia clínica fue que si en la tarde continuaba sin contracciones, a la paciente se le podía dar egreso. En ese momento la paciente vivía en Ibagué. Porque lo registré de esa manera, porque es una forma de asegurarme de que la paciente podía tener acceso al servicio de salud en caso de requerirlo y se lo expliqué a ella. Hago registro del quick SOFA que es una escala que valoramos para medir el riesgo de sepsis y cuando es menor de 2 quiere decir que la paciente no tiene una sepsis en ese momento, eso se lo hacíamos en la Clínica a todas las gestantes... **Y también quiero aclarar que yo condicioné la salida de la señora a su evolución en el transcurso de la tarde, porque mi valoración fue en la mañana y quedó registrada a las 8: 55 am**”.*

Lo anterior, fue corroborado por la médico general, **Dra. CAROLINA PENAGOS** que dio salida a la señora MALLERLY ANDREA así:

“Normalmente el especialista da la orden de salida, lo que nosotros hacemos es hacerle efectivo. Sí en el caso de, pues porque a veces ellos dicen observémosla otras 3 horas, 6 horas, 4 horas y en la tarde, si usted la ve bien, pues dele salida, sí. Entonces digamos que en el sistema hay una sección que dice egreso hospitalario. Entonces en ocasiones, cuando ellos hacen el egreso o sea, entonces ellos escriben, se puede dar salida “ta, ta, ta, ta” o a veces ellos indican en su evolución se da salida, pero el egreso hospitalario, que es como una la sección final de la historia, pues lo hacemos nosotros los médicos generales. Hacemos la fórmula de lo que ellos hayan



*indicado ambulatorio los controles que hayan solicitado y pues uno normalmente le da los signos de alarma a la paciente, así es como más de la parte técnica de lo que se hace, **pero pues normalmente la indicación es por el especialista y pues en el caso de ella, pues en la ronda de la mañana la doctora dijo que la revalorara, la mirara y si seguía bien en las condiciones en que estaba, sin contracciones con el bebé, todo bien, darle salida. Entonces ella después de que se fue la ginecóloga, pues ella quedó en observación, digámoslo así, por nosotros hasta las horas de la tarde la paciente continúa estable, sin contracciones, bien en horas de la tarde, como indicó la ginecólogo, pues yo la valoro, veo que no tiene dinámica, veo que la monitoría está bien, le doy salida y me dispongo a darle los signos de alarma que corresponde para reconsultar**”.*

h) Que el manejo tocolítico era el indicado para casos como el de la señora MALLERLY ANDREA, en el que existía una amenaza de parto pretérmino, en aras de disminuir las contracciones uterinas.

Así lo indicó el perito al señalar que en este caso, una vez evaluadas las características del cuello uterino y del patrón contráctil, deben suministrarse medicamentos para controlar dicha dinámica contráctil, y ese medicamento fue la nifedipina, empleada tanto en la Clínica Tolima como lo indicó la Dra. MYRIAM GOMEZ como en el Hospital Federico Lleras según lo indicó el profesional JUAN CARLOS BASTIDAS.

Efectivamente, la precitada especialista sostuvo que a la paciente se le suministró *“Nifedipina que es el medicamento de rutina para control de contracciones.”*

En el mismo sentido lo indicó el galeno precitado al explicar en que consistía el manejo tocolítico realizado a la paciente MALLERLY ANDREA:

“Es un manejo que se le brinda a la paciente con amenaza de parto pre término con un medicamento que se llama Nifedipino, que es un medicamento que es un calcio antagonista que lo que busca es tratar de disminuir las contracciones del útero, relajando el músculo uterino. Esto se utiliza en estas pacientes para tratar de lograr dos cosas: obviamente, disminuir la actividad uterina y que el bebé no nazca en el momento pretérmino o prematuro, pues para evitar todas las complicaciones de este y sobre todo en esta paciente para tratar o lograr por lo menos durante 48 horas esa disminución de la actividad uterina, dándonos tiempo a que la maduración pulmonar fetal, que es aplicar un medicamento que en este caso es la betametasona,



nos ayude para que sus pulmones, por decirlo así, maduren tratando de que estén preparados en lo posible por si hay parto pretérmino.”.

- i) Que en el caso de la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS como parte del protocolo médico sugerido para su condición, se encontraba la maduración pulmonar del feto a través de tratamiento farmacológico, lo cual no determinaba la inminencia de practicar una cesárea.**

Así lo indicó el perito quien como ya se ha señalado, sostuvo que el manejo farmacológico en este caso se circunscribía a suministrar medicamentos para el manejo del patrón contráctil y simultáneamente para la maduración pulmonar del feto.

Lo anterior fue corroborado por los testigos quienes al respecto expresaron, en el caso de la Dra. BAYONA ABELLO, que en este caso, se completó la dosis de maduración pulmonar, *“como es el protocolo en los riesgos de amenaza de corto término... la maduración pulmonar fetal está indicada en los partos, en los embarazos entre la 28 y la 34, en algunas instituciones hasta la 36, donde hay riesgo de o posibilidades de parto pre término para darle mejor respuesta en caso tal de que nazca un niño en esta edad estacional, con mejor respuesta y adaptación a la vida extrauterina.”.*

No obstante lo anterior, refirió que el hecho de realizar la maduración pulmonar no es indicativo de que obligatoriamente deba realizarse la cesárea; solamente que en caso de que el bebé nazca antes de término, este va a tener mejor respuesta.

En el mismo sentido se pronunció el Dr. JUAN CARLOS BASTIDAS, refiriendo que, el protocolo médico indicaba en casos como el de la señora RODRIGUEZ CASTELLANOS, era disminuir las contracciones uterinas y lograr la maduración pulmonar fetal para así darle al bebé, el chance de que si hay parto prematuro, pueda tratar de que la respiración se lleve a cabo. Seguidamente indicó que no hubo indicación en momento alguno de desembarazar a la paciente.

Y es que en este punto, conviene resaltar que, aunque el extremo demandante durante su interrogatorio a los diferentes testigos se orienta a establecer que en este caso, la paciente ha debido ser desembarazada, lo cierto es que ninguno de ellos estuvo de acuerdo con dicha media; de hecho, aquellos manifestaron al unísono que en este caso, jamás se dieron las condiciones para ello.

Así lo sostuvo el Dr. MENDOZA OLAYA Al indicar que:



“si usted me lo pregunta y en este momento que estoy bajo palabra de juramento, si ese bebé en cualquiera de esos días, alguno de nosotros, incluyéndome, hubiera decidido finalizarle el embarazo, seguramente está cometiendo un error diagnóstico y de manejo ese bebé. Estando en el Federico Lleras tengo toda la certeza y la tranquilidad de saber que nunca tuvo indicación de finalizarse el embarazo. Si lo hubiéramos finalizado seguramente estaríamos hoy tal vez hablando de que por qué se desembarazó esa señora y el resultado perinatal habría sido adverso, o sea, nunca tuvo indicación de finalizar el embarazo.”.

En el mismo sentido, se pronuncian las Dras. MOSOS LAMPREA y GOMEZ MENESES. La primera, señalando que en el momento en que brinda atención a la paciente no había indicación de practicar cesárea: *“En ese momento no, para nada. Era un embarazo pretérmino, con un feto con adecuado bienestar fetal. La idea siempre es llevar los embarazos a término”.* La segunda, sostuvo que en este caso la paciente no tenía indicación de cesárea: *“No tenía ninguna indicación. Una paciente con un embarazo de 32.6 semanas, no tenía ninguna condición que nos hiciera pensar en terminar esa gestación antes del término. Eso se decide sopesando riesgo beneficio porque es un bebé que se va para UCI con todos los riesgos adicionales que ello implica. Eso se decide por ejemplo cuando hay preclamsia severa, que si no se desembaraza la paciente se puede morir. Para estas decisiones se evalúan condiciones maternas y fetales. Cuando y vi a la paciente no había condición alguna que nos hiciera considerar el terminar el embarazo a esa paciente.”.*

Puestas de presente así las cosas y analizando y valorando de forma conjunta y sistemática los diversos medios probatorios obrantes al interior de este expediente, habrá de concluir este Juzgado como ya lo anunciara previamente, que las pretensiones de la demanda deberán ser despachadas desfavorablemente, dado que no fue posible responsabilizar a los entes demandados del deceso fetal que se erige en el daño cuya reparación era pretendida a través del presente medio de control, en tanto no fue posible determinar el origen del sufrimiento fetal que originó tan fatídico desenlace y además, porque como ha quedado evidenciado, la actuación desplegada por los distintos profesionales de la salud que atendieron a la señora MALLERLY ANDREA pertenecientes a los entes accionados, se ajustó a la *lex artis*.

Con lo anterior, de modo alguno pretende el Despacho desconocer la importancia y obligación que reviste que en un Sistema de Salud se garantice que la prestación del servicio de salud no solamente sea oportuna sino suficiente, lo cual entre otras se ve



reflejado en un diagnóstico temprano y acertado; lo que ocurre, es que en este asunto, en el que se trata de un juicio de responsabilidad, con el que se pretende obtener una indemnización por la causación de un daño, se requiere que sea procedente, jurídica y fácticamente hablando, imputar ese daño a la administración, representada en este caso por los entes demandados, lo cual, en este asunto no fue posible, dado que no solo no fueron demostradas fallas en la prestación del servicio médico sobre las cuales se cimentaba el juicio de responsabilidad por parte del extremo demandante, sino tampoco, la causa que desencadenó el sufrimiento fetal que desencadenó el óbito fetal, rompiéndose así el nexo causal necesario para edificar la responsabilidad.

Por último, pero no menos importante resulta el señalar que aunque se demostró que a la paciente, se le indicó entre otras que debía reconsultar el servicio de urgencias ante la presencia de ciertas condiciones, entre esas, la disminución o ausencia de movimientos fetales y que ésta, según se consignó en la historia clínica, dejó de percibir dichos movimientos desde la noche del 25 de agosto de 2019, solamente acudió al servicio de urgencias a la mañana del día siguiente, lo cual, si bien es cierto no permite colegir per se, que de haberlo hecho oportunamente, el feto podría haberse salvado, si deja abierta tal posibilidad, máxime si se tiene en cuenta que hasta la tarde de ese 25 de agosto cuando se da su egreso hospitalario, previamente se había verificado la existencia de frecuencia cardíaca fetal.

Por lo antes expuesto, se denegarán las pretensiones de la demanda como se anunciara desde un principio.

COSTAS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A., salvo en los procesos donde se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil, hoy C.G.P.

A su turno, el artículo 365 del C.G.P., fija las reglas para la condena en costas, señalando en su núm. 1º que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso.

Así las cosas, se condenará en costas procesales de ésta instancia a la PARTE DEMANDANTE, siempre y cuando se hubieren causado y en la medida de su comprobación, incluyendo en la liquidación el equivalente a tres (03) salarios mínimos legales mensuales vigentes por concepto de agencias en derecho, de conformidad



Rama Judicial

República de Colombia

con lo establecido en el Acuerdo No. PSAA16-10554 agosto 5 de 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

En mérito de lo expuesto el JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

R E S U E L V E:

PRIMERO: **DECLARAR** probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, formulada por el Municipio de Anzoátegui.

SEGUNDO: **NEGAR** las pretensiones de la demanda conforme a los argumentos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: **CONDENAR** en costas a la parte demandante ya favor de la parte demandada, por las razones expuestas con antelación, incluyendo como agencias en derecho la suma de tres (03) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Por Secretaría liquídense.

CUARTO: En firme ésta providencia, archívese el expediente, previas las constancias de rigor en la plataforma SAMAI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

**SANDRA LILIANA SERENO CAICEDO
JUEZA**