



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CALDAS**  
**SALA TERCERA DE DECISIÓN**  
**MAGISTRADO SUSTANCIADOR: JORGE HUMBERTO CALLE LÓPEZ**

Manizales, cuatro (4) de abril de dos mil veinticinco (2025)

RADICADO	<a href="#">17-001-33-09-008-2017-00420-01</a>
MEDIO DE CONTROL	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE	MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA Y OTROS
DEMANDADO	SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD, LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES Y JHON JAIME HURTADO GARCÍA
LLAMA EN GTÍA.	SEGUROS DEL ESTADO
ASUNTO	FALLO SEGUNDA INSTANCIA
SENTENCIA	031

Se decide el recurso de apelación interpuesto por los demandados, contra la sentencia que accedió parcialmente a las pretensiones formuladas en la demanda.

**I. Antecedentes**

**I.I. Demanda**

1. Se solicitó declarar responsables a las demandadas por los perjuicios causados con ocasión a la angustia, sufrimiento e intenso dolor padeció Mónica Vanessa Hurtado García – en adelante MVHG -, debido a la muerte de su bebé al momento del parto. En consecuencia, se condene al pago de los perjuicios morales<sup>1</sup> y alteración a las condiciones de existencia<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> La suma equivalente a 100 smlmv., para Mónica Vanessa Hurtado García y Walter Aristizábal Penagos (padres del bebé); la suma de 80 smlmv, para María Amanda García, Carlos Jaime Hurtado, Luz Elena Penagos Calle (abuelos del bebé) y 50 smlmv para Leidi Juliana, Jeisson Andrés y Jhon Jaime Hurtado García (tíos del bebé).

<sup>2</sup> La suma equivalente a 100 smlmv., para Mónica Vanessa Hurtado García y Walter Aristizábal Penagos (padres del bebé); la suma de 50 smlmv, para María Amanda García, Carlos Jaime Hurtado, Luz Elena Penagos Calle (abuelos del bebé) y 30 smlmv para Leidi Juliana, Jeisson Andrés y Jhon Jaime Hurtado García (tíos del bebé)

## **I.II. Fundamento fáctico**

2. Se señala que MVHG encontrándose en estado de gravidez, el 31 de julio de 2015 fue remitida de la ESE Hospital San José de Neira al SES Hospital de Caldas, por presentar ruptura prematura de membranas con salida de líquidos.
3. Que el 1 de agosto de 2015 siendo las 11:34 de la mañana, se registró descenso de la frecuencia cardiaca fetal, iniciándose reanimación in útero y trasladándose a la paciente al quirófano para cesárea urgente.
4. Señaló que luego de 13 minutos después del nacimiento el personal médico suspendió la reanimación del bebé, declarándose el fallecimiento.

## **I.III. Contestaciones**

5. **SES Hospital de Caldas** solicitó que sean negadas las pretensiones, al señalar que, hubo una mora por parte del Hospital San José de Neira, en remitir a la paciente, puesto que llegó al Hospital de Caldas con una ruptura de membranas con 17 horas de evolución.
6. Frente a la atención brindada señaló que fue adecuadamente diagnosticada, los actos médicos no generaron complicaciones, quienes no estuvieron ajustados a la norma y a la lex artis.
7. Formuló las excepciones que denominó: "*Ausencia de nexo causal*", "*fuerza mayor o caso fortuito*", "*Advertencia de los riesgos a la paciente y firma del consentimiento informado*" y "*Genérica*".
8. Llamó en garantía a la aseguradora Allianz Seguros S.A. en virtud al contrato de seguro de responsabilidad civil extracontractual No. 021920481, para que ante una posible condena acuda al pago de los perjuicios.
9. **Luis Edilberto Herrera Morales**, solicitó que se nieguen las pretensiones de la parte demandante.
10. Formuló las siguientes excepciones: "*Inexistencia de dolo o culpa grave*", "*Inexistencia de culpa médica y correcto ejercicio de la lex artis ad hoc por parte del dr Luis Edilberto Herrera Morales*", "*Inexistencia de nexo causal*" y "*Genérica*".
11. **Martha Patricia Torres Polanco**, se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la parte demandante, al señalar que la cesárea practicada fue oportuna y que su atención fue adecuada, oportuna y orientada al cumplimiento de todos los protocolos sin improvisación.

12. Propuso las siguientes excepciones: *"Sujeción al cumplimiento de protocolos", "Cumplimiento de la lex artis", "Ausencia de culpa", "Inexistencia de nexo de causalidad" e "Imputabilidad del daño".*

13. **Allianz Seguros S.A. (Llamada en garantía)**, se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la parte demandante, señalando que la obligación de los médicos es de medio y no de resultado, conforme a los usos y técnicas existentes y aceptadas por las autoridades médicas.

14. Frente a la demanda formuló las siguientes excepciones: *"Inexistencia de falla médica y consecuentemente de responsabilidad, debido a la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidados de servicios Especiales de Salud SES – Hospital de Caldas", "Las Obligaciones médicas, incluso las derivadas de la especialidad Gineco-obstetra son de medio y no de resultado", Inexistencia de nexo causal entre el aparente hecho dañoso y los perjuicios alegados por la parte actora", "La tasación del daño moral solicitada por la parte actora es excesiva", "No puede efectuarse el reconocimiento de suma alguna a título de afectación a derechos constitucional y convencionalmente reconocidos toda vez que la compensación del mismo se efectúa a través de medidas reparatorias no indemnizatorias" y "Genérica".*

15. Frente al llamamiento en garantía formuló las siguientes excepciones: *"Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de Allianz Seguros S.A. por la no realización del riesgo asegurado"; "Falta de cobertura temporal de la póliza No. 022083970"; "Carácter meramente indemnizatorio de los contratos de seguros", "Límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado", "En cualquier caso, se deberán tener en cuenta los deducibles pactados", "Exclusiones pactadas en las pólizas de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 021920842 y 02203970 expedidas por Allianz Seguros S.A." y "Genérica".*

#### **I.IV. Sentencia de primera instancia**

16. El juzgado de primera declaró no probadas las excepciones propuestas por SES Hospital de Caldas, Allianz Seguros SA, Luis Edilberto Herrera Morales y Martha Patricia Torres Polanco, relativas a la ausencia de responsabilidad por falla en el servicio; por otro lado, declaró probadas las siguientes excepciones:

*"SEGUNDO. DECLARAR PROSPERAS LAS EXCEPCIONES DE "La tasación del daño moral solicitado por la parte actora es excesiva" propuesta por la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. con relación a los perjuicios reconocidos a favor de los señores MARÍA AMANDA HURTADO GARCÍA Y CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO, "No puede efectuarse el reconocimiento de suma alguna a título de "Alteración a las condiciones de existencia", de "Afectación a los derechos*

constitucional y convencionalmente reconocidos", y "En cualquier caso se deberán tener en cuenta los deducibles pactados", propuestas por la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A., y el medio exceptivo de "Advertencia de los riesgos a la paciente y firma del consentimiento informado" propuesta por SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD - SES, por lo señalado en los considerandos."

TERCERO. DECLARAR la responsabilidad administrativa y patrimonial de SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD SES, y del señor LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES y la señora MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO, por falla en la prestación del servicio de salud de la señora MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA que ocasionó la muerte del feto, por los motivos señalados en la parte motiva de esta providencia.

(...)" (sic)

17. De acuerdo con lo anterior, declaró la responsabilidad administrativa y patrimonial de SES Hospital de Caldas, de Luis Edilberto Herrera Morales y de Martha Patricia Torres Polanco, en consecuencia, condenó al pago de perjuicios morales así:

"CUARTO. Como consecuencia de la anterior declaración, CONDENAR a SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD SES al pago de los perjuicios reconocidos en esta providencia en un 50%, y al señor LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES en un 30%, y a la señora MARTHA PATRICIA TORRES POLANCO, en un 20%.

Por concepto de perjuicios morales:

Nivel	Demandante	SMLMV (100%)
Nivel 1	MÓNICA VANESSA HURTADO GARCÍA	100 SMLMV
Nivel 1	MARÍA AMANDA GARCIA CARLOS JAIME HURTADO OCAMPO	50 SMLMV 50 SMLMV

NEGAR las pretensiones indemnizatorias solicitadas por los señores WALTER ARISTIZÁBAL PENAGOS, LUZ ELENA PENAGOS CALLE, LEIDI JULIANA, JEISSON ANDRÉS Y JHON JAIME HURTADO GARCÍA, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

QUINTO. NEGAR las demás pretensiones de la demanda, por los motivos expuestos en la parte considerativa."

18. Para fundamentar su decisión, tras el análisis jurídico y probatorio señaló que el daño consistente en hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal fue producto de un incorrecto manejo del fármaco oxitocina, lo anterior fundamentado en transcripciones literarias extraídas de páginas web que -a su juicio- señalan que el suministro indebido de oxitocina pueden causar dichas

complicaciones; sumado a ello, señaló que se acreditó el indebido diligenciamiento de la historia clínica, respecto al control que debió ejercerse sobre el suministro de oxitocina, lo cual constituye un indicio de la causa de muerte del feto, unido al indicio consistente en que el embarazo transcurrió con normalidad sin que fuera catalogado de alto riesgo.

19. Adicionalmente señaló que, de acuerdo con el estudio anatomopatológico, la causa de la muerte del feto fue por hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal agudo y que, si bien dicho estudio se refiere a otros hallazgos de la placenta y del feto, como lo fueron la arteria umbilical única, escasa gelatina de wharton, un riñón pequeño y bajo peso del bebé, lo cierto es que no se presentó ninguna prueba que demuestre que dichos factores fueron los que ocasionaron el fallecimiento.

20. En cuanto a la excepción planteada por el SES Hospital de Caldas y denominada "*Advertencia de los riesgos a la paciente y firma del consentimiento informado*", la declaró prospera, empero, no ofreció fundamento alguno y tampoco indicó los efectos de la misma.

21. Negó el reconocimiento de perjuicios morales a Walter Aristizábal Penagos y Luz Elena Penagos Calle, toda vez que, no acreditaron el parentesco con la MVHG. Asimismo, negó el reconocimiento de perjuicios morales a Leidi Juliana, Jeisson Andrés y Jhon Jaime Hurtado García, al señalar que si bien acreditaron su parentesco como tíos del fallecido, no acreditaron la relación afectiva.

#### **I.V. Recursos de apelación**

22. **El SES Hospital de Caldas**, solicitó revocar el fallo argumentando que, el fallo de primera instancia vulneró los derechos al debido proceso y de defensa al haber resuelto el asunto por fuera del contexto de la fijación del litigio, puesto que al momento de emitir la sentencia planteó interrogantes que no habían sido establecidos por la parte demandante, quien solo alegó la falla en el servicio por no haberse practicado oportunamente la cesárea ante la ruptura de membranas.

23. En cuanto al nexo causal que estableció el despacho de primera instancia, señaló que para el caso concreto, no es posible edificarlo a través de indicios, puesto que considera que con las pruebas practicadas en el proceso, resultan suficientes y necesarias para resolver el litigio.

24. Censuró que el fallo de primera instancia, usó literatura médica tomada de páginas de internet, señalando que el material probatorio arrojado al proceso era suficiente. Indicó que las pretensiones de la parte demandante se dirigieron en contra del SES por no haber realizado oportunamente una cesárea, no obstante, la jueza de primera instancia acudió a literatura extraída de internet

para sustentar las complicaciones que genera una cesárea, las cuales tachó como apreciaciones salidas del contexto clínico. Adicionalmente, sostuvo que no se le permitió a la parte demandada, controvertir la literatura empleada en el fallo.

25. Señaló que hubo una indebida valoración probatoria por parte del juzgado de primera instancia, al señalar que frente al dictamen pericial aportado con la demanda y sustentado por el doctor Jorge Andrés Jaramillo García, en tanto que el juzgado de primera solo hizo mención a determinados y concretos apartes, relativos al uso de la oxitocina, aduciendo que el despacho perdió el norte de la demanda, la cual solamente iba encaminada a la omisión o práctica tardía de la cesárea. Señaló además que, la parte demandante, como insumo para la elaboración del dictamen solo le aportó al perito 1 documento del estudio anatomopatológico, cuando el mismo estaba compuesto por 3 documentos, tanto así que el mismo perito en la sustentación echó de menos que no se le hubiese aportado toda la información.

26. En cuanto a los dictámenes periciales aportados y sustentados por los doctores Jorge Eduardo Vélez y Liliana Dávila Arias, adujo que los expertos señalaron que el manejo a la paciente estuvo acorde con los protocolos existentes, que no hubo descuido por los ginecobstetras de la institución, que no hay ninguna conclusión certera frente al diagnóstico de los resultados, que el tratamiento ofrecido por la doctora Martha Torres se adecuó a la *lex artis* y que estuvo ajustado al manejo de los protocolos.

27. Por otro lado, reprochó el cuestionamiento realizado por el despacho de primera instancia, relativo al control de la oxitocina suministrado a la paciente, al señalar que el fallo, no reprochó que se le hubiese puesto mucha o poca oxitocina, sino que tuvo como indicio la falta de control estricto del suministro de ese medicamento, al respecto señaló que las dosis suministradas siempre fueron bajas y en todo caso la oxitocina no fue el causante del fallecimiento del bebé.

28. Finalmente, señaló que existe una incongruencia entre la parte considerativa y la resolutive del fallo, puesto que se declaró prospera la excepción denominada "*advertencia de los riesgos a la paciente y firma del consentimiento informado*", no obstante, profirió sentencia condenatoria a cargo del SES, sin ofrecer sustento alguno.

29. **Luis Edilberto Herrera Morales**, solicitó revocar el fallo de primera instancia, al señalar que el fundamento de la decisión se basó en un criterio como fue el que la inducción del parto con oxitocina fue mal controlado, lo que no tiene respaldo en las pruebas pericial practicada y sustentada en el expediente, en especial el dictamen aportado por la misma parte demandante, quien señaló que "la inducción con oxitocina mal controlada no produjo el deceso del neonato".

30. Señaló que la jueza de primera instancia estableció una apreciación personal sobre el “cuadro de control de trabajo de parto”, sin embargo, ninguno de los peritos -incluido el aportado por la demandante-, hizo referencia a dicho cuadro y su apreciación personal y científica sobre cómo es la forma correcta de interpretarlo, sin embargo, el despacho emitió una interpretación sobre el mismo. Explicó que la “raya” en el concepto “goteo” (del cuadro de control de trabajo de parto), corresponde a una señal que indica que se está aplicando el medicamento en la dosis ordenada por el profesional, lo cual no fue tenido en cuenta por la juez, puesto nunca lo preguntó con los profesionales tratantes y así entender el contenido del documento; adujo que carece de sentido que el personal de enfermería registre en dicho cuadro la hora de la nota, la frecuencia cardíaca fetal, frecuencia de la contracción, intensidad de la contracción y duración de la misma, firme la nota y no coloque el medicamento ordenado por el médico. Afirmó que, en todo caso, el doctor Luis Edilberto no puede ser responsabilizado del presunto mal diligenciamiento del cuadro de control, puesto que el mismo es llenado por el personal de enfermería.

31. **Martha Patricia Torres Polanco**, solicitó revocar el fallo de primera instancia al señalar que, el fundamento con el cual la jueza de primera instancia concluyó que hubo una falla en el servicio médico prestado por la demandada, puesto que contrario a lo señalado en la sentencia, si existe prueba del suministro de oxitocina a la paciente, que además la doctora Martha Patricia, decidió aumentar la dosis de oxitocina a 120 cc debido a las circunstancias clínicas de la paciente, que hacían necesario inducir el trabajo de parto.

32. Adujo que la especialista sí realizó una vigilancia adecuada del trabajo de parto, lo cual fue corroborado por los peritos Jorge Eduardo Vélez Arango y Liliana del Socorro Dávila Arias, quienes además señalaron que la inducción del parto fue adecuada.

33. En cuanto al indicio relativo al mal diligenciamiento de la historia clínica, señaló que dicha apreciación del juzgado no corresponde con la realidad, y que en todo caso el deber de aportarla es de la institución prestadora del servicio de salud. Adicionalmente, señaló que sí fue aportado el control del suministro de oxitocina, el cual se encuentra relacionado en el cuadro de control de trabajo de parto.

34. Señaló que no existe prueba del nexo causal entre la hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal y la atención brindada por el personal médico, lo cual además, aduce fue demostrado con la prueba pericial practicada. Sostuvo que el daño no puede ser imputable a la doctora Martha Patricia, toda vez que, según el reporte de patología, el bebé tenía malformaciones, las cuales no se le pueden endilgar al personal médico y menos aún a la atención brindada.

35. **Allianz Seguros S.A.**, solicitó revocar el fallo de primera instancia, al señalar que el juzgado incurrió en error al estructurar el nexo de causalidad con fundamento en indicios que no están probados dentro del proceso.

36. Adujo que el fallo de primera instancia concluyó que la paciente había tenido un embarazo normal, por lo que estructuró la responsabilidad a base de indicios, sin embargo, señaló que de acuerdo con los hallazgos patológicos, se determinó que el neonato tenía cordón umbilical muy delgado, con mínima gelatina de Wharton, condiciones que se relacionan con alteraciones cardiovasculares que hacían que no fuera un embarazo normal.

37. Indicó que si bien, el despacho concluyó que no se logró establecer que el fallecimiento estuviera asociado a los hallazgos de patología antes referidos, tampoco hay prueba que la hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal agudo estuviera relacionada con un manejo inadecuado de la oxitocina en la inducción del parto.

38. Finalmente afirmó que, no haberse probado los elementos que configuran la responsabilidad no hay fundamento para afectar la póliza y en todo caso, el fallo debe acogerse a las condiciones particulares del contrato de seguro.

## **II. Consideraciones**

### **II.I. Cuestión previa**

39. El apoderado del SES Hospital de Caldas alegó que el fallo de primera instancia vulneró los derechos al debido proceso y de defensa al haber resuelto el asunto por fuera del contexto de la fijación del litigio, puesto que al momento de emitir la sentencia planteó interrogantes que no habían sido establecidos por la parte demandante.

40. Al respecto, se advierte que el artículo 180 del CPACA señala las reglas a las que se debe sujetar la audiencia inicial. Una de estas reglas tiene que ver con la fijación del litigio (numeral 7).

41. La fijación del litigio consiste en determinar de manera precisa los puntos de desacuerdo de las partes, porque en torno a estos se dirigirá la dinámica probatoria y, por ende, la resolución del conflicto. Conforme con la fijación de litigio, el juez debe identificar y formular el problema jurídico que se va a resolver en la sentencia, en el marco de las normas aplicables al caso concreto. De esta manera, la resolución del problema jurídico es la que orienta la motivación de la sentencia.

42. Para la Sala, el hecho que la formulación del problema jurídico se haga en términos generales, como se hizo en este caso, no conduce a que prospere el



recurso de apelación en ese sentido, porque la concreción de los puntos litigiosos identificados por el juzgado guarda relación con el objeto de la controversia y su desarrollo se hizo en lo extenso de la providencia.

43. Otra cosa es que la parte demandada no comparta la respuesta que el juzgado le dio al problema jurídico que planteó en la sentencia y a la motivación que la sustentó, cuestión que es propia del recurso de apelación en los términos del artículo 320 del CGP, por lo anterior, no prospera el recurso de apelación en ese aspecto.

## **II.II. Problema jurídico**

44. Atendiendo a los fundamentos de la sentencia recurrida y los argumentos de apelación, esta instancia se centrará en establecer: *¿Se encuentran probados los elementos que dan lugar a la responsabilidad administrativa y patrimonial en cabeza de los demandados, con ocasión a la hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal, que provocaron el fallecimiento del bebé al momento del parto de MVHG?*

45. Para su resolución, se analizará: i) el fundamento jurídico; ii) los hechos acreditados relevantes para resolver el problema jurídico, y iii) el caso concreto.

## **II.III. Fundamento jurídico**

46. **Perspectiva de género y violencia obstétrica.** El Consejo de Estado, en Sentencia de Unificación Jurisprudencial del 28 de agosto de 2014<sup>3</sup>, determinó que la indebida atención gineco-obstétrica constituye discriminación por motivos de género.

47. Por su parte, la Corte Constitucional, profirió Sentencia de Unificación SU-048 el 16 de febrero de 2022<sup>4</sup>, indicando que “La violencia obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres que envuelve todos los maltratos y abusos de los que son víctimas en los servicios de salud reproductiva”.

48. Señaló que, la Organización Mundial de la Salud publicó en el año 2014, la Declaración *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, reiterando el “derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el

---

<sup>3</sup> Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Sala Plena. Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Bogotá, D. C., veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014) Radicación número: 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804).

<sup>4</sup> Corte Constitucional. M.P. Cristina Pardo Schlesinger. Bogotá D.C., dieciséis (16) de febrero de dos mil veintidós (2022). SU-048. Expediente T-8.303.929.

parto”, dado que *“muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto”*<sup>5</sup>.

49. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos reconoce que, aunque no hay una definición jurídica, *“la violencia obstétrica abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados”*. También advirtió que encierra concepciones machistas, así como estereotipadas, es una práctica normalizada que se mantiene invisibilizada en muchos de los países de la región y atenta contra los derechos de las mujeres a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, a la salud, a la vida privada, al respeto a su autonomía y, en muchas ocasiones, involucra el incumplimiento del deber de obtener un consentimiento previo, libre, pleno e informado.

50. La CIDH señaló que ese tipo de violencia incluye un trato deshumanizado o discriminatorio que puede presentarse en cualquier momento en la prestación de servicios de salud, mediante acciones y omisiones. Dentro del informe *“Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe”*<sup>6</sup> se enuncian algunas circunstancias en las que se manifiesta la violencia obstétrica y que la Corte Constitucional sintetiza de la siguiente forma:

<b>Trato deshumanizado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Indiferencia al dolor que puede presentarse cuando se deja a la mujer esperando por largas horas, se inmoviliza el cuerpo o se llevan a cabo partos sin anestesia.</li></ul>
<b>Abuso de medicalización y patologización de los procesos fisiológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prácticas invasivas.</li><li>- Uso innecesario de medicamentos</li></ul>
<b>Maltrato psicológico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Denegación de información completa sobre la salud y los tratamientos aplicables.</li></ul>

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)

<sup>6</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2019). Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humillaciones o burlas.</li> <li>- Infantilización.</li> </ul>
<b>Procedimientos no urgentes realizados de manera forzada, coaccionada o sin el consentimiento de las mujeres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esterilizaciones.</li> <li>- El llamado "<i>punto del marido</i>".</li> </ul>

51. En este sentido, la Constitución Política de Colombia en el artículo 13 inciso 2° establece, como obligación del Estado, promover condiciones para que la igualdad de todas las personas, sin distinción, sea real y efectiva, para nivelar las desigualdades históricas y culturales que han afectado a las mujeres, especificando en el artículo 43 ibídem que “La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado”.

52. Resulta importante resaltar las recomendaciones generales formuladas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer – CEDAW, especialmente las No. 12 y 24 que disponen que los Estados Partes deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia, se debe garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y se debe asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.

53. La Corte Constitucional, también, ha resaltado que el derecho a la salud reproductiva está integrado por diferentes elementos, entre los cuales se encuentra “[l]a existencia de mecanismos que aseguren el desarrollo de la maternidad libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y que brinden las máximas posibilidades de tener hijos sanos<sup>7</sup>. Concretamente, el acceso a cuidado obstétrico oportuno, de calidad y libre de violencia”<sup>8</sup>.

54. **Elementos configurativos de la responsabilidad del Estado.** Con la Carta Política de 1991, se produjo en el ordenamiento jurídico colombiano un

<sup>7</sup> Al respecto, ver CIDH, “Acceso A Servicios De Salud Materna Desde Una Perspectiva De Derechos Humanos”, 7 junio 2010.

<sup>8</sup> Corte Constitucional, sentencia SU-096 de 2018 MP José Fernando Reyes Cuartas; SV Carlos Bernal Pulido, Luis Guillermo Guerrero Pérez y Cristina Pardo Schlesinger; AV Alejandro Linares Cantillo).

proceso de constitucionalización de la responsabilidad del Estado, al establecerse por primera vez y elevarse a rango constitucional, una norma expresa direccionada a su reconocimiento general. En efecto, el artículo 90 constitucional dispone que: *"el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas (...)"*<sup>9</sup>

55. De la cláusula general de la responsabilidad del Estado establecida en el artículo 90 de la Constitución, y de la interpretación que de ella ha realizado, tanto el Consejo de Estado, como la Corte Constitucional, se desprende que ésta tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico ocasionado a una persona y su imputación fáctica y jurídica al Estado, bajo alguno de los diferentes títulos de imputación creados por la jurisprudencia: falla del servicio, daño especial o riesgo excepcional<sup>10</sup>. En palabras de la Corte:

*"(...) el actual régimen constitucional establece entonces la obligación jurídica a cargo del Estado de responder por los perjuicios antijurídicos que hayan sido cometidos por la acción u omisión de las autoridades públicas, lo cual implica que una vez causado el perjuicio antijurídico y éste sea imputable al Estado, se origina un traslado patrimonial del Estado al patrimonio de la víctima por medio del deber de indemnización (...) Igualmente no basta que el daño sea antijurídico sino que éste debe ser además imputable al Estado, es decir, debe existir un título que permita su atribución a una actuación u omisión de una autoridad pública. Esta imputación está ligada pero no se confunde con la causación material, por cuanto a veces, como lo ha establecido la doctrina y la jurisprudencia, se produce una disociación entre tales conceptos. Por ello, la Corte coincide con el Consejo de Estado<sup>11</sup> en que para imponer al Estado la obligación de reparar un daño "es menester, que además de constatar la antijuridicidad del mismo, el juzgador elabore un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un 'título jurídico' distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión; vale decir, la imputatio juris además de la imputatio facti"<sup>12</sup>*

56. En ese orden de ideas, el primer elemento a verificar será la existencia o configuración de un daño antijurídico<sup>13</sup>, sin el cual, no podría existir

---

<sup>9</sup> Colombia, Constitución Política de 1991. Artículo 90.

<sup>10</sup> Colombia, Corte Constitucional. Sentencia C 333 de 1996. M.P. Alejandro Martínez Caballero. *"En el fondo el daño antijurídico es aquel que se subsume en cualquiera de los regímenes tradicionales de responsabilidad del Estado"* creados por la jurisprudencia.

<sup>11</sup> Colombia, Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 13 de julio de 1993. M.P. Juan de Dios Montes Hernández.

<sup>12</sup> Colombia, Corte Constitucional. Sentencia C 333 de 1996. M.P. Alejandro Martínez Caballero.

<sup>13</sup> Henao Pérez, Juan Carlos. El daño. Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en Derecho colombiano y francés. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1998.; pp. 36-37. "El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple: si una persona no ha sido dañada no tiene por qué ser favorecida con

responsabilidad y, además resultaría inoficioso, adelantar el análisis de atribución propio de la imputación.

57. El daño antijurídico es definido por el Consejo de Estado como una lesión a un interés jurídicamente tutelado, que la persona no se encuentra en el deber de soportar, o en otras palabras, es una: *"modificación o alteración negativa fáctica o material respecto de un derecho, bien o interés legítimo que es personal y cierto frente a la persona que lo reclama, y que desde el punto de vista formal es antijurídico, es decir no está en la obligación de soportar porque la normativa no le impone esa carga."*<sup>14</sup>

58. Una vez verificada la configuración de un daño antijurídico, el juzgador deberá proceder con el análisis de imputación o atribución fáctica y jurídica del mismo a la administración pública. En palabras del máximo órgano de la jurisdicción contencioso administrativa:

*"Acreditada la ocurrencia de un daño antijurídico se procede a evaluar si este es atribuible a la entidad demandada, desde los planos de la imputación fáctica y jurídica."*

*Como se advierte, este segundo elemento tiene dos niveles, el ámbito fáctico y la órbita jurídica. Con la primera se determina, se identifica e individualiza quién es reputado como autor del daño, bien sea porque le es atribuible por su acción en sentido estricto (v. gr. un disparo, un atropellamiento, etc.) o por la omisión (v. gr. el desconocimiento de la posición de garante), mientras que con la segunda se establece el deber normativo – el fundamento jurídico de la responsabilidad – de reparar o resarcir la lesión irrogada". Es decir, "supone el establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y allí es donde intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad que tienen cabida tal como lo ha dicho la jurisprudencia en el artículo 90 de la Constitución."*<sup>15</sup>

59. En ese sentido, el elemento de la imputación busca dar solución o respuesta a las siguientes preguntas: 1) a quién le es atribuible determinado daño antijurídico (imputación fáctica), y 2) por qué se debe responder, o cuál es la razón o fundamento de la responsabilidad (imputación jurídica), en el caso concreto.

---

una condena que no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil."

<sup>14</sup> Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 26 de marzo de 2014, rad. 28471. M.P. Enrique Gil Botero.

<sup>15</sup> Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia del 26 de marzo de 2009, exp. 17994, M.P. Enrique Gil Botero

60. Sobre el juicio de imputación, el Consejo de Estado precisó los conceptos de imputación fáctica y jurídica, y la forma como se analiza cada uno, en los siguientes términos:

*"la imputación fáctica supone un estudio conexo o conjunto entre la causalidad material y las herramientas normativas propias de la imputación objetiva que han sido delineadas precisamente para establecer cuándo un resultado, en el plano material, es atribuible a un sujeto. De otro lado, la concreción de la imputación fáctica no supone por sí misma, el surgimiento de la obligación de reparar, ya que se requiere un estudio de segundo nivel, denominado imputación jurídica, escenario en el que el juez determina si además de la atribución en el plano fáctico existe una obligación jurídica de reparar el daño antijurídico; se trata, por ende, de un estudio estrictamente jurídico en el que se establece si el demandado debe o no resarcir los perjuicios bien a partir de la verificación de una culpa (falla), o por la concreción de un riesgo excepcional al que es sometido el administrado, o de un daño especial que frente a los demás asociados es anormal y que parte del rompimiento de la igualdad frente a las cargas públicas".<sup>16</sup>*

61. De este modo, ha considerado el Consejo de Estado que, en el campo de la imputación jurídica, en primer lugar, debe examinarse en cada caso concreto, si el elemento fáctico constituye una falla en el servicio, en el que deba encuadrarse la responsabilidad extracontractual del Estado, sustentada en la vulneración de deberes normativos, que en muchas ocasiones no se reducen al ámbito negativo, sino que se expresan como deberes positivos en los que la procura o tutela eficaz de los derechos, bienes e intereses jurídicos es lo esencial para que se cumpla con la cláusula del Estado Social y Democrático de Derecho.

62. En segundo lugar, de no ser posible atribuir la responsabilidad al Estado por la falla en el servicio, debe examinarse a continuación si los elementos fácticos del caso concreto permiten la imputación objetiva, a título de daño especial o riesgo excepcional<sup>17</sup>.

63. En cuanto a la falla del servicio como título de imputación o atribución jurídica de responsabilidad subjetiva, la jurisprudencia ha precisado, de tiempo atrás, que esta se configura: *"cuando se presenta una violación al contenido obligacional que se impone al Estado, y que puede ser infringido ya sea porque así se deduce nítidamente de una norma que estatuye con precisión aquello a lo cual está obligado el Estado frente al caso concreto, ya sea porque así se deduce de la función genérica del Estado, que se encuentra prioritariamente plasmada*

---

<sup>16</sup> Colombia, Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 9 de junio de 2010; Rad. 1998-0569. Reiterado en: Consejo de Estado; Sección Tercera. Sentencia del 22 de octubre de 2012. C.P. Olga Mélida Valle de la Hoz.

<sup>17</sup> Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 13 de junio de 2013, exp 26800. M.P Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

*en el artículo 16 de la Constitución Política*<sup>18</sup> (de 1886) y ahora, en el artículo 2 de la Constitución de 1991.

64. En otras palabras, la falla del servicio, se configuraría cada vez que una autoridad pública incumpla o viole alguna disposición normativa que le imponga deberes (ya sean genéricos o especiales, ya sean positivos o negativos). Es decir, la falla del servicio se puede presentar, tanto por acción como por omisión de las autoridades públicas, en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones.

65. El daño especial, por su parte, ha sido utilizado tradicionalmente como título de imputación aplicable, en el campo de la responsabilidad objetiva del Estado. Para la aplicación de dicho título de imputación, la jurisprudencia ha establecido que se deben configurar los siguientes requisitos; a saber: 1) que se desarrolle una actividad legítima del Estado, 2) que esta tenga como consecuencia el menoscabo del derecho de una persona, 3) tal menoscabo debe tener origen en el rompimiento del principio de igualdad frente a las cargas públicas, 4) al causar un daño grave y especial, en cuanto recae solo sobre alguno o algunos de los administrados, 5) además de que debe existir un "nexo causal" entre la actividad legítima del Estado y el daño, y 6) el caso concreto no se puede enmarcar dentro de los demás regímenes de responsabilidad del Estado<sup>19</sup>.

66. En términos más sencillos, habrá lugar a la aplicación del título de imputación de daño especial, cuando quiera que el daño antijurídico imputable fácticamente al Estado, se derive de una lesión grave y anormal que rompa con el principio de igualdad frente a las cargas públicas, al imponer a una persona o grupo determinado de personas, una carga superior a la que normalmente deben soportar la generalidad de los administrados por vivir en sociedad.

67. **Régimen de responsabilidad médica: falla en el servicio probada.** El Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia<sup>20</sup> ha establecido que, la

---

<sup>18</sup> Colombia, Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 30 de marzo de 1990. C.P. Antonio José de Irisarri Restrepo.

<sup>19</sup> Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia del 13 de septiembre de 1991, exp. 6453. M.P. Daniel Suárez Hernández. Puede verse también: Colombia, Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, sentencia del 25 de agosto de 1998. M.P. Jesús María Carrillo Ballesteros.

<sup>20</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 7 de diciembre de 2016, C.P. Marta Nubia Velásquez Rico). Exp. 34216. En el mismo sentido, confróntese: sentencia del 27 de abril de 2011, (C.P.: Mauricio Fajardo Gómez), exp. 19.192. También, sentencia de 20 de febrero de 2008. (C.P. Ramiro Saavedra Becerra) Exp. 15563. "(...) la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño".

responsabilidad patrimonial que le incumbe al Estado por actividades médico-asistenciales se debe analizar bajo el régimen de la falla probada del servicio, a lo cual se ha agregado que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello conlleva, el nexo de causalidad puede acreditarse de diversas maneras, en especial mediante la utilización de indicios, que no en pocas ocasiones constituye el único medio probatorio que permite establecer la presencia de la falla endilgada.

68. Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el *daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel*<sup>21</sup>, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria.

69. Frente al tema, el Consejo de Estado en sentencia del 13 de noviembre de 2014 (C.P. Ramiro Pazos Guerrero), radicado 31182, señaló:

“7.7. Por lo anterior, la actividad médica capaz de comprometer la responsabilidad de la administración es la falla probada; sin embargo, no solamente se estructura la responsabilidad cuando se contrarían los postulados de la *lex artis* o, esto es, por funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico, sino también cuando la actividad que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar objetivamente a que ello ocurra.”<sup>22</sup>

“7.8. Así las cosas, como esta Subsección lo recordó en sentencia del 29 de julio del 2013<sup>23</sup>, en relación con la carga de la prueba tanto de la falla del servicio como del nexo causal, se ha dicho que corresponde exclusivamente al demandante, pero dicha exigencia se atenúa mediante la aceptación de la prueba indirecta de estos elementos de la responsabilidad a través de indicios. (...)”

70. Por otra parte, el Consejo de Estado en sentencia del día 5 de marzo de 2015<sup>24</sup>, sobre los casos de responsabilidad médica, precisó:

“15. La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en

---

<sup>21</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 13 de noviembre de 2014 rad. 199903218-01(31182) M.P. Ramiro Pazos Guerrero, sentencia del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia del 30 de julio del 2008, rad. 15726, M.P. Myriam Guerrero de Escobar; sentencia del 21 de febrero del 2011, entre otras.

<sup>22</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, M.P. Danilo Rojas Betancourth. (...) sentencia de 28 de septiembre de 2012, rad. 22424, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, (...)

<sup>23</sup> Consejo de Estado, sentencia del 29 de julio del 2013, rad. 20157, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

<sup>24</sup> Consejo de estado, sentencia del 5 de marzo de 2015, (C.P. Danilo Rojas), Exp. 2002-00375-01(30102).



virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste<sup>25</sup>.

“16. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso<sup>26</sup>. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance<sup>27</sup>”.

71. Bajo estos supuestos, resulta claro que, no obstante existir eventos en los cuales no se puede demostrar la relación causal, ello no implica que no es procedente la declaratoria de responsabilidad, pues el Estado también es responsable en los casos donde se acredita que la prestación asistencial no fue brindada al paciente de manera diligente, utilizando todos los medios técnicos y científicos de los que deben disponer las entidades médicas estatales, de acuerdo a su nivel de complejidad, o no se remite oportunamente al paciente, a un centro de mayor nivel, fallas que evidentemente vulneran su derecho a la asistencia en salud.

72. Así entonces, la responsabilidad del Estado no solo se compromete cuando se causa un daño a la salud, sino también cuando se desconoce o se vulnera el derecho a recibir un oportuno y eficaz servicio de salud, cuando se tiene al paciente a la espera de un trámite administrativo para prestar el servicio, cuando no se traslada al paciente de manera oportuna, cuando no se da la orden para un tratamiento, o no se le brindan los medicamentos o tratamientos que le permitan curarse o mantener una calidad de vida en condiciones dignas; igualmente cuando se somete al paciente y a la familia a esperas inexplicables, configurándose un flagrante desconocimiento o falta de cumplimiento de los deberes a su cargo, que ineludiblemente compromete su responsabilidad, obligándolo a resarcir el daño antijurídico, pues ni los pacientes, ni sus familias

---

<sup>25</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 23 de abril de 2008, exp. 15750; del 1 de octubre de 2008, exp. 16843 y 16933; del 15 de octubre de 2008, exp. 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; del 28 de enero de 2009, exp. 16700, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras.

<sup>26</sup> Sección Tercera, sentencia del 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

<sup>27</sup> Sección Tercera, sentencia del 11 de febrero de 2009, exp. 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

están en la obligación de soportarlo, máxime cuando la vulneración o daño se presenta por razones de tipo administrativo o demoras propias del sistema, que no pueden ser trasladadas al paciente en detrimento de su salud.

### **II.III Hechos acreditados, relevantes para resolver el problema jurídico**

73. En cuanto a la atención en salud brindada al momento del parto de la señora MVHG, se encuentra acreditado lo siguiente:

74. Según la historia clínica de la clínica del Hospital San José de Neira, MVHG ingresó 30 de julio de 2015<sup>28</sup> por presentar embarazo de 38 semanas, de la cual se destaca lo siguiente (sic):

"(...)

*EA: PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 23 AÑOS DE EDAD, PRIMIGESTANTE (...) SIN ALTERACIONES DE CONTROLES PRENATALES, QUE INGRESA A URGENCIAS ACOMPAÑADA DE SU MADRE POR CUADRO QUE INICIA EL DÍA DE HOY A LAS 05+30 HORAS CONSISTENTE EN SALIDA DE LIQUIDO TRANSPARENTE ABUNDANTE POR VAGINA (...)*

*IDX: RUPTURA DE MEMBRANAS (0429)*

*CONDUCTA: BINOMIO MADRE Y FOTO EN APARENTE BIENESTAR, PERO CON RUPTURA DE MEMBRANAS SIN PREVIA DILATACION, MOTIVO POR EL CUAL SE INICIAN TRAMITES DE REMISION PARA MAYOR NIVEL DE ATENCION, SE REALIZA MONITOREO FETAL CON ABECUADA VARIABILIDAD, FCF 128 L/MIN, NO DESACELERACIONES, SIN ACTIVIDAD UTERINA."*

75. Según la historia clínica de la clínica del SES Hospital de Caldas, MVHG ingresó 30 de julio de 2015<sup>29</sup> a las 10:38 pm, remitida del Hospital San José, emitiéndose el siguiente análisis al ingreso (sic):

*"PACIENTE DE 23 AÑOS, PRIMIGESTANTE, HEMOCLASIFICACION A POSITIVO, CON EMBARAZO DE 38 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 19 DE DICIEMBRE/15 (6 SEMANAS). REMITIDA DE NEIRA POR RUPTURA DE MEMBRANAS A LAS 05+30 CON SALIDA DE LIQUIDO CLARO SIN CAMBIOS CERVICALES. POR LO QUE SOLICITAN ATENCION Y VIGILANCIA Estricta EN INSTITUCION DE MAYOR COMPLEJIDAD. AL INGRESO CON SIGNOS VITALES DENTRO DE NORMALIDAD, AL EXAMEN GINECOLOGICO CON CAMBIOS CERVICALES FAVORABLES PARA INDUCCION CON OXITOCINA BAJO MONITOREO CONTINUO EN SALA DE TRABAJO DE PARTO. SE INICIA ANTIBIOTICOTERAPIA CON AMPICILINA POR RUPTURA DE MAS DE 12 HORAS DE EVOLUCION.*

---

<sup>28</sup> Archivo digital "002", pág. 50

<sup>29</sup> Archivo digital "002", pág. 52-

### *Indicaciones Médicas*

HOSPITALIZAR EN TRABAJO DE PARTO-NADA VIA ORAL-SSN 0,9% 2000 CC PARA 24 HORAS-AMPICILINA AMPX 1GR. APLICAR 1 AMPOLLA CADA 6 HORAS IV-**OXITOCINA DILUIR 5 UI DE SSN 0,9% Y PASAR A 12 CC HORAS, AUMENTAR 12 CC CADA 30 MINUTOS HASTA OBTENER 5 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS O HASTA MAXIMO 120 CC.-**FITOMENADIONA AMPX 1MG. APLICAR 1 AMPOLLA AL RECIEN NACIDO.- SS VDRL, CH, **PCR-SS MONITOREO FETAL ELECTRONICO (YA REALIZADO)-**VIGILAR ACTIVIDAD UTERINA PERDIDAS VAGINALES FCF-CONTROL SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOS.

(...)

### *Análisis*

PACIENTE DE 23 AÑOS, PRIMIGESTANTE, CON EMBARAZO A TERMINO, EN FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO. CON RUOTURA PROLONGADA DE MEMBRANAS YA CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO PROFILACTICO, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA CONTINUA IGUAL MANEJO, **SE AUMENTA GOTE0 DE OXITOCINA A 120 CC/HORA.**

(...)

### *Objetivo*

BUENAS CONDICIONES GENERALES HIDRATADA MUCOSAS ROSADAS ABDOMEN: MOVIMIENTO FETALES PRESENTES, FCF 159X, ACTIVIDAD UTERINA 2/10/35/+++

(...)

*Sábado, 01 de agosto de 2015 10:41 am*

(...)

### *Análisis*

PACIENTE DE 23 AÑOS, PRIMIGESTANTE, CON EMBARAZO A TERMINO, EN FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO, CON RUTURA PROLONGADA DE MEMBRANAS YA CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO PROFILACTICO, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA CONTINUA IGUAL MANEJO, SE AUMENTA GOTE0 DE OXITOCINA A 120 CC/HORA. SE REALIZO ANALGESICO.

(...)

*Sábado, 01 de agosto de 2015 11:48 am*

(...)

### *Objetivo*

(...)

*SE ASCULTA DESCENSO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL HASTA 50 LPM POR LO QUE DE INMEDIATO SE INICIA REANIMACION IN UTERO, SE COLOCA OXIGENO BAJO MASCARA, SE SUSPENDE OXCITOCINA, SE UBICA LATERAL IZQUIERDO, SE COLOCA BOLO DE LIQUIDOS, SE TRASLADA QUIROFANO PARA CESAREA URGENTE SE LE COMUNICA A LA PACIENTE QUIEN ESTA DE ACUERDO. SE INFORMA A NEONATOS.*

(...)

### *Hallazgos*

*LIQUIDO AMNIOTICO ESCASO, NO FETIDO, NO CALIENTE*

*A LAS 11+48 HORAS SE EXTRAEE FACILMENTE FETO EN CEFALICA, DE GENERO MASCULINO, CON CIRCULAR UNICA DEL CORDON NO APRETADA A CUELLO, ATENDIDO POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO, EL CUAL NACE FLACIDO, SIN TONO MUSCULAR NI ESFUERZO RESPIRATORIO, POR LO CUAL SE REALIZA PINZAMIENTO INMEDIATO DEL CORDON, Y SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION POR EQUIPO PEDIATRICO DE TURNO.*

*PLACENTA NO FETIDA, NI CALIENTE, **CORDON UMBILICAL MUY DELGADO, CON MINIMA GELATINA DE WHARTON.***

76. De acuerdo con el Informe del Estudio Anatomopatológico expedido por Citosalud SAS el 3 de agosto de 2015<sup>30</sup>, se determinó el siguiente estudio histopatológico:

*"FETO MASCULINO PLACENTA CORDON MEMBRANAS ESTUDIO POSTMOREM:*

*I. FETO MASCULINO DE 38.5 SEMANAS (POR MORFOMETRIA)*

*II. HIPOPLASIA RENAL IZQUIERDA (50%)*

*III. CAMBIOS DE NEUMONIA ASPIRATIVA INTRAUTERINA*

*IV. HEMORRAGIA ADRENAL ASOCIADAS A HIPOXIA INTRAUTERINA"*

Adicionalmente se registró la siguiente descripción:

*"DESCRIPCION MICROSCOPICA:*

*Se reconoce cordón umbilical en el que destaca la presencia de únicamente 2 estructuras vasculares (una arteria y una vena). Tejido placentario con focos de*

---

<sup>30</sup> Archivos digitales "041", "042" y "043"

*necrosis isquemica menor al 5%. Caso visto con el Dr. Darío Fernando Gómez. Medico Patólogo.*

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO:

*PLACENTA Y CORDON UMBILICAL. EXTRACCION*

*-ARTERIA UMBILICAL UNICA*

*-TEJIDO PLACENTARIO SIN ALTERACIONES HISTOPATOLOGICAS"*

77. De acuerdo con el Formato de Consentimiento Informado del 31 de julio de 2015<sup>31</sup>, el SES Hospital de Caldas informó a MVHG que frente a la ruptura prematura de las membranas, se presentan los siguientes riesgos o complicaciones:

*"ATENCION INTRAHOSPITALARIA, APLICACION DE MEDICAMENTOS, TOMA DE MUESTRAS PARA PARACLINICOS, ATENCION DEL PARTO, CESAREA, POMEROY, HISTERECTOMIA, EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA.*

*(...)*

*HEMORRAGIA GRAVE, RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES, SHOCK HIPOVOLEMICO, LACERACION DE VISCERA, HUECA, SEPSIS OBSTETRICA SECUNDARIA, FISTULA INTESTINAL, EMBOLISMO DE LIQUIDO AMNIOTICO, TROMBOEMBOLISMO, -SHOCK SEPTICO, TROMBOEMBOLIA, REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS, EXTRACCIÓN FETAL TRAUMATICA, RETENCION DE HOMBROS, TRAUMA CRANEORÁCIAL POR FORCEPS, TRAUMA MUSCULO ESQUELETICO POR EXTRACCION FETAL DIFICIL, **HIPOXÍA PERINATAL**, ENCEFALOPATIA NEONATAL, ATONIA UTERINA QUE NO RESPONDE A MANEJO MEDICO, MUERTE MATERNA, MUERTE FETAL, MUERTE NEONATAL."*

78. Dictamen pericial aportado por la parte demandante ante el despacho de primera instancia, el cual fue rendido por Jorge Andrés Jaramillo García<sup>32</sup>, médico especialista en ginecología y obstetricia, quien sobre la atención brindada en el parto concluyó lo siguiente (sic):

*"(...) en la situación que nos ocupa, cuando la paciente llegó al nivel superior de atención (hospital de caldas) ya contaba con más de 17 horas de haberse dado la ruptura de membranas, por lo que la conducta de iniciar la inducción del parto era pertinente y ceñida a la praxis médica, luego viene un método de inducción del cual no puedo establecer si fue adecuado o no pues se tomó la decisión de iniciar con una dosis de oxitocina de 2 mili unidades e ir aumentando de 2 en 2 mili unidades cada 30 minutos (...) en la valoración de las 7:29 a.m., (cuando llevaba*

---

<sup>31</sup> Archivo digital "003", pág. 25-26

<sup>32</sup> Archivo digital "001", pág. 116-119

más o menos 8 horas y media de iniciada la inducción) se estaba ordenando aumentar la oxitocina a las 20 mili unidades minuto, situación que de acuerdo a las órdenes médicas debía haberse alcanzado unas 3 y media horas antes, lo que lleva a pensar que no se realizó la conducción de la inducción de acuerdo con las órdenes establecidas al ingreso. Esto pudo llevar a que no se presentara el patrón contráctil esperado en el tiempo y como consecuencia de ello, esto pudo llevar a que no se diera la progresión del trabajo de parto dentro de manera normal. (...) El problema se presenta en el hecho de que no se hizo una inducción bien controlada, porque de haberse hecho, como lo mencioné, se debía haber llegado a la dosis recomendada mucho antes de lo que se llegó y por este u otros motivos que se desconocen no se llegó a las 12 horas (nota de las 10:41 am más o menos) en una situación favorable que hiciera predecir un parto favorable, por lo que se debía considerar la cesárea, **sin embargo tal conducta no puedo establecer que hubiera cambiado la situación pues solo pocos minutos después (11:34 am, ) se presenta una caída de la frecuencia cardíaca fetal que solo hubiera sido detectable antes mediante monitoria continua** (no hay certeza en la historia si se estaba ante una monitoria continua pues no hay registros en la historia al respecto) en ese lapso y que su detección podría no haber cambiado el resultado, pues una vez presentado el cambio en la frecuencia fetal, en un porcentaje importante de fetos, el daño ya estaría instaurado y sería irreversible, constituyendo un evento impredecible e irresistible. Se mencionan en los hallazgos un cordón delgado y con poco gelatina de wharton, sin embargo no recibí el informe de patología de la placenta que certifique dichos hallazgos, **que en caso de ser ciertos explicarían cómo una situación que no es posible diagnosticar con anticipación, podría ocasionar una labilidad particular de ese recién nacido, que lo llevó a un compromiso fetal que se espera que se de en pacientes con ruptura de membranas menor a 48 horas, sin un trabajo de parto establecido y sin otra condición predisponente materna o fetal conocida, tornándolo también un evento impredecible.**

En resumen hay fallas en la praxis médica como lo son una inducción mal conducida, una posible observación no adecuada del feto durante el proceso y no tomar la conducta de realizar una cesárea luego de 12 horas de inicio de la inducción sin una respuesta favorable en el proceso de parto; **sin embargo no puedo relacionar ninguna de estas situaciones en un nexo causal con respecto al resultado del compromiso de la frecuencia cardíaca fetal y posterior deceso del nasciturus."**

(...)

Durante ese tiempo se debe realizar una monitoria fetal intermitente a intervalos de cada 30-60 minutos, o una monitoria electrónica continua cosa que desconozco si se realizó o no pues no hay registro de ello en la historia aportada, **esto para que en caso de que se detecte una alteración en la frecuencia cardíaca fetal, considerar otra vía del parto, como en efecto se realizó en este caso..."**(se destaca)

79. Sustentación del dictamen pericial rendido ante el despacho de primera instancia, por Jorge Andrés Jaramillo García<sup>33</sup>, en el cual señaló en síntesis lo siguiente:

En cuanto al suministro de oxitocina señaló que, de acuerdo a lo ordenado por el médico tratante, se debía llegar a una dosis de 20000 unidades/minuto a las 5:00 de iniciada la inducción (después de 10 incrementos de 2000 unidades cada 30 minutos). Sin embargo, en la valoración de las 7:29 a.m., cuando ya llevaba aproximadamente 8 horas y 30 minutos de iniciada la inducción, se estaba ordenando aumentar la oxitocina a 20000 unidades/minuto, lo que sugiere que la conducción de la inducción no se realizó de acuerdo con las órdenes iniciales. Aduciendo que, a las 24 horas de la ruptura de membranas, al no lograr el objetivo con el protocolo de oxitocina utilizado, el médico debió optar por un incremento mayor de la dosis o proceder a una cesárea. Sin embargo señaló que no sabía si el protocolo de suministro de oxitocina era el adecuado, afirmando que el perito que no podía decir que dicho esquema de suministro de oxitocina no fue adecuado, por cuanto el mismo sí estuvo ajustado a los protocolos de la medicina, agregando que hay pacientes que al aplicarles ese protocolo llegan hasta la fase activa del parto. Sugirió que ante dicho caso, quizás aumentar la dosis de oxitocina hubiese sido lo que él habría implementado o decidir realizar una cesárea, empero, enfatizó que ello no quiere decir que, el no haberle hecho la cesárea en ese momento (7:30 am), eso habría hecho una diferencia en el resultado, puesto que explicó que de haberse tenido signos del desenlace final, pues se habría procedido a la cesárea, pero no hubo indicios que alertaran o alarmaran al personal médico.

80. Dictamen pericial aportado por el demandado Luis Edilberto Herrera Morales, suscrito por Jorge Eduardo Vélez Arango<sup>34</sup>, médico especialista en ginecobstetricia y perinatología, quien sobre la atención brindada en el parto concluyó lo siguiente (sic):

*"Resumen de historia clínica:*

*(...)*

*EVOLUCION 1 DE AGOSTO DE 2015 A LAS 5:00 A.M.*

*Buenas condiciones generales, **bajo monitoreo fetal, FCF: 135 LPM**, sin desaceleraciones, contracciones 2 en 10 minutos, moderada intensidad. Tacto*

---

<sup>33</sup> Archivo digital "056"

<sup>34</sup> Archivo digital "003", pág. 112-120

*vaginal: Cuello ligeramente posterior, blando, permeable a dos dedos, membranas rotas. Sin edema, sin déficit neurológico.*

*(...)*

*En el caso motivo de análisis se toma conducta de iniciar la inducción del parto con oxitocina, al momento de ingresar la paciente a SES Hospital de Caldas, cuando ya cursaba con 17 horas de ruptura de membranas. De acuerdo con la literatura al respecto, la ruptura prematura de membranas puede asociarse a complicaciones como la corio amnionitis (infección a nivel de la cavidad amniótica, con serias implicaciones para el feto aun en útero, tales como el aumento del riesgo de infecciones severas de la madre y feto). Existe además evidencia científica de la mayor ocurrencia de infecciones en el periodo neonatal para el producto de la concepción, como también de infección puerperal materna ya en periodo post parto propiamente dicho, que ponen en riesgo la vida de la madre y el recién nacido. Estas complicaciones explican la recomendación de cubrir con antibióticos de amplio espectro las pacientes con ruptura prematura de membranas en gestaciones a término, cuando no se ha desencadenado o presentado el parto, 8 horas después de la ruptura, conducta que también se tomó en este caso, al prescribir ampicilina 1 gramo intravenoso cada 6 horas, como profilaxis de los procesos infecciones señalados.*

*De acuerdo con la información obtenida de la historia clínica, **la paciente tuvo monitorización fetal electrónica permanente**, conducta que hace parte del protocolo de inducción del parto SES Hospital de Caldas.*

*Con relación al método de inducción de parto elegido, se ordena la administración de oxitocina en infusión de 5 unidades en 500 cc de solución salina normal. Iniciando con la administración de 2 mu minuto, e incrementando 2 mu cada 30 minutos hasta lograr actividad uterina eficaz, la cual se confirma con el progreso normal de la dilatación y el descenso de la presentación.*

*Desde su ingreso hasta el momento de la entrega de turno, la paciente tuvo dos evoluciones (3:39 a.m. y 5 a.m.) en las que puede concluirse que el estado materno y fetal eran satisfactorios, y como se menciona en ambas, se estaba realizando el registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal, mediante monitoria fetal electrónica, descartándose cualquier evidencia de compromiso fetal.*

#### *VIII Conclusión*

*(...)*

*El proceso de atención realizado a la gestante al momento de su ingreso a SES Hospital de Caldas, por el médico ginecoobstetra de turno, Doctor Herrera, corresponde con los protocolos vigentes para la atención de una embarazada de 38 semanas con ruptura prematura de membranas antes del comienzo del trabajo de parto, en la que está indicada el inicio de una inducción del parto cuando han transcurrido más de 8 horas de la ruptura, sin comienzo espontáneo del trabajo*



*de parto, indicándose además una cobertura antibiótica con ampicilina, como también lo recomiendan las guías, con el fin de reducir el riesgo de infección amniótica y fetal. Se ordena además la monitorización fetal electrónica, metodología para la vigilancia fetal que permite el registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal, como elemento más significativo para la valoración del bienestar fetal.*

*Con base en las anteriores afirmaciones, **concluyo que la atención brindada a la paciente MONICA VANESSA HURTADO GARCÍA, CC 1058819057, por el Doctor LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES, durante su hospitalización en SES Hospital de Caldas a partir de su ingreso a las 10:38 p.m., del 31 de julio, hasta la entrega de turno del citado profesional a las 7 a.m., del primero de agosto de 2015, fue adecuada y ajustada a los protocolos vigentes para el manejo de la condición de ruptura de membranas, previa al comienzo del trabajo de parto en embarazo a término.***

81. Sustentación del dictamen pericial rendido ante el despacho de primera instancia, por Jorge Eduardo Vélez Arango<sup>35</sup>, en el cual señaló en síntesis lo siguiente:

En cuanto al suministro de oxitocina señaló que, la decisión de inducir el parto con oxitocina fue completamente ajustada a protocolos ante una paciente con 38 semanas de gestación y más de 12 horas de ruptura de membranas. En cuanto a la dosis, indicó que los aumentos de oxitocina se hicieron de manera gradual y progresiva, alcanzando el máximo goteo autorizado (120 cc/hora, equivalentes a 20000 unidades/minuto) en las últimas evoluciones, sin que se quisieran utilizar rangos superiores dentro del protocolo general.

Explicó que la dilatación de la paciente fue lenta, pero mientras se mantuviera el bienestar fetal (sin desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal), se podía continuar la inducción. Ahora bien, indicó que siendo las 7:30 y si la paciente se hubiese mantenido en la misma dilatación por períodos prolongados (más de 4 horas), se podría considerar suspender la oxitocina y realizar una cesárea. Precisó que entre las 7:00 a.m. y las 10:00 a.m. no se identificó un compromiso del bienestar fetal que indicara una cesárea urgente. Señaló que los rangos de seguridad para el uso de oxitocina están entre 2 y 20000 unidades/minuto.

Indicó que, siendo las 10:41 a.m., la doctora Martha Patricia Torres aumentó el goteo de oxitocina. A las 11:34 a.m., se observó una disminución de la frecuencia cardíaca fetal a 50 latidos por minuto, momento en el que la doctora Torres realizó reanimación intrauterina,

---

<sup>35</sup> Archivo digital "056"

suspendió la oxitocina y ordenó la realización de una cesárea urgente. El perito consideró que la decisión de realizar la cesárea en ese momento, ante la disminución de la frecuencia cardíaca fetal, fue necesaria y una conducta adecuada.

En cuanto a las causas del fallecimiento del neonato explicó que, la arteria umbilical única, la ausencia de uno de los vasos del cordón umbilical (arteria umbilical única) es un factor que podría asociarse con condiciones de hipoxemia fetal y otras malformaciones fetales. Sin embargo, no podría afirmar categóricamente que esta anomalía fue la causa del deceso del bebé, ya que muchos bebés con dos vasos en el cordón nacen vivos y evolucionan adecuadamente.

Manifestó que la cesárea es un procedimiento quirúrgico necesario en muchas ocasiones, pero que la práctica actual de la obstetricia busca disminuir la tasa excesiva de cesáreas no indicadas, ya que el parto normal generalmente tiene una recuperación fisiológica más satisfactoria para la madre.

Sobre la actuación de la doctora Martha Patricia Torres: Consideró que en las evaluaciones realizadas, no se describía ninguna situación de compromiso del bienestar fetal o riesgo materno que indicara una cesárea urgente. Afirmó que la conducta de continuar con la inducción y aumentar el goteo de oxitocina, dentro de los rangos seguros, era lo indicado. Sin embargo, ante la caída brusca de la frecuencia cardíaca fetal a 50 latidos por minuto a las 11:34 a.m., la decisión de realizar una cesárea urgente fue necesaria y una conducta adecuada.

Sobre el tiempo transcurrido desde la ruptura de membranas, aclaró que si bien la paciente rompió membranas a las 5:30 a.m. del día anterior, al ingresar al Hospital de Caldas 17 horas después, aparentemente no estaba en trabajo de parto activo. La inducción se inició en el SES, y posteriormente se evidenciaron contracciones uterinas.

Indicó que fue correcta la adecuación de la conducta médica del doctor Luis Edilberto Herrera durante su turno, resaltando que la inducción con oxitocina se realizó según los protocolos y que no existió indicación de cesárea hasta la presentación del compromiso fetal agudo, momento en el que se actuó de manera pertinente.

82. Dictamen pericial aportado por la demandada Martha Patricia Torres Polanco, suscrito por Liliana del Socorro Dávila Arias<sup>36</sup>, médica especialista en

---

<sup>36</sup> Archivo digital "003", pág. 157-165

ginecobstetricia, quien sobre la atención brindada en el parto concluyó lo siguiente (sic):

*"Al ingreso a la Entidad de Tercer nivel se encontró una paciente primigestante con Gestación de 38 semanas, no había signos ni síntomas de complicación. Tampoco había inicio de trabajo de parto. Los exámenes paraclínicos fueron reportados como normales (hemoleucograma normal, proteína C reactiva normal). No había fiebre y el líquido estaba claro, no caliente. La madre no tenía alteraciones en los signos vitales. La frecuencia cardiaca fetal era normal.*

*(...)*

*En esta paciente no había indicaciones para practicar cesárea al ingreso ni durante la evolución de su inducción de trabajo de parto. Solo surgió la indicación en el momento en que se presentó un estado fetal insatisfactorio. Se realiza cesárea con indicación precisa cuando hay alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal o condiciones obstétricas que impidan un parto vía vaginal. Antes de las 11:00 de la mañana no había indicación.*

*Toda ruptura de membranas prolongada de más de 12 horas de evolución se maneja con antibiótico profiláctico y refuerzo e inducción con oxitocina. Según la ACOG, se considera recomendación con evidencia tipo A que, para las mujeres con RPM a término, el trabajo de parto debe ser inducido con oxitocina por riesgo de corioamnionitis.*

*(...)*

*El manejo dado a la paciente por parte de los especialistas fue el adecuado y de acuerdo a la lex artis. Se administra oxitocina para inducir el parto, se hace monitoreo con exámenes para descartar infección, se cubre con antibióticos, se monitorea de manera permanente signos vitales tanto materno como fetales.*

*Durante la inducción del trabajo de parto se **realiza una monitoria fetal electrónica continua que permite detectar alteraciones de la FCF fetal rápidamente.***

*(...)*

*No hay evidencia de descuido. El seguimiento es el esperado para casos como este. Hay suficiente evidencia de seguimiento mediante monitoreo en la historia clínica aportada. La paciente siempre estuvo monitoreada con el monitor fetal continuo, según protocolo del SES Hospital de Caldas y de todos los sitios donde se realiza inducción del trabajo de parto.*

*(...)*

*La inducción del trabajo de parto es un procedimiento que tiene como objetivo estimular las contracciones uterinas antes de su inicio espontáneo para tener como resultado un parto vaginal. Por lo tanto, se puede decir que la inducción del trabajo*

*de parto hace referencia al conjunto de maniobras encaminadas a iniciar y mantener contracciones uterinas que modifiquen el cuello uterino (borramiento y dilatación) y provoquen la expulsión del feto.*

*Hay varios protocolos de manejo de oxitocina, pero en general se usan dosis sucesivas cada vez mayores. Otros usan dosis bajas y continuas para hacer maduración del cuello uterino.*

***La mezcla más usada es: 5 UI de Oxitocina en 500 cc de SSN. La dosis inicial es de 2 mU/min (12 cc/h) aumentando 2 mU/min (12 cc/h) cada 15 a 30 min para una dosis máxima de 20 mU/min (120 cc/h).***

*¿Cómo se puede explicar el sufrimiento fetal agudo, está relacionado con el tratamiento ofrecido?*

**RESPUESTA:**

*De la evaluación del caso y los elementos con que se cuenta para el análisis, no se puede establecer una causa definitiva para la presentación de este resultado. Considero que es fundamental el informe de necropsia, especialmente en lo relacionado con la existencia de anomalías congénitas. De la descripción de una hipoplasia (no formación completa) renal y anomalías de cordón umbilical, se puede sospechar otro sinnúmero de situaciones no conocidas aun, que pueden ser determinantes en la forma como se enfrenta la evolución por parte del feto en su fase prenatal."*

83. Sustentación del dictamen pericial rendido ante el despacho de primera instancia, por Liliana del Socorro Dávila Arias<sup>37</sup>, en el cual señaló en síntesis lo siguiente:

En cuanto al uso de oxitocina en el tratamiento de la paciente MVHG durante su trabajo de parto señaló que, en casos de ruptura prematura de membranas a término, como el de la paciente, la inducción del parto con oxitocina es beneficiosa para disminuir el riesgo de corioamnionitis y fiebre puerperal, sin aumentar el riesgo de cesáreas.

La experta señaló con base en la historia clínica que, la doctora Martha Patricia Torres Polanco, al recibir el turno a las 7:00 de la mañana, encontró a la paciente iniciando la actividad uterina y con cambios cervicales, por lo que indicó continuar el goteo de oxitocina, señalándose que se debía llegar al tope del goteo, que eran 120 cm<sup>3</sup> por hora.

La doctora Dávila indicó que una actitud activa en estos casos puede ser iniciar la inducción del trabajo de parto o reforzarlo mediante la aplicación de oxitocina. Sostuvo que, el manejo dado a la paciente por los especialistas fue adecuado y de

---

<sup>37</sup> Archivo digital "053"

acuerdo con la *lex artis*, incluyendo la administración de oxitocina para inducir el trabajo de parto.

Señaló que durante una inducción de trabajo de parto siempre se realiza una monitoria fetal electrónica continua que permite detectar alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal rápidamente. Explicó que el protocolo indica una vigilancia estricta y que no se realizan medidas quirúrgicas (cesárea) ante la ausencia de cambios en la frecuencia cardíaca fetal o alteraciones en los signos vitales de la madre durante la administración de oxitocina.

En cuanto a los signos de alarma, indicó que se avisó hacia las 11:00 a.m. que el feto estaba presentando bradicardias, es decir se evidenció la presencia de desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal, lo que llevó a la implementación del protocolo de reanimación fetal, explicando que se trató de una bradicardia sostenida que no respondió a las maniobras de reanimación intrauterina (hidratación, cambio de posición, oxigenación), momento en el que se presentó un signo crítico de sufrimiento fetal agudo que condujo a la decisión de realizar una cesárea de inmediato.

Afirmó que, durante el turno de la doctora Marta Patricia Torres, la paciente estuvo estable hasta que presentó las desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal. Esto implica que la aparición de estas desaceleraciones fue el principal signo de alarma en ese momento.

Sostuvo que, a pesar de las maniobras de reanimación fetal, la paciente presentó una bradicardia sostenida, por lo que se suspendió el goteo de oxitocina para detener las contracciones uterinas.

En cuanto a la presencia de una arteria umbilical única en el feto (detectada en estudios posteriores) podría haber contribuido a un estado fetal no satisfactorio. Si bien no se detectó como un signo de alarma antes del parto, es una condición que podría haber hecho al feto más vulnerable durante el trabajo de parto. En cuanto al hallazgo de mínima gelatina de Wharton (también descubierto después del parto) fue señalado por la obstetra como un posible indicador de otras alteraciones fetales graves que pudieron influir en la evolución desfavorable. Similar a la arteria umbilical única, lo cual explica la susceptibilidad del feto al estrés del parto.

84. Declaración de parte de Luis Edilberto Herrera<sup>38</sup>, médico especialista en ginecología y obstetricia, quien para la época de los hechos laboraba en el SES Hospital de Caldas, que atendió a la señora MVHG, al respecto señaló:

Manifestó que atendió a la paciente al momento del ingreso al Hospital de Caldas el 31 de julio de 2015 a partir de las 10:38 pm, quien venía remitida del hospital

---

<sup>38</sup> Archivo digital "045"

de Neira, con cuadro de ruptura prematura de membranas desde las 5 am, contaba con 38 semanas de embarazo, razones por las cuales se hospitaliza la paciente.

En cuanto al tratamiento brindado, señaló que se ordenó el suministro de oxitocina iniciado con 2000 unidades e incrementando 2000 unidades cada 30 minutos para obtener contracciones y hasta un máximo de 120.000 unidades; asimismo se ordenó monitoria fetal electrónica permanente, que permite verificar la frecuencia cardiaca fetal permanentemente, así como las contracciones.

Manifestó que el suministro de la oxitocina no fue aplicado con total apego a lo indicado por la guía, explicando que dicha guía solo es una recomendación, más no una "camisa de fuerza", que el médico puede adecuarla a las circunstancias y la respuesta de la paciente, aduciendo además que la inducción de parto de la paciente, no puede ser considerada fallida, puesto que solo se tiene como tal cuando transcurren más de 12 horas desde el inicio de la inducción y no se ha logrado dar inicio al trabajo de parto. Al respecto explicó que, se entiende trabajo de parto cuando da inicio a las contracciones y, que para el caso de la paciente, inició trabajo de parto alrededor de las 7 am, pues se registró en la historia clínica que presentaba 2 contracciones cada 10 minutos, además presentó 2 cms de dilatación y 70% de borramiento, razón por la cual adujo que no podía tenerse como una inducción fallida.

Indicó que ante la presencia de ruptura de membranas la inducción del parto debe iniciarse entre 12 y 24 horas, señalando que para el caso de paciente, consultó con una ruptura de membranas de 17 horas, momento a partir del cual se dio inicio a la inducción de parto, precisando que ante esas horas de evolución, lo que debía realizarse además de la inducción del parto, era el suministro de antibióticos puesto que, pasadas las 12 de horas de ruptura de membranas, se aumenta el riesgo de infección.

En cuanto a la necesidad de realizar cesárea con el antecedente de ruptura de membranas de 17 horas señaló que, no es indicado realizarla, puesto que independientemente del tiempo que lleve de ruptura, lo que se busca es llegar al parto vaginal, haciendo énfasis que en ninguna parte de la literatura médica está indicado que ante la ruptura de membranas, cualquiera que sea el tiempo que se lleve de ruptura, el tratamiento indicado sea la cesárea

85. Declaración de parte rendido por Martha Patricia Torres Polanco<sup>39</sup>, médica especialista en ginecología y obstetricia, quien para la época de los hechos laboraba en el SES Hospital de Caldas, que atendió a la señora MVHG, al respecto señaló:

En cuanto al uso de oxitocina en el tratamiento de la paciente MVHG durante su trabajo de parto, declaró que recibió a la paciente con una

---

<sup>39</sup> Archivo digital "045"

inducción de trabajo de parto iniciada con oxitocina por el doctor Luis Edilberto Herrera Morales la noche anterior.

La inducción con oxitocina se realizó debido a que la paciente presentaba una ruptura de membranas prolongada (de más de 12 horas) sin haber iniciado un trabajo de parto activo. La doctora Torres explicó que, en casos de ruptura de membranas de más de 12 horas, es protocolo iniciar un goteo de oxitocina para reforzar el trabajo de parto y también administrar antibióticos por el riesgo de infección. Este procedimiento es consistente con los protocolos del Hospital de Caldas. Enfatizó que la oxitocina no es necesaria en todos los partos, pero sí en casos como el de la señora Mónica, con ruptura prolongada de membranas sin trabajo de parto espontáneo.

La doctora Torres mencionó que se hizo un seguimiento a las dosis y al tratamiento con oxitocina, siguiendo el protocolo del hospital. indicó que ella "empezó a aumentarle la inducción del trabajo de parto con oxitocina" al recibir a la paciente. Se mencionó que existe un registro de enfermería donde se documentó el aumento de la oxitocina durante la inducción, explicando que las enfermeras deben registrar cada vez que aumentan el goteo de oxitocina, lo cual ocurre cada media hora.

Explicó que, las pacientes hospitalizadas en trabajo de parto en el Hospital de Caldas tienen un monitor fetal conectado todo el tiempo durante su trabajo de parto. La madre y el personal de salud (auxiliar de enfermería y obstetra) están escuchando el bebé continuamente, que tal fue el caso de MVHG. Señaló además que, gracias a esta monitorización continua, se pudo detectar una desaceleración súbita de la frecuencia cardíaca fetal, aduciendo que, de no haberse detectado esta disminución en la frecuencia cardíaca, el bebé podría haber fallecido sin que se dieran cuenta, ya que otras instituciones podrían tener protocolos de monitorización menos frecuentes (cada 2, 4 o 6 horas).

Explicó que, cuando la paciente presentó bradicardia fetal sostenida, se suspendió inmediatamente el goteo de oxitocina como parte de la reanimación in útero.

Finalmente, concluyó que la causa del fallecimiento del feto fue una complicación aguda de la frecuencia cardíaca en un bebé que ya venía crónicamente enfermo y con patologías previas (hipoplasia renal, hepatoesplenomegalia, cordón umbilical con dos vasos, escasa gelatina de Wharton y circular de cordón al cuello), y no por un mal uso de la oxitocina. Ella afirmó que se respondió a la complicación aguda de manera eficiente. Además, señaló que si un feto tiene una patología congénita, su reacción a la actividad uterina es impredecible.

## II.IV. Análisis del caso concreto

86. El juzgado primera instancia accedió parcialmente a las pretensiones al señalar en síntesis que la hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal fue producto de un incorrecto manejo del fármaco oxitocina, lo anterior fundamentado en transcripciones literarias extraídas de páginas web que -a su juicio- señalan que el suministro indebido de dicho fármaco pueden causar dichas complicaciones; sumando a ello, señaló que se acreditó el indebido diligenciamiento de la historia clínica, respecto al control que debió ejercerse sobre el suministro de oxitocina, lo cual constituye un indicio de la causa de muerte del feto.

87. Los demandados y llamada en garantías, apelaron la decisión señalando en síntesis que, no es posible establecer el nexo causal basado en indicios y el uso de literatura médica de internet no controvertida. Alegaron indebida valoración probatoria del dictamen pericial de la demandante y que los demás expertos señalaron un manejo acorde a protocolos. Discreparon sobre el control de oxitocina, señalando que se trató de una apreciación personal de la jueza sobre el "cuadro de control de trabajo de parto" que no fue consultada con los peritos, al paso que se indicó, que el suministro de oxitocina fue justificado clínicamente y que realizó una vigilancia adecuada del trabajo de parto, lo cual fue corroborado por peritos.

88. Así las cosas, en cuanto al daño, el mismo se concretó con el fallecimiento del feto, producto de la hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal<sup>40</sup>, aspecto que en todo caso no es objeto de discusión por ninguna de las partes.

89. Teniendo en cuenta la claridad respecto al daño, se procede a analizar si el mismo resulta **imputable** a la SES Hospital de Caldas y a los médicos Luis Edilberto Herrera y Martha Patricia Torres Polanco.

90. Así, de acuerdo con las pruebas aportadas, se encuentra acreditado que MVHG acudió el 30 de julio de 2015 al Hospital San José de Neira por presentar embarazo de 38 semanas y ante un diagnóstico inicial ruptura de membranas se ordenó su remisión al SES Hospital de Caldas, lugar donde fue ingresada siendo las 10:38 pm, ordenándose su hospitalización e iniciar inducción de parto con oxitocina, así: "**OXITOCINA DILUIR 5 UI DE SSN 0,9% Y PASAR A 12 CC HORAS, AUMENTAR 12 CC CADA 30 MINUTOS HASTA OBTENER 5 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS O HASTA MAXIMO 120 CC**", además, se ordenó el monitoreo fetal electrónico constante.

---

<sup>40</sup> Archivo digital "043"



91. De acuerdo con la historia clínica, el 1 de agosto de 2015 siendo las 3:39 am se registró nota médica en la que se señaló que continuaba el monitoreo fetal y vigilancia del trabajo de parto<sup>41</sup>, siendo las 7:29 am, se ordenó aumentar goteo de oxitocina a 120 cc/hora, similar nota médica se registró a las 10:41 am, además se indicó que la paciente se encontraba en buenas condiciones, que había presencia de movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal de 159X. Siendo las 11:38 am, se registró descenso de la frecuencia cardíaca fetal, se inició reanimación in útero, se suspendió el suministro de oxitocina y se ordenó realizar cesárea de urgencia. Posteriormente se indicó que, pese a las maniobras de reanimación el neonato había fallecido, señalándose que el cordón umbilical era muy delgado y con mínima gelatina de wharton.

92. Según el Informe del Estudio Anatomopatológico expedido por Citosalud SAS el 3 de agosto de 2015, la causa del fallecimiento fue debido a hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal.

93. Ahora bien, el juzgado de primera instancia señaló que la causa del fallecimiento fue debido a la falla médica en el suministro de oxitocina que incurrió el médico ginecobstetra Luis Edilberto Herrera, en cuanto a ello, el perito Jorge Andrés Jaramillo García en informe pericial aportado a instancia de la parte demandante, señaló lo siguiente:

*"....no puedo establecer si fue adecuado o no pues se tomó la decisión de iniciar con una dosis de oxitocina de 2 mili unidades e ir aumentando de 2 en 2 mili unidades cada 30 minutos (...) en la valoración de las 7:29 a.m., (cuando llevaba más o menos 8 horas y media de iniciada la inducción) se estaba ordenando aumentar la oxitocina a las 20 mili unidades minuto, situación que de acuerdo a las órdenes médicas debía haberse alcanzado unas 3 y media horas antes, lo que lleva a pensar que no se realizó la conducción de la inducción de acuerdo con las órdenes establecidas al ingreso."*

94. No obstante, el perito fue enfático en señalar que: *"no puedo relacionar ninguna de estas situaciones en un nexo causal con respecto al resultado del compromiso de la frecuencia cardíaca fetal y posterior deceso del nasciturus"*.

95. En la sustentación del dictamen, el perito Jaramillo García al referirse sobre el suministro de oxitocina reiteró lo indicado en su informe, sin embargo, aclaró que, no sabía si el protocolo de suministro de oxitocina era el adecuado, por cuanto el mismo sí estuvo ajustado a los protocolos de la medicina, señalando incluso que él hubiese aumentado las dosis de oxitocina, agregando además que, ello no quiere decir que, el no haberle hecho la cesárea en ese momento (7:30

---

41 Archivo digital "002", pág. 58

am), eso habría hecho una diferencia en el resultado, puesto que explicó que de haberse tenido signos del desenlace final, pues se habría procedido a la cesárea, pero no hubo indicios que alertaran o alarmaran al personal médico.

96. Lo anterior, encuentra respaldo en lo señalado por el médico especialista en ginecobstetricia y perinatología Jorge Eduardo Vélez Arango, quien en informe pericial aportado a instancia de la parte demandada, señaló lo siguiente:

*"Con relación al método de inducción de parto elegido, se ordena la administración de oxitocina en infusión de 5 unidades en 500 cc de solución salina normal. Iniciando con la administración de 2 mu minuto, e incrementando 2 mu cada 30 minutos hasta lograr actividad uterina eficaz, la cual se confirma con el progreso normal de la dilatación y el descenso de la presentación.*

*(...) que la atención brindada a la paciente MONICA VANESSA HURTADO GARCÍA, CC 1058819057, por el Doctor LUIS EDILBERTO HERRERA MORALES, durante su hospitalización en SES Hospital de Caldas a partir de su ingreso a las 10:38 p.m., del 31 de julio, hasta la entrega de turno del citado profesional a las 7 a.m., del primero de agosto de 2015, fue adecuada y ajustada a los protocolos vigentes para el manejo de la condición de ruptura de membranas, previa al comienzo del trabajo de parto en embarazo a término"*

97. En la sustentación el experto Vélez Arango, consideró que el suministro de oxitocina fue ajustada a los protocolos y, en cuanto a la dosis, indicó que los aumentos de oxitocina se hicieron de manera gradual y progresiva, alcanzando el máximo goteo autorizado (120 cc/hora, equivalentes a 20000 unidades/minuto) en las últimas evoluciones, sin que se quisieran utilizar rangos superiores dentro del protocolo general.

98. En cuanto a la causa del fallecimiento, señaló la arteria umbilical única, la ausencia de uno de los vasos del cordón umbilical (arteria umbilical única), indicando que es un factor que podría asociarse con condiciones de hipoxemia fetal y otras malformaciones fetales, sin embargo, indicó que no podría afirmar categóricamente que esa *"anomalía fuera la causa de muerte del bebé"*.

99. Por su parte, la médica ginecobstetra Liliana del Socorro Dávila Arias, en dictamen pericial rendido a instancia de la parte demandada, señaló que el suministro de oxitocina para la inducción del parto fue adecuado, que fueron monitoreados permanentemente los signos vitales materno fetales, explicando que dicha monitoria fetal es electrónica continua, con el objetivo de detectar alteraciones.

100. En cuanto a la causa del sufrimiento fetal, señaló que no puede establecerse una causa definitiva, ello, al señalar que: *"el informe de necropsia, especialmente en lo relacionado con la existencia de anormalidades congénitas.*

*De la descripción de una hipoplasia (no formación completa) renal y anomalías de cordón umbilical, se puede sospechar otro sinnúmero de situaciones no conocidas aun, que pueden ser determinantes en la forma como se enfrenta la evolución por parte del feto en su fase prenatal'.*

101. La especialista Dávila Arias, en la sustentación del dictamen ante el juzgado de primera instancia, señaló que la inducción del parto con oxitocina es beneficiosa para disminuir el riesgo de corioamnionitis y fiebre puerperal, sin aumentar el riesgo de cesáreas, refiriendo que la doctora Martha Patricia Torres Polanco, siendo alrededor de las 7:00 am, ordenó continuar con goteo de oxitocina hasta llegar al tope que eran 120 cm<sup>3</sup> por hora y que nunca se excedió dicha dosis.

102. En cuanto a las causas de la muerte del neonato, señaló la doctora Dávila que la presencia de una arteria umbilical única en el feto, indicó que se trata de una condición que podría haber hecho al feto más vulnerable durante el trabajo de parto y, en cuanto al hallazgo de mínima gelatina de Wharton, la experta la señaló como un posible indicador de otras alteraciones fetales graves que pudieron influir en la evolución desfavorable.

103. Las declaraciones de los peritos mencionados coinciden con la declaración de parte rendida por el demandado Luis Edilberto Herrera, médico especialista en ginecología y obstetricia, quien brindó la atención inicial en el Hospital de Caldas, al señalar que ordenó el suministro de oxitocina iniciado con 2000 unidades e incrementando 2000 unidades cada 30 minutos para obtener contracciones y hasta un máximo de 120.000 unidades; asimismo se ordenó monitoria fetal electrónica permanente, que permite verificar la frecuencia cardiaca fetal permanentemente, así como las contracciones.

104. Cabe precisar que, si bien el especialista Herrera, señaló que no aplicó con absoluto apego el tratamiento de oxitocina conforme al plan inicial y que ello se debió a que el médico puede adecuarla según las circunstancias y la respuesta de la paciente, explicando que, la inducción del parto fue correcta puesto que, se logró que la paciente luego del ingreso al Hospital de Caldas, diera inicio a las contracciones, en tanto se registró que se presentaban 2 contracciones cada 10 minutos, 2 cms de dilatación y 70% de borramiento.

105. Por su lado, la especialista en ginecología y obstetricia Martha Patricia Torres Polanco, en declaración de parte rendida ante el juzgado de primera instancia, en cuanto a la inducción de parto con oxitocina refirió que se realizó debido a que la paciente presentaba una ruptura de membranas prolongada (de más de 12 horas) sin haber iniciado un trabajo de parto activo. La doctora Torres explicó que, en casos de ruptura de membranas de más de 12 horas, es protocolo iniciar un goteo de oxitocina para reforzar el trabajo de parto y también

administrar antibióticos por el riesgo de infección. Que además, realizó seguimiento a las dosis y al tratamiento con oxitocina, siendo monitoreado el bebé continuamente con un monitor fetal conectado todo el tiempo durante el trabajo de parto y, fue gracias a esa monitorización que logró detectarse la desaceleración súbita de frecuencia cardíaca.

106. En cuanto a la causa del fallecimiento, adujo que se debió a una complicación aguda de la frecuencia cardíaca, puesto que venía crónicamente enfermo y con patologías previas, las cuales describieron en el estudio de patología y en todo caso no fue debido al uso de oxitocina.

107. De acuerdo con lo anterior, no se demostró que la hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal fue provocada por el suministro de oxitocina, toda vez que, no se acreditó que el personal médico haya aplicado dosis excesivas de dicho fármaco; aunque no se aplicara totalmente el esquema ordenado al ingreso de MVHG, lo cierto es que, la inducción se inició con oxitocina a la paciente con dosis bajas y conforme al protocolo del hospital. Además, por cuanto, al momento de recibir la paciente por la doctora Martha Patricia Torres Polanco, continuó el tratamiento con oxitocina hasta un máximo de 120.000 unidades, aspecto que según los peritos de la parte demandada como el perito de la demandante Jorge Andrés Jaramillo Herrera, coincidieron en señalar que dicha dosis es la máxima recomendada en los protocolos. Aunado a lo anterior, todos los expertos fueron coincidentes en señalar que no podían atribuir al suministro de oxitocina el desenlace del neonato.

108. Se indicó en el fallo de primera instancia que el indebido diligenciamiento de la historia clínica, en lo relativo al registro de la oxitocina se constituyó en un indicio de responsabilidad, sumado a ello, sostuvo que, atendiendo que el parto había sido normal y sin percances, también obraba con un indicio de responsabilidad, por lo que concluyó, apoyándose en artículos extraídos de páginas de internet, que una de las consecuencias del inadecuado uso de oxitocina en el trabajo de parto es el sufrimiento fetal; similar ejercicio realizó para concluir que una de las causas de la hipoxia perinatal es (sic): "*Hipertonía uterina: las contracciones son demasiado fuertes y seguidas lo que provoca una deficiencia en la oxigenación*"<sup>42</sup>,

109. De lo anterior, resulta menester recordar que, tratándose de fallas médicas producto del acto obstétrico, se debe acreditar el daño antijurídico, la imputación fáctica, que puede ser demostrada mediante indicios, la existencia de una probabilidad preponderante en la producción del resultado dañino, el desconocimiento al deber de posición de garantía o la vulneración al principio de

---

42 Ver pág. 92 del fallo

confianza, y el hecho indicador del indicio de falla, esto es, que el embarazo se desarrolló en términos normales hasta el momento del parto<sup>43</sup>. Lo anterior, bajo el entendido de que en materia de responsabilidad médica, al Estado se le exige la utilización adecuada de todos los medios técnicos y profesionales de que está provisto, es decir: *"si el daño se produce por su incuria en el empleo de tales medios, surgirá su obligación resarcitoria; por el contrario, si el daño ocurre pese a su diligencia no podrá quedar comprometida su responsabilidad, pues en este tipo de eventos la responsabilidad del Estado es de medio y no de resultado."*<sup>44</sup>

110. En concordancia con lo anterior, se advierte que no se demostró -como lo concluyó la primera instancia-, que la causa del fallecimiento del neonato (hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal) hubiese sido por el suministro de oxitocina; por el contrario, se acreditó que la inducción del parto con el mentado fármaco fue una conducta adecuada ante el rompimiento de membranas que presentaba la materna, tanto así que se logró iniciar trabajo de parto<sup>45</sup>, también se acreditó que el personal médico no excedió las dosis máximas recomendadas (120 cc/hora), se demostró que desde el ingreso al Hospital de Caldas, tanto la madre como el feto fueron continuamente monitoreados y que, ante las desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, se procedió de urgencia a realizar la reanimación in útero y la cesárea. Todo lo anterior, encuentra sustento y respaldo en la historia clínica aportada, las declaraciones de partes y las pruebas periciales practicadas, las cuales fueron debidamente controvertidas por los sujetos procesales, quienes afirmaron que el tratamiento realizado fue ajustado a la *lex artis*.

111. En este punto, resulta oportuno hacer un llamado de atención, en el sentido de que el juez al momento de proferir la sentencia, debe adoptarla bajo el convencimiento racional que aquella obtenga sobre los hechos, producto del análisis individual y en conjunto de las pruebas solicitadas, decretadas, practicadas y controvertidas. Si bien la funcionaria puede en determinados contextos, acudir a información que no obra en las pruebas practicadas, a fin de aclarar conceptos, lo ciertos es que, de acuerdo con el principio de necesidad de la prueba, el cual impone a los jueces tomar sus decisiones soportados en los elementos de convicción legalmente aportado al proceso *"sin que dicho funcionario pueda suplirlas con el conocimiento personal o privado que tenga*

---

43 Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia del 4 de marzo de 2024. Radicado No. 66001233100020100030701 (54.603)

44 Ibidem.

45 Es decir, se lograron contracciones

*sobre ellos, porque sería desconocer la publicidad y la contradicción indispensable en todo medio probatorio".<sup>46</sup>*

112. En ese sentido, el referido principio de necesidad de la prueba<sup>47</sup>, tiene dos límites para el juez, el primero positivo, que exige realizar el juicio crítico valorativo exclusivamente con las pruebas incorporadas al proceso y, el segundo negativo, que impide fundar la decisión en un soporte distinto a las pruebas válidamente aportadas y practicadas en el proceso<sup>48</sup>.

113. De acuerdo con lo anterior, le asiste la razón los demandados en el motivo de censura del fallo, por cuanto la jueza para tomar su decisión se basó en documentación científica que no fue puesta en conocimiento de los demás sujetos procesales, tampoco las características científicas que allí se mencionan fueron debatidas por los peritos que declararon en el proceso. De manera que, el fundamento al que acudió la primera instancia, no era posible emplearlo, más si se tiene en cuenta que, al contrastarlo con la verdad probatoria arrimada al trámite -en un ejercicio de sana crítica-, no es posible concluir que la causa del fallecimiento del menor haya sido por el suministro de la oxitocina, puesto que del mismo texto empleado por la a quo, se describen otras múltiples causas, dentro de las cuales se encuentra algunas de las señaladas por los expertos que rindieron dictamen el proceso y que reposan en el estudio de patología.

114. Por lo tanto, si bien se acreditó que la señora MVHG, acudió al SES Hospital de Caldas con un cuadro de rompimiento de membranas, a quien se le procuró inducir el parto con oxitocina, lo cierto es que se acreditó que el posterior fallecimiento por hipoxia perinatal asociada a sufrimiento fetal, no fue debido al suministro de oxitocina, toda vez que, se acreditó que el personal médico desde el inicio de la inducción del parto, monitoreó continuamente al feto, sin que presentara cambios que alertaran al personal médico, tampoco se excedió la dosis máxima que sugiere el protocolo de inducción al parto, de manera que el desenlace se presentó de manera súbita y repentina, evento ante el cual los médicos acudieron con las maniobras pertinentes y oportunas en procura de salvar la vida del bebé y en uso de los medios tecnológicos disponibles, no obstante falleció; razones por las cuales no es posible atribuirle responsabilidad alguna por el daño que se produjo al momento del parto.

115. Adicionalmente, se dejó demostrado con absoluta certeza, que frente al rompimiento de membranas que tenía 17 horas de evolución cuando acudió al

---

<sup>46</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria. Sentencia del 20 de octubre de 2022, radicado No. 1100102030002022-03197-00

<sup>47</sup> Artículo 164 del Código General del Proceso

<sup>48</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria. Sentencia del 20 de octubre de 2022, radicado No. 1100102030002022-03197-00

Hospital de Caldas, no era indicada la realización de cesárea, tal y como se alegó en la demanda, puesto que, todos los peritos fueron contestes en señalar que la conducta adecuada ante dicho rompimiento, era iniciar inducción de trabajo de parto con oxitocina y, solo hasta que se presentó la desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal, fue el síntoma indicativo para realizar la cesárea, como en efecto ocurrió.

116. Además, porque según las pruebas aportadas al proceso, citadas en párrafos anteriores, se acreditó que la prestación asistencial fue brindada a la paciente de manera diligente, utilizando todos los medios técnicos y científicos de los que se disponía en dicho centro asistencial, teniendo en cuenta su nivel de complejidad. Sin que se encuentre acreditado que la asistencia en la atención del parto se hubiese infringido algún tipo de dolor innecesario sobre la gestante, o que haya objeto de largas esperas, prácticas invasivas o que le hayan sido suministrados medicamentos que no eran necesarios para su atención u otro tipo de prácticas que hubiesen causado perjuicio sobre MVHG.

## **II.V. Conclusión**

117. El daño consistente en el fallecimiento del feto ocurrido el 1 de agosto de 2015, no es imputable al SES Hospital de Caldas, a Luis Edilberto Herrera y a Martha Patricia Torres Polanco puesto que: i) el suministro de oxitocina a la paciente fue el tratamiento adecuado para inducir el parto ante el rompimiento de membranas; ii) no se excedieron las dosis de oxitocina que recomienda los protocolos médicos; iii) si bien no se siguió estrictamente el plan de suministro del mencionado fármaco, no se acreditó que hubiese influido en el desenlace fatal y iv) los peritos tanto de la parte demandante como demandada concluyeron que no era posible atribuir el fallecimiento al suministro de la oxitocina. Por lo anterior, se revocará la sentencia de primera instancia y, en consecuencia, se negarán las pretensiones de la parte demandante.

## **III. Costas**

118. No habrá condena en costas por no haber sido impuestas en primera instancia y no ser objeto de apelación, además de no encontrarse acreditada su causación en esta instancia. Lo anterior, de conformidad con el artículo 188 del CPACA, adicionado por el artículo 47 de la Ley 2080 de 2021 y el artículo 365 del CGP (Código General del Proceso).

119. En mérito de lo expuesto, la Sala Tercera de Decisión del Tribunal Administrativo de Caldas, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

## **RESUELVE:**

**Primero: Revocar** los numerales "*primero*", "*tercero*" y "*cuarto*" de la sentencia proferida el 6 de junio de 2024 por el Juzgado Octavo Administrativo de Manizales, dentro del proceso que en ejercicio del medio de control de reparación directa formuló Mónica Vanessa Hurtado García y otros contra el SES Hospital de Caldas y otros. En consecuencia

**Segundo: Negar** las pretensiones de la parte demandante

**Tercero: Sin condena en costas** en esta instancia.

**Cuarto:** Ejecutoriada esta providencia, se ordena devolver el expediente al Juzgado de origen y hacer las anotaciones pertinentes en la plataforma "samai"

**NOTIFÍQUESE**

Firmado electrónicamente

**JORGE HUMBERTO CALLE LÓPEZ**

**Magistrado Ponente**

Firmado electrónicamente

**DIANA PATRICIA HERNÁNDEZ CASTAÑO**

**Magistrada**

Firmado electrónicamente

**AUGUSTO RAMÓN CHÁVEZ MARÍN**

**Magistrado**