



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN TERCERA - SUB SECCIÓN B**

Magistrado Ponente: HENRY ALDEMAR BARRETO MOGOLLÓN

Bogotá D.C, Treinta (30) de mayo de dos mil veinticinco (2025)

Radicado: 11001–33–43-060-2016-00319-01
Actor: BIBIANA ANDREA RAMÍREZ Y OTROS
Demandado: ESE HOSPITAL DE SARARE Y OTROS
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA
Instancia: SEGUNDA
Sistema: ORALIDAD

Agotado el iter procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, procede la sala a resolver el recurso de apelación presentado por la parte demandante, contra la sentencia proferida el 21 de septiembre de 2023, por el Juzgado 60 Administrativo Oral de Bogotá – Sección Tercera, por medio de la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

I. ANTECEDENTES

1. DE LA DEMANDA

1. Bibiana Andrea Ramírez Zapata, Luis Gabriel Villamizar Rangel Roselly Zapata Quijano, Amparo Rangel Ballesteros, Francisco Villamizar Contreras, por conducto de apoderado, presentaron demanda a través del medio de control de reparación directa contra la E.S.E. Hospital del Sarare E.S.E, Sociedad Clínica La Unidad S.A.S., Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL, Fundación Médico Preventiva para el Bienestar Social S.A., Sociedad Colombiana de Salud S.A., Sociedad Médica Clínica Riohacha S.A.S., Hospital Erasmo Meoz ESE, y Sociedad Dumian Medical S.A.S a fin de que se acceda a las siguientes pretensiones:

“PRETENSIONES

Solicito que en sentencia que haga Tránsito a Cosa Juzgada se hagan a favor de los demandantes BIBIANA ANDREA RAMÍREZ ZAPATA, LUIS GABRIEL VILLAMIZAR RANGEL, ROSELLY

ZAPATA QUIJANO, AMPARO, RANGEL BALLESTEROS, FRANCISCO VILLAMIZAR CONTRERAS, ANDRÉS FRANCISCO VILLAMIZAR RANGEL, actuando cada uno de ellos a nombre propio en la calidad señalada respecto de ALLISON EYLEEN VILLAMIZAR RAMÍREZ, las declaraciones y condenas en esta demanda contenidas y se indemnice en lo que personalmente a cada uno corresponda los perjuicios inmateriales causados, haciendo para ello las siguientes :

DECLARACIONES

1. Declarar que la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER FOSCAL, como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A., como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; COLOMBIANA DE SALUD S.A., como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; y la SOCIEDAD MEDICA CLÍNICA RIOHACHA S.A.S, como integrante de la Unión Temporal del Oriente- Región 5; no garantizaron una red de prestadores de servicios de salud adecuada, suficiente, oportuna, perita e idónea; no garantizo un sistema de referencia y contrareferencia oportuno e idóneo, no garantizo que los prestadores de servicios de salud, por esta entidad contratados o autorizados, lo hicieran con calidad, idoneidad, oportunidad, diligencia, prudencia, constituyéndose su actuar en falla en el servicio médico e institucional y generando daños a los acá demandantes, representado en la muerte de ALLISON EYLEEN VILLAMIZAR RAMÍREZ y sus derivados.
2. Declarar que el HOSPITAL DEL SARARE E.S.E., prestó los servicios médicos y de salud, de manera imprudente, imperita, no diligente, inoportuna y no idónea, o con violación a norma o reglamento, al binomio madre hijo encabezado por la señora BIBIANA ANDREA RAMÍREZ ZAPATA y a la recién nacida ALLISON EYLEEN VILLAMIZAR RAMÍREZ de manera independiente.
3. Declarar que el CLÍNICA LA UNIDAD S.A.S., prestó los servicios médicos y de salud, de manera imprudente, imperita, no diligente, inoportuna y no idónea, o con violación a norma o reglamento, al binomio madre hijo encabezado por la señora BIBIANA ANDREA RAMÍREZ ZAPATA y a la recién nacida ALLISON EYLEEN VILLAMIZAR RAMÍREZ de manera independiente.
4. Declarar en consecuencia que existió FALLA EN EL SERVICIO, tanto en la inadecuada o inexistente o inefectiva vigilancia, supervisión, control y garantía del servicio de salud, de un sistema de referencia y contrarreferencia oportuno y adecuado; como en la no garantía de una red de prestadores: adecuada, oportuna, perita y de calidad; así como que existió FALLA EN EL SERVICIO debido a una prestación directa e indirecta del servicio de salud y sus derivados, no diligente, no perita y no prudente y con incumplimiento de norma o reglamento.
5. Declarar que el fallecimiento de ALLISON EYLEEN VILLAMIZAR RAMÍREZ, se debió, se generó o fue influido de manera

determinante por el actuar culpable de las demandadas, constituyentes de FALLA EN EL SERVICIO; es decir está dada por las acciones u omisiones en la atención médica, institucional e interinstitucional culposa que prestaron las demandadas.

6. Declarar que los demandantes, sufrieron daños antijurídicos en sus aspectos inmateriales, en razón del sufrimiento, los padecimientos y el fallecimiento de ALLISON EYLEEN VILLAMIZAR RAMÍREZ.

7. Declarar que las demandadas FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER FOSCAL, como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA, PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A, como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; COLOMBIANA DE SALUD S.A., como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; y la SOCIEDAD MEDICA CLÍNICA RIOHACHA S.A.S, como integrante de la Unión Temporal del Oriente- Región 5 de una parte y de otra, el HOSPITAL DEL SARARE E.S.E. y la CLÍNICA LA UNIDAD S.A.S.); actuaron con culpa.

8. Declarar en consecuencia, extracontractualmente, administrativa y patrimonialmente responsable a las demandadas, a saber, a la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER FOSCAL, como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A, como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; COLOMBIANA DE SALUD S.A., como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; y la SOCIEDAD MEDICA CLÍNICA RIOHACHA S.A.S, como integrante de la Unión Temporal del Oriente- Región 5; asimismo al HOSPITAL DEL SARARE E.S.E., a la CLÍNICA LA UNIDAD S.A.S.; por los daños y perjuicios inmateriales o extra patrimoniales causados a los demandantes. 9. Declarar que las DEMANDADAS son solidariamente responsables.

CONDENAS

Que como consecuencia de las anteriores declaraciones, se condene a las demandadas, a saber: FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER FOSCAL, como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A, como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; COLOMBIANA DE SALUD S.A., como integrante de la Unión Temporal del Oriente - Región 5; y la SOCIEDAD MEDICA CLÍNICA RIOHACHA S.A.S, como integrante de la Unión Temporal del Oriente- Región 5; al HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.; a la CLÍNICA LA UNIDAD S.A.S., a reconocer y a pagar a los demandantes a título de indemnización plena por el daño antijurídico ocasionado, imputable a dichas entidades, los perjuicios de orden inmaterial que se demuestren dentro del proceso; así:

1. Que se condene a los demandados a pagar, por concepto de Perjuicios Morales a BIBIANA ANDREA RAMÍREZ ZAPATA, al menos 100 SMMLV, cantidades establecidas en salarios mínimos,

con su equivalente en pesos. Sin perjuicio de un mayor valor que resulte de las reglas de la equidad, la ley o la jurisprudencia.

2. Que se condene a los demandados a pagar, por concepto de Perjuicios Morales a LUIS GABRIEL VILLAMIZAR RANGEL, al menos 100 SMMLV, cantidades establecidas en salarios mínimos; con su equivalente en pesos. Sin perjuicio de un mayor valor que resulte de las reglas de la equidad, la ley o la jurisprudencia.

3. Que se condene a los demandados a pagar, por concepto de Perjuicios Morales a ROSELLY ZAPATA QUIJANO, al menos 50 SMMLV, cantidades establecidas en salarios mínimos, con su equivalente en pesos. Sin perjuicio de un mayor valor que resulte de las reglas de la equidad, la ley o la jurisprudencia.

4. Que se condene a los demandados a pagar, por concepto de Perjuicios Morales a AMPARO RANGEL BALLESTEROS, al menos 50 SMMLV, cantidades establecidas en salarios mínimos, con su equivalente en pesos. Sin perjuicio de un mayor valor que resulte de las reglas de la equidad, la ley o la jurisprudencia.

5. Que se condene a los demandados a pagar,, por concepto de Perjuicios Morales a FRANCISCO VILLAMIZAR CONTRERAS, al menos 50 SMMLV, cantidades establecidas en salarios mínimos, con su equivalente en pesos. Sin perjuicio de un mayor valor que resulte de las reglas de la equidad, la ley o la jurisprudencia.

6. Que se condene a los demandados a pagar, por concepto de Perjuicios Morales a ANDRÉS FRANCISCO VILLAMIZAR RANGEL, al menos 50 SMMLV, cantidades establecidas en salarios mínimos, con su equivalente en pesos. Sin perjuicio de un mayor valor que resulte de las reglas de la equidad, la ley o la jurisprudencia.

7. Que se condene a los demandados a pagar, por concepto de Perjuicios Psicológicos a BIBIANA ANDREA RAMÍREZ ZAPATA, al menos 100 SMMLV, cantidades establecidas en salarios mínimos, con su equivalente en pesos. Sin perjuicio de un mayor valor que resulte de las reglas de la equidad, la ley o la jurisprudencia.

8. Que se condene a los demandados a pagar, por concepto de Perjuicios Psicológicos a LUIS GABRIEL VILLAMIZAR RANGEL, al menos 100 SMMLV, cantidades establecidas en salarios mínimos, con su equivalente en pesos. Sin perjuicio de un mayor valor que resulte de las reglas de la equidad, la ley o la jurisprudencia.

9. Que se condene a los demandados a pagar, por concepto de Daño a la vida de relaciona BIBIANA ANDREA RAMÍREZ ZAPATA, al menos 100 SMMLV, cantidades establecidas en salarios mínimos: con su equivalente en pesos. Sin perjuicio de un mayor valor que resulte de las reglas de la equidad, la ley o la jurisprudencia.

10. Que el valor de las condenas aquí señaladas, se actualicen al ejecutoriarse la sentencia, con base en el ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (IPC), establecido según DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, DANE, e igualmente se aplique el

interés técnico puro lucrativo, para compensar la pérdida del valor adquisitivo de la moneda y la vocación de renta del dinero, respectivamente.

11. Que se condene a las demandas condenadas, a pagar los intereses bancarios corrientes vigentes, desde la ejecutoria de la sentencia hasta la fecha en que ordena el pago efectivo la sentencia ejecutoriada y en adelante el uno punto cinco de los intereses bancarios, a título de moratorias.

12. Que se condene a las demandadas que resulten condenadas al pago de costas del proceso conforme a lo establecido en la Ley 446 de 1998, teniendo en cuenta las tarifas establecidas con aprobación del Consejo Superior de la Judicatura para este tipo de procesos a cuota litis, en lo atinente a las Agendas en Derecho.

13. Que en virtud de esta demanda, se condene a las demandadas a que dé cumplimiento a la sentencia, en los términos de los artículos 176 y 177 del CCA.

14. Que en caso de no resultar condenada(s) la(s) Entidad(es) Estatal, se ordene a las entidades de derecho privado que se dé cumplimiento a la condena, como lo determina el Código de Procedimiento Civil o el Código General del Proceso.” (Sic)

1.2. Hechos

2.El fundamento fáctico de la demanda es el que a continuación se sintetiza:

3.Para el año 2013, Bibiana Ramírez Zapata se encontraba casada con Luis Gabriel Villamizar Rangel, encontrándose embarazada para octubre del 2013.

4.El 28 de febrero de 2014 la demandante acude para la realización de una prueba de O´Sullivan; notando con posterioridad la salida de moco por la vagina y se dirige a la Clínica La Unidad S.A.S, donde se realizó tactos vaginales y estableció dilatación del cuello a 2 cm razón por la que se remite a un nivel superior de atención. Se determinó trabajo de parto pretérmino.

5.La paciente fue remitida al Hospital del Sarare ESE para valoración por obstetra, se realiza ecografía y se ordena salida sin novedad.

6.Ante la persistencia del dolor pélvico “como contracciones” y el incremento del sangrado, el domingo 2 de marzo de 2014, la paciente se dirige a la Clínica la Unidad por el servicio de urgencias, se halló el cuello del útero con 6 centímetros

de dilatación y que estaba borrado el cuello uterino; razón por la cual nuevamente es remitida al Hospital del Sarare ESE a las 19:30 para la atención del parto.

7.A las 20:50 del 2 de marzo de 2014 nace Allison Eyleen Villamizar Ramírez, quien al nacer presentó fallas respiratorias, por lo que se ordenó la remisión, pero AVANZAR MÉDICO FOSCAL a quien se solicitó en principio la negó.

8.El 3 de marzo de 2014, después de más de 20 horas, el HOSPITAL DEL SARARE E.S.E remite a la paciente a la UCI DUMIAN NEONATAL HUEM DE CÚCUTA, perteneciente al HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ en la ciudad de Cúcuta, en avión ambulancia de Ambulancias Aéreas de Colombia.

9.El 3 de marzo de 2014 la menor ingresa a las 18+34 horas a la UCI DUMIAN NEONATAL HUEM DE CÚCUTA, donde se detectó que la menor tenía fractura completa de clavícula izquierda.

10.El 4 de marzo de 2014, la menor presenta bradicardia severa, no obstante, pese a las labores de reanimación la neonato fallece a las 15:35 horas.

11.Finalmente, se tiene como diagnóstico registrado de la muerte “Hemorragia Pulmonar no especificada, originaria en el periodo perinatal”.

1.3. De los argumentos de la parte demandante

12.Aduce que los entes públicos incurrieron en responsabilidad por falla en el servicio en varios aspectos, razón por la cual debe decláreseles responsables patrimonialmente por los daños causados a los accionantes con ocasión a la muerte de la recién nacida, daño cierto que fue producto de la actitud de la administración frente a la indebida atención médica brindada durante el embarazo de Bibiana Ramírez Zapata.

13.Alega además como normas violadas la Ley 100 de 1993, y sus leyes que la modifican y/o complementen, Decreto 2309 de 2002, Resolución 486 de 2003. Resolución 1439 de 2002, ley 657 de 2001, resolución 1891 de 2003, Decreto 4747 de 2007, ley 6 de 1991, Decreto 97 de 1996, ley 23 de 1981; resolución 1995 de 1999: Decreto 2759 de 1991: Decreto 3380 de 1981; Ley 446 de 1998 Art. 16, 31,

Artículos 2341, 2343, 2344, 2345, 2347, 2358, 2359, 1613, 1614,1615, del Código Civil; ley 153 de 1887, ley 6 de 1991, decreto 97 de 1996, resolución 4542 de 1997, ley 50 de 1991, ley 14 de 1962, Decreto 412 de 1992, Resolución 1439 de 2002; y sus anexos técnicos. resolución 1043 de 2006 y las que la modifiquen o sustituyan, decreto 1011 de 2006; Ley 1395 de 2010, entre otras y demás normas concordantes y que apliquen, y jurisprudencia entre otras por las siguientes consideraciones; con la culpa, anónima de la administración se quebrantaron las disposiciones superiores y legales ya que el ente público, en el caso sub examine, incurrid en responsabilidad que se evidencia en la falla del servicio.

1.4. De la contestación de la demanda

1.4.1.Del Hospital del Sarare ESE

14.Se opuso expresamente a la prosperidad de las pretensiones de la demanda presentando como argumentos de defensa las siguientes excepciones:

15.Inexistencia de falla en la prestación del servicio de salud, en el sentido que como quedó registrado en la historia clínica, a la demandante y a su hija se les brindó un tratamiento diligente, eficiente y oportuno con el personal médico asistencial de la Institución y con la disponibilidad de los equipos que tenía el centro hospitalario para la época, por lo que no se incurrió en falla en la prestación del servicio de salud en la atención brindada, por ende, no existe fundamento jurídico para condenar al pago de perjuicios.

16. Inexistencia de Imputación fáctica y jurídica. De conformidad con lo previsto en el Artículo 90 de la Constitución Política y la jurisprudencia del Consejo de Estado, para que la demandada pueda ser condenada a la reparación de un daño antijurídico es necesario que el mismo le sea imputable y los daños alegados por los demandantes no son imputables al Hospital del Sarare, debido a que el Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 radica en cabeza del asegurador, el riesgo, la garantía de eficiencia, eficacia y calidad de la prestación del servicio de salud, tal y como lo señala la norma mencionada.

17. El hospital del Sarare E.S.E. no tenía a su cargo la obligación de conseguir una institución receptora que contara con la complejidad que requería la menor, Una

vez se genera la remisión de un paciente hospitalizado es responsabilidad de la EPS a la que se encuentre afiliado asegurar la prestación de los servicios requeridos de forma ininterrumpida, y en el caso particular correspondía a la EPS a la que se encontrara afiliada la paciente garantizar a la menor el transporte y consecución de una institución de salud que contara con el servicio de UCI neonatal, que era lo que requería. Por lo que si se llegó a presentar demora en la consecución de una entidad receptora que contara con la complejidad que requería la menor o si el transporte no se prestó de manera oportuna, estas gestiones no eran obligación del Hospital del Sarare, pues su actuación se limita a la remisión y a partir de allí corresponde a la EPS garantizar la atención ininterrumpida, tal como lo prevé el Artículo 17 del Decreto 4747 de 2007.

18. Improcedencia del Reconocimiento del daño a la salud y a los perjuicios por daño a la vida de relación, en el sentido que considera no existe dentro del proceso fundamento para el reconocimiento de dichos perjuicios.

1.4.2. De la Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL

19.La Fundación Oftalmológica de Santander – Foscál, Colombiana de Salud S.A., Fundación Médico Preventiva para el Bienestar Social S.A. y la Sociedad Médica Clínica Riohacha S.A.S. constituyeron la Unión Temporal Oriente Región 5, con Nit. 900.519.354-6, se oponen expresamente a la prosperidad de las pretensiones de la demanda señalando que no existe hecho lesivo alguno por parte de la Fundación Oftalmológica de Santander “Foscál” como integrante de la UT Oriente Región 5, por lo que no puede serle declarada alguna responsabilidad.

20.No existe nexo de causalidad entre la actuación de Foscál y las afirmaciones dadas por la parte actora que conllevaron al fallecimiento de la menor Allison Eyllen Villamizar.

21.La demandada también se opone a la condena por perjuicios morales, fisiológicos, materiales e inmateriales, pues no existe una correlación objetiva o subjetiva entre el daño sufrido y la atención de la FOSCAL como integrante de la UT Oriente Región 5, quien autorizó y prestó los mejores servicios médicos a la menor. No existe evidencia de que los daños mencionados hubiesen sido ocasionados por la FOSCAL, no existe incumplimiento de las obligaciones

contractuales por parte de FOSCAL, por lo tanto no se pagará daño a la vida en relación y no existe prueba suficiente y fehaciente de que los daños morales sufridos puedan ser endilgados FOSCAL como integrante de la UT Oriente Región 5.

22.Finalmente, presentó las siguientes excepciones: Inexistencia de responsabilidad por falta de nexo causal, hecho de un tercero en la medida que el asegurados o garante del servicio medico asistencial de los docentes y beneficiarios es el FOMAG y no la FOSCAL; cobro de lo no debido, e inexistencia de obligación de indemnización de perjuicios morales o daño a la vida de relación.

1.4.3.De la Sociedad Médica Clínica Riohacha S.A.S.

23.Se opone a las pretensiones de la demanda, señalando que no tuvo responsabilidad en el hecho generador del daño como quiera que no prestó alguna forma de atención médica a Bibiana Andrea Ramírez Zapata ni a la recién nacida Allison Eyleen Villamizar Ramírez, quienes no tenían su residencia en la ciudad de Riohacha, pues esta demandada como integrante de la UT Oriente Región 5 tiene como obligación contractual garantizar la atención de los docentes y familiares beneficiarios residentes en el Departamento de La Guajira, configurándose la falta de legitimación en la causa por pasiva.

1.4.4. Hospital Universitario Erasmo Meoz E.S.E.

24.Se opone a las pretensiones de la demanda, presentando como argumento de defensa las siguientes excepciones:

25.Inexistencia del nexo causal, en razón a que no exista pronunciamiento ni nexo causal entre los hechos, el manejo brindado a la paciente y al producto de su embarazo, pues la atención fue brindada por un tercero. La paciente no fue atendida por alguno de los médicos adscritos a la ESE HUEM, ni se les brindó algún tipo de servicio médico asistencial, destacándose que verificado el software de ingreso, no figura la demandante como paciente de la institución.

26.Falta de legitimación en la causa por pasiva, en la medida que conforme a las pruebas sobrantes, se concluye que esta demandada no prestó servicios a la menor

Allyson Eleen Villamizar Zapata, toda vez que se anota por la parte actora que la menor fue trasladada el 3 de marzo de 2014 desde el Hospital del Sarare (Saravena – Arauca), en avión ambulancia directamente a las instalaciones de la UCI DUMIAN MEDICAL S.A.S.

27. Inexistencia de la Obligación, pues con la comunicación emitida por la Coordinación de Estadística y Archivo Clínico, ni Eyllen Villamizar Ramírez (1157965628) ni Bibiana Andrea Ramírez Zapata (52879965) han sido atendidas por el HUEM, de forma que este no puede ser llamado a la reparación de alguna forma de daño.

1.4.5.De la Sociedad Dumian Medical S.A.S.

28.Solicita sean desechadas las pretensiones de la demanda, en razón a que se evidencia que la atención en UCI brindada por esta demandada fue oportuna, idónea y se ajustó a los protocolos según las patologías aconsejables para cubrir cualquier riesgo previsible que pudiera presentarse, actos médicos y maniobras que estuvieron sujetas a los cánones de la ciencia médica, razón que permite afirmar que la paciente recibió un servicio de salud adecuado por la IPS que atendió la urgencia en la UCI.

29.Refiere que no existe fundamento fáctico y jurídico que permita colegir que el fallecimiento de la paciente se presentó por una falla en la prestación del servicio médico imputable a la demandada, pues está probado que la atención médica se realizó de forma oportuna, adecuada, diligente, perita y ajustada a los protocolos médicos para la atención de pacientes que presentan este tipo de sintomatología y cuadros clínicos. No hubo conducta imprudente, negligente, imperita o violatoria del deber de cuidado, que haya sido causa u origen del fallecimiento de la paciente, por lo tanto, no existe ninguna obligación de reparar los supuestos perjuicios materiales y morales reclamados por los demandantes.

30.Aclara que no participó en la atención inicial del binomio de la señora Bibiana Andrea Ramírez Zapata y de su hija recién nacida, su participación solamente fue el 3 de marzo de 2014, cuando la menor ingresó a la UCI, por lo tanto no le consta el manejo y atención que se prestó en otras instituciones de salud.

31.Presenta las siguientes excepciones: Obligación de probar falla a cargo del accionante, riesgo inherente inimputables a la institución de salud, inexistencia de los presupuestos que configuran la responsabilidad médica, inexistencia de relación causa efecto entre los actos médicos y los resultados, e inexistencia de responsabilidad patrimonial, causa extraña o caso fortuito y la genérica.

1.4.6. De la llamada en garantía Compañía de Seguros de Fianza S.A. Confianza

32.Llamada en garantía por la Fundación Oftalmológica de Santander “Foscal” como integrante de la UT Oriente Región 5.

33.Se opone a las pretensiones de la demanda presentando como argumento de defensa, las excepciones de inexistencia de falla en el servicio, las obligaciones médicas son de medio no de resultado.

34. Sobre el llamamiento propuso las excepciones denominadas: La póliza de responsabilidad civil 18RE000863 no ampara la responsabilidad civil profesional y/o contractual; e improcedencia de la afectación de la póliza por concepto de gastos y honorarios, e improcedencia del llamamiento en garantía al no encontrarse vigente para la fecha de ocurrencia de los hechos, esto es, para el 3 de marzo de 2014.

1.4.7.De la llamada en garantía Liberty Seguros S.A.

35.Solicita sean desechadas las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, para lo que propone la excepción de inexistencia del siniestro en la medida que el personal médico o paramédico, vinculado o adscrito a la Sociedad Médica Clínica Riohacha S.A.S., sometido a su servicio y bajo su supervisión legal, fue requerido para prestar, ni prestó, ningún servicio médico a la demandante Bibiana Andrea Ramírez Zapata, ni a su hija Allison Eyleen Villamizar, dentro a fuera de los predios asegurados, a saber: Calle 10 Número 12-20 de Riohacha, que comprometa su actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud.

36.Además de la anterior, presenta como excepción la no cobertura del lucro cesante en la póliza de responsabilidad, y la cobertura limitada del daño moral,

además del Claims made, es decir, que en la póliza será afectada en la medida que estuviese vigente al momento que se elevó la reclamación frente al asegurado.

1.5. De la Agencia Nacional de Defensa Judicial del Estado

37.Guardó silencio.

II.DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

38.En fallo del 21 de septiembre de 2023, el Juzgado 60 Administrativo Oral del Circuito Judicial de Bogotá – Sección Tercera, resolvió negar las pretensiones de la demanda, argumentando:

39.En el caso no se ha demostrado en primer lugar la pérdida de la oportunidad, dada la gravedad de la condición que presentaba la paciente, pues la valoración de su condición de conformidad con las anotaciones en la historia clínica correspondientes a su posibilidad de adaptación al medio. En efecto, debía demostrarse que pese a las condiciones concretas de la recién nacida, tenía una probabilidad cuantificable o de alguna manera medible que brinde certeza respecto de su posibilidad de sobrevivir, y que dicha posibilidad se redujo en virtud de la conducta adoptada por el personal asistencial, pues la muerte habría obedecido a causas naturales, dada la incapacidad del organismo para adaptarse al medio de forma autónoma manteniendo sus funciones vitales, dada su prematurez extrema (24 semanas de gestación).

40. No se desvirtuó por la parte actora la argumentación médica de la defensa en el sentido de que el suministro de surfactante para el desarrollo pulmonar procede desde la semana 28 de gestación, al tiempo que debe hacerse en más de una dosis, a pesar de lo cual sí está acreditado que tal medicamento fue suministrado durante la internación en la UCI neonatal.

41.Explica que la condición de neonata extrema que tuvo la menor supone un riesgo elevado de mortalidad, cuya probabilidad de sobrevida no ha sido demostrada de alguna forma por la parte demandante, pues sin acreditar que se tuvo una oportunidad concreta con un grado de certeza suficiente, no permite

considerar que dicha oportunidad fue perdida en virtud de una falla del servicio atribuible a las demandadas.

42. Tampoco se demostró que el parto prematuro fuera susceptible de ser evitado o que este haya sido provocado en virtud de alguna conducta médica adoptada por la entidad que adelantó los controles prenatales. Por el contrario, este resultado parece ser espontáneo ante la condición propia de la madre, lo que no puede ser atribuido a alguna de las demandadas.

43. Por último, indicó que el dictamen rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no evidenció que se hubiera brindado a la paciente o a su hija una inadecuada atención, al tiempo que su contenido no ha sido desvirtuado más allá de la especulación hipotética, impidiendo tener certeza suficiente para considerar que las accionadas en virtud de su conducta dieron lugar al resultado o podían impedirlo.

44. La parte resolutive de la sentencia es la siguiente:

PRIMERO: Denegar las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Condenar en costas a la parte demandante. Líquidense por Secretaría.

TERCERO: Ejecutoriada esta providencia, archívese el expediente por intermedio de la Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos del Circuito de Bogotá.

III.DEL TRÁMITE PROCESAL

45. La sentencia de primera instancia fue notificada por correo electrónico el 22 de septiembre de 2023. El apoderado de la parte actora interpuso recurso de apelación el cual fue sustentado mediante correo electrónico del 06 de octubre de la misma anualidad, y se concedió la alzada.

46. El proceso fue remitido para el trámite ante la Sección Tercera del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, asignado al despacho del magistrado sustanciador, el 07 de marzo de 2024 se admitió el recurso de apelación interpuesto por auto electrónico, y procede la sala a dictar el fallo que en derecho corresponde.

IV. ESCRITO DE APELACIÓN

47. Solicita sea revocada la sentencia apelada, en razón a que dentro del proceso quedó demostrada la negligencia médica en el asunto de marras así:

48. Insiste que en el caso se presentó una amenaza de parto prematuro extremo, razón por la cual refiere se debió tomar conductas oportunas como la maduración pulmonar del feto desde el primer momento, la cual indica puede realizarse en cuestión de 24 a 48 horas con la administración de dosis de corticoides.

49. Alega, que debió brindarse protección neurona o neuroprotección de la administración de sulfato de magnesio en goteo a la madre.

50. Considera que conforme al dictamen aportado por la demandante de la Dra. Diana González, la causa del aborto está dada por la presencia de infección urinaria o por infección vaginal o vaginitis, luego correspondía estudiar la orina y realizar un frotis de flujo vaginal a la paciente para determinar posible causa y tratarla.

51. Afirma que se debió realizar un examen de cervicometría, bajo la maniobra de valsalva para determinar qué tanto riesgo y posibilidad estadística tiene la paciente de terminar en un parto pretérmino, que en este caso sería extremo, dada la edad gestacional y el peso fetal que era de 600 gr.

52. Que, se debía garantizar, que si la amenaza de parto se convertía en un trabajo de parto prematuro, el fruto por nacer, contará con unidad de cuidado intensivo neonatal, para lo cual, lo ideal era remitir al binomio con el feto in útero y para esto el binomio debía estar vigilado.

53. Argumenta que la tarea era evitar la progresión de la amenaza a un trabajo de parto prematuro, pues repite que la causa es de origen infeccioso sea urinaria o vaginal, para lo cual debió realizarse paraclínicos y tratar la infección vaginal o la urinaria.

54. Considera que existió una indebida valoración probatoria, pues no se valoró de forma adecuada el dictamen aportado presentado por la Dra. Diana González, el cual afirma es plena prueba sobre las fallas en el servicio médico que causaron la

muerte de la menor Allison Villamizar, del cual es dable establecer que a la madre se le dio salida al primer ingreso a la clínica sin brindarle manejo intrahospitalario pese a que presentaba cambios cervicales.

55.Discute que en el curso del proceso se logró demostrar que la imputación que aquí se alega no viene solamente de la prestación del servicio de salud prestada a Alisson Eyleen Villamizar Ramírez posparto, sino además y de manera fundamental, de la atención prestada a Bibiana Andrea Ramírez Zapata, ya que esta presentaba síntomas propios de una amenaza de parto pre término existiendo una ausencia de vigilancia clínica por parte de las demandadas, situación que no fue analizada por el juez de primera instancia en la sentencia. Al omitir este escenario el juez de primera instancia no tuvo en cuenta la amenaza de parto pre término que cursó Bibiana Andrea Ramírez Zapata y su vínculo causal con el lamentable resultado final de la muerte del nacido vivo prematuro

56.Por último refiere que dentro del proceso se encuentra acreditado el daño alegado, consistente en la muerte de la menor Allison Rodríguez, luego hay lugar al reconocimiento de perjuicios morales en favor de los demandantes, así como de los perjuicios por daño a la salud con ocasión al daño psicológico padecido por la madre Bibiana Andrea Ramírez Zapata y su padre Luis Gabriel Villamizar, el cual argumenta es diferente a la moral. Además de los perjuicios causados por daño a la vida de relación.

V. DE LOS ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

5.1.De la parte accionante

57.Repite los argumentos señalados en la apelación, insistiendo que en el caso se configura una falla del servicio médico por parte de las entidades demandadas, por lo que afirma hay lugar a imputarles responsabilidad y a la indemnización de perjuicios en los términos indicados en la demanda.

5.2.De la Fundación Médico Preventiva para el Bienestar Social S.A.S.

58.Reitera los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, en razón a que el accionante no cumplió con la carga de demostrar desde el punto de vista

médico, técnico y científico, las afirmaciones realizadas con la demanda, especialmente aquellas en las que atribuye una falla o falta en contra de las entidades demandadas, especialmente la Fundación Medico Preventiva entidad que debemos aclarar no brindó en ningún momento atención clínica - médica a Bibiana Andrea Ramírez Zapata ni A Allison Eyleen Villamizar Ramírez, razón por la cual solicita sea confirmada la sentencia apelada.

5.3.Del Hospital de Sarare E.S.E.

59.Solicita sea confirmada la sentencia apelada, para lo que repite los argumentos presentados en primera instancia, insistiendo que la falla alegada no se encuentra acreditada, máxime cuando el dictamen aportado por la accionante resolvió un cuestionario diferente al del Instituto de Medicina Legal, buscando probar los hechos de la demanda, cuando el suscrito por Medicina Legal concluyó que no existían elementos que permitan determinar la existencia de relación de causalidad entre la atención médica prestada a la gestante, el parto prematuro y la muerte de la recién nacida.

5.4.De la Previsora Compañía de Seguros

60.Solicita sea confirmada la sentencia apelada, señalando que los medios probatorios concluyen que los tratamientos y procedimientos fueron los adecuados en su momento y que la atención fue idónea y siguiendo los lineamientos de la lex artis por todas las instituciones médicas que atendieron a la demandante y la menor recién nacida.

5.5. De la Compañía de Seguros Liberty Seguros

61.Pide confirmar la sentencia apelada, para lo que repite los argumentos de la contestación de la demanda y del llamamiento en garantía, en la medida que del material probatorio arrimado al expediente no se deduce ninguna actuación culposa de parte de las instituciones de salud, ni de los gales parte del equipo médico de los hospitales y clínicas accionadas, por el contrario, se probó que todos los procedimientos médicos se surtieron de forma adecuada, oportuna y suficiente

como disponía la lex artis, siendo entonces la muerte de la menor causa de su condición prematura extrema.

5.6.De la compañía Seguros del Estado S.A.

62.Refiere que no hay lugar a revocar la sentencia apelada, en la medida que el a quo encontró probado, que el fallecimiento de la menor ocurrió por causas naturales, obedeciendo a su condición de neonata extrema y cuya probabilidad de mortalidad era alta, y el desarrollo de la gestación fuera del útero materno era incompatible, y mal podría considerarse que las accionadas podrían evitar un resultado natural con alta probabilidad de ocurrencia, bajo el entendido que no se está obligado a lo imposible, sumado a que el demandante no demostró cual fue la conducta del personal que dio lugar al fallecimiento de la menor.

5.7.De la Agencia Nacional de Defensa Judicial del Estado

63.Guardó silencio.

5.8.Del Ministerio Público

64.No rindió concepto de fondo.

II.CONSIDERACIONES

1.De los presupuestos procesales

1.1. De la jurisdicción y competencia

65.El artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo¹, en adelante CPACA, consagra un criterio mixto, en primera medida

¹ CPACA artículo 104

“La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas, o los particulares cuando ejerzan función administrativa.

Igualmente conocerá de los siguientes procesos:

el criterio material al establecer que la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo debe conocer de los litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones sujetos al derecho administrativo, es decir, aquellos que se originen en el ejercicio de la función pública; y un criterio orgánico, es decir, basta la presencia de una entidad sujeta al derecho administrativo para que el proceso sea tramitado ante esta Jurisdicción; aunado que en tanto en el caso se debate la responsabilidad extracontractual del Estado es uno de los supuestos del CPACA que de manera exclusiva conoce la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, conforme el numeral 1º del artículo 104 *ibídem*.

66.Conforme lo anterior basta que se debata la responsabilidad extracontractual de la ESE Hospital de Sarare, para que se trámite la controversia ante esta jurisdicción, por estar sometido al derecho público.

67.Este Tribunal es competente para conocer el presente asunto de acuerdo al artículo 153 del CPACA, que dispone que los tribunales administrativos conocen en segunda instancia de las apelaciones de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos.

1.2. De la oportunidad para demandar

68.En tratándose del medio de control de reparación directa, el artículo 164 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, dispone:

“i) Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de la ocurrencia.”

69.En otras palabras, la caducidad empieza correr desde el momento de la ocurrencia del daño, cuando su conocimiento fue inmediato o a partir del día siguiente al conocimiento del daño que le sirve de basamento a la pretensión.

1. Los relativos a la responsabilidad extracontractual de cualquier entidad pública, cualquiera que sea el régimen aplicable.

(...)"

70.De las pretensiones de la demanda es claro que pretende la parte actora se declare la responsabilidad del Hospital ESE de Sarare por los daños causados a los accionantes con ocasión a los servicios de salud brindados a Bibiana Andrea Ramírez Zapata cuando ingresó con 24 semanas de gestación, el cual terminó en parto prematuro y en el posterior deceso de la neonata Allison Eyleen Villamizar Ramírez.

71.Del material probatorio arrimado al expediente en especial de la Historia Clínica y el registro civil de defunción No. 08736183 se tiene que Allison Eyleen Villamizar Ramírez murió el 4 de marzo de 2014, luego las partes contaban hasta el 5 de marzo de 2016 para incoar la demanda.

72.La parte presentó solicitud de conciliación el 13 de enero de 2016, esto es, faltando 1 meses y 22 días para que opere la caducidad. El 08 de abril de 2016 se expidió certificación de no conciliación por la Procuraduría 98 Judicial I Para Asuntos Administrativos, luego el término se reanuda del 09 de abril al 01 de junio de 2016, y radicarse la demanda el 24 de mayo de 2016 la misma se hizo en tiempo.

1.3. De la legitimación en la causa por activa

73.Bibiana Andrea Ramírez Zapata y Luis Gabriel Villamizar Rangel en calidad de padres de la menor fallecida, Roselly Zapata Quijano, Amparo Rangel Ballesteros y Francisco Villamizar contreras en calidad de abuelos, y Andrés Francisco Villamizar Rangel en calidad de tío, se encuentran legitimados para actuar dentro del presente proceso como conforme a los registros civiles de nacimiento aportados, y además confirieron poder en debida forma (fol. 01, cuaderno No. 1).

1.4. De la legitimación en la causa por pasiva

74.La parte demandada la constituye la Fundación Oftalmológica De Santander Foscal, Fundación Médico Preventiva Para El Bienestar Social S.A., Colombiana De Salud S.A. Y Sociedad Médico Clínica Riohacha quienes hacen parte de la Unión Temporal Oriente Región 5, tal como obra en el acuerdo de constitución de la Unión Temporal UT Región 5, quienes en virtud del contrato para la prestación de servicios médico asistenciales 120766-066-2012, suscrito el 30 de abril del 2012 y vigente

hasta el 30 de abril de 2016 con la Fiduprevisora, están a cargo de la prestación de servicios de salud del plan de atención integral en salud para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus beneficiarios en el territorio Nacional, fueron notificadas de la demanda, dieron contestación a la misma, en general han participado en todas las instancias procesales y se encuentran legitimadas por pasiva en el proceso.

75.En igual sentido la Clínica La Unidad SAS que es una entidad de carácter privado que desarrolla actividades medicas sin internación conforme el certificado de existencia y representación legal de la Cámara de Comercio, fue notificada de la demanda, dio contestación a la misma, en general ha participado en todas las instancias procesales y se encuentra legitimada por pasiva en el proceso.

76.La ESE Hospital de Sarare, la cual se encuentra llamada a responder por el daño causado a los demandantes, con ocasión a la presunta falla en la prestación del servicio médico brindado a Bibiana Andrea Ramírez Zapara en su proceso de parto prematuro en marzo de 2014, fue notificada de la demanda, dio contestación a la misma, en general ha participado en todas las instancias procesales y se encuentra legitimada por pasiva en el proceso.

77.Así mismos las llamadas en garantía Liberty Seguros, Seguros del Estado y La Previsora S.A., quienes se encuentran legitimadas, conforme los certificados de existencia y representación legal visibles en el expediente digital carpeta de llamamiento, fueron notificadas y han participado en las instancias del proceso.

2. DE LAS PRUEBAS ALLEGADAS AL PROCESO

78.Se hace relación de las pruebas que obran en el expediente y que fueron presentadas dentro del término de ley, obrantes en la carpeta digital denominado Anexos de la demanda:

- Registro civil de nacimiento de Allison Eyleen Villamizar Ramírez, Bibiana Andrea Ramírez Zapata, Luis Gabriel Villamizar Rangel, Andrés Francisco Villamizar Rangel-
- Copia del registro civil de defunción de Allison Eyleen Villamizar Ramírez.
- Copia de la cédula de ciudadanía de los accionantes.

- Copia de la historia clínica de la Clínica Unidad SAS
- Copia de la historia clínica del Hospital del Sarare ESE
- Copia de la epicrisis de la menor Allison Eyleen Villamizar Ramírez en Dumian Medical UCI.
- Copia del certificado de existencia y representación legal de la Clínica La Unidad SAS, Fundación Médico Preventiva para el Bienestar Social SA, FOSCAL.
- Copia del Acuerdo de constitución de la Unión Temporal Oriente Región 5.
- Copia del contrato No. 12076-006-2012, suscrito con la Unión Temporal Oriente Región 5.
- Copia de los procedimientos autorizados a Bibiana Andrea Ramírez Zapata.
- Copia de la historia clínica de traslado aéreo realizado a la menor Allison Eyleen Villamizar Ramírez, practicado por Ambulancias Aéreas de Colombia SAS.
- Copia de la Póliza de responsabilidad civil profesional- Clínicas Hospitales No. 96-03-101000052 de Seguros del Estado.
- Copia de la póliza y anexos de responsabilidad civil profesional Clínicas y Hospitales No. 459079 de Liberty Seguros.
- Copia de la póliza de responsabilidad civil extracontractual derivada del contrato No. 18RE00063 expedida por Confianza Seguros.
- Declaración de Alexis Javier Atuesta Rodríguez, Sandra Gutiérrez Olaya, Cesar Augusto Barragán Rueda.
- Copia del Informe Pericial de Clínica Forente No. UBSC-DRBO-04877-2020 expedido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Copia del Dictamen Pericial aportado por la accionante suscrito por la Dra. Diana Paola González Valencia.
- Copia del Informe Pericial de Daño Psicológico Forense GPPF-DRBO-00286-C-2021 correspondiente a Bibiana Andrea Ramírez Zapata, y el No. GPPF-DRBO-01006-2021 correspondiente a Luis Gabriel Villamizar Rangel.

3. PROBLEMA JURÍDICO Y TESIS DE LA SALA

79. Para resolver el recurso de apelación se procederá al estudio del siguiente problema:

¿Son administrativamente responsable el Hospital de Sarare ESE, Clínica la Unidad SAS, y la Unión Temporal UT Oriente R5 (integrada por Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL, Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social S.A.,

Colombiana de Salud S.A. y Sociedad Médica Clínica Riohacha S.AS.), de los daños causados a los demandantes con ocasión a la atención médica brindada a Bibiana Andrea Ramírez Zapata en marzo de 2014 cuando ingresó con 24 semanas de gestación por parto prematuro, lo cual desencadenó en el fallecimiento de la neonata Allison Eyleen Villamizar Ramírez el 4 de marzo de 2014?

80. Para la Sala, debe revocarse el fallo apelado toda vez que hay lugar a imputar responsabilidad al Hospital del Sarare en razón a que no le permitió a la paciente acceder a un servicio idóneo, con garantías de integralidad, continuidad y oportunidad para tener **la posibilidad de prolongar la vida de la recién nacida**.

4. CONSIDERACIONES DE LA SALA

4.1. Cuestión Previa

81. Teniendo en cuenta que la parte demandada se encuentra integrada por personas jurídicas de derecho privado y público, resulta necesario precisar la jurisdicción para resolver la presente controversia.

82. En sentencia del 29 de agosto de 2007², la Sala de Sección Tercera destacó que el fuero de atracción resulta procedente siempre que, desde la formulación de las pretensiones y su soporte probatorio, pueda inferirse que existe una probabilidad, aunque sea mínima, de que la entidad o entidades públicas demandadas, por cuya implicación en la litis resultaría competente el juez administrativo, sean efectivamente condenadas.

83. Tal circunstancia es la que posibilita al juez administrativo para adquirir y mantener la competencia para fallar el asunto en lo relativo a las pretensiones formuladas contra aquellos sujetos no sometidos a su jurisdicción, incluso en el evento de resultar absueltas, por ejemplo, las personas de derecho público, igualmente demandadas, cuya vinculación a la litis determina que es la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo la llamada a conocer del pleito.

84. Basta que el demandante, con suficientes fundamentos fácticos y jurídicos, impute acciones u omisiones contra varios sujetos y que uno de ellos deba ser

² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, M.P. Mauricio Fajardo Gómez, exp. 15526 y recientemente en Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, exp. 38958, sentencia del 22 de marzo de 2017.

juzgado por esta jurisdicción, para que esta asuma la competencia, sin que resulte relevante que finalmente se absuelva al ente público³.

85.En el *sub judice*, pretende el demandante que se declare la responsabilidad de las demandadas, como consecuencia de los perjuicios ocasionados a la muerte de la neonata Allison Eyleen Villamizar Ramírez causada presuntamente con ocasión a la prestación del servicio médico brindado a su señora madre Bibiana Andrea Ramírez Zapata con síntomas de parto prematuro. En este orden de ideas, resulta lógico que la demanda fuera conocida por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 104 del CPACA - norma aplicable para la fecha de la demanda-, en la medida en que se trata de un asunto que involucra la actividad de una entidad pública y esto amplía la competencia para decidir sobre la imputación realizada a las demás accionadas, en aplicación del fuero de atracción.

4.2.De la responsabilidad del Estado por falla del servicio médico

86.El artículo 90 de la Constitución Política de 1991, consagra lo referente a la responsabilidad del Estado, indicando que la administración “responderá por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”, es decir, que desde la perspectiva constitucional se previó una fórmula general de responsabilidad, tanto contractual como extracontractual, por acción u omisión de las Ramas del Poder Público.

87.De la norma constitucional en cita se puede concluir que para imputar responsabilidad a la Administración es necesario verificar la existencia de un daño antijurídico⁴, es decir que la persona no estaba en obligación de soportar y efectuar

³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 5 de julio de 2018, radicación: 05001-23-31-000-2003-03304-01 (45060). Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 3 de abril de 2020, radicación: 25000-23-26-000-2002-00211-01(44428), que señala: “Como requisitos para que esta jurisdicción atraiga y asuma los asuntos foráneos, la jurisprudencia ha establecido que, por un lado, la demanda y las pretensiones se deben haber elevado de manera concurrente tanto para las entidades públicas como para los particulares a los que se les pretende enrostrar responsabilidad, y por otro, que debe existir una mínima y fundada probabilidad de condena respecto de las entidades públicas”.

⁴ Respecto del daño antijurídico, la Corte Constitucional ha entendido que el daño antijurídico a pesar de no tener una definición expresa en el ordenamiento, recoge el concepto elaborado por la doctrina española en el sentido ya señalado, esto es que éste – el daño antijurídico – es el perjuicio provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportar, que coincide con la noción decantada por el Consejo de Estado y aceptada al unísono en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. (Ver, entre otras: Corte Constitucional, Sentencia de C-333 de 1996, Magistrado Ponente Dr. Alejandro Martínez Caballero; Sentencia C-430 de 2000, Magistrado Ponente Dr. Antonio Barrera Carbonell; C-892 de 2001, Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil.)

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha decantado una serie de elementos del daño para que sea resarcido, 1. Ser antijurídico, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo; 2. Que sea cierto, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente, y por ende se cause una lesión a un derecho, bien o interés legítimo que se encuentre protegido

un juicio de imputación, a fin de determinar si jurídica y fácticamente le es atribuible a la entidad demanda, o si por el contrario se configura una causal de exoneración de responsabilidad – fuerza mayor, caso fortuito, hecho exclusivo de la víctima y/o hecho exclusivo y determinante de un tercero – así como la concurrencia de culpas en la producción del daño⁵.

88.En el régimen subjetivo de responsabilidad como sistema clásico de imputación, impera la tesis de la culpa, falta o falla del servicio, a través de la cual se pretende indemnizar los perjuicios causados por el incumplimiento de las obligaciones a cargo del Estado, o lo que es lo mismo, consiste en la causación de un daño por una persona de derecho público que no ha actuado como debía hacerlo⁶.

89.Si bien el Consejo de Estado sostuvo en algún momento la tesis de la falla presunta en materia médico asistencial, la tesis actual recoge los preceptos de la falla probada, correspondiendo a la parte Actora acreditar su existencia⁷ o lo que es lo mismo la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización.

90.Para la Sala el régimen jurídico aplicable es el de falla del servicio, en razón a la imputación endilgada a las entidades demandadas, concerniente a la presunta deficiente prestación del servicio médico brindada a Bibiana Andrea Ramírez Zapata, cuando acudió al servicio de urgencias del Hospital de Sarare ESE y la

jurídicamente, y 3. Que sea personal, es decir, que sea padecido por quien lo solicita. (Ver, entre otras, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 28 de marzo de 2012, Consejero Ponente Dr. Enrique Gil Botero. Rad. No. 05001-23-25-000-1993-01854-01(22163). Sentencia de 14 de marzo de 2012. Consejero Ponente Dr. Enrique Gil Botero. Rad. No. 05001-23-25-000-1994-02074-01(21859). De otra parte, la doctrina española de la lesión resarcible, desarrollada por los profesores García de Enterría y Tomás Fernández, en la que se sustentó el artículo 90 de la Constitución Política de 1991 enseña que el aspecto relevante para el estudio de responsabilidad estatal no se centra en la normalidad o anormalidad de la conducta sino en que éste haya causado una "lesión" o daño, si se quiere, que el afectado estaba en la obligación de soportar (Sobre la influencia del profesor García de Enterría en la jurisprudencia del Consejo de Estado en los albores de la Constitución de 1991 puede consultarse: Sentencia de 28 de noviembre de 1991, Consejero Ponente Dr. Julio Cesar Uribe Acosta. Rad. No. 6809; Sentencia de 26 de noviembre de 1992. Consejero Ponente Dr. Julio Cesar Uribe Acosta. Rad. No.7130. Sentencia de 22 de noviembre de 1991, Consejero Ponente Dr. Julio Cesar Uribe Acosta. Rad. No. 6784)

De otra parte, la doctrina nacional, encabezada por Juan Carlos Henao puntualiza que el daño es la aminoración patrimonial sufrida por la víctima, definición que debe ser complementada en el sentido de que para que éste sea reparado se requiere su antijuridicidad, pues no toda afectación ésta llamada a ser indemnizada. quien en eventos académicos recientes ha ampliado su definición como la lesión de los intereses lícitos de una personal, bien sea que se traten de derechos de orden pecuniario o no pecuniario, individuales y colectivos, que se presenta como una afectación definitiva del derecho y también la alteración de si goce pacifico, que en el marco es objeto de reparación si se reúnen los demás elementos de la responsabilidad. (Ver: Henao, Juan Carlos (2007). *El Daño*, análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en derecho colombiano y francés. Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia. Segunda reimpresión.)

⁵ Ver Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Subsección C. Sentencia de 22 de octubre de 2012. Consejero Ponente Dr. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Rad. No. 52001-23-31-000-2000-00240-01(24070).

⁶ Rodríguez, L. (2002). *Derecho Administrativo General y colombiano*. 13ª edición. Editorial Temis S.A.: Bogotá, D.C.

⁷ Ver Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Subsección C. Sentencia de 15 de febrero de 2012. Consejera Ponente Dra. Olga Melida Valle de De La Hoz. Rad. No. 23001-23-31-000-1999-01599-01(21738); Sentencia de 07 de junio de 2012. Consejera Ponente Dra. Olga Melida Valle de De La Hoz. Rad. No. 23001-23-31-000-1998-00359-01(21722) Sentencia de 03 de mayo de 2013. Consejero Ponente Dr. Danilo Rojas Betancourth. Rad. No. 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352).

Clínica la Unidad SAS de Arauca, al presentar dolor abdominal bajo asociado a sangrado genital.

4.3. Del sustento fáctico probado

91. Del material probatorio arrimado al expediente, se tiene probado lo siguiente:

92. El 28 de febrero de 2014 a las 10:13 am, ingresó al servicio de urgencias de la Clínica La Unidad SAS de Saravena, Bibiana Andrea Ramírez Zapata, por presentar expulsión de moco con sangre, se indica:

Paciente de 30 años de edad con edad gestacional de 24.2 semanas, G2A1PP0 consulta por salida de material mucoso sangriento. Al examen físico sin actividad uterina, ni trauma... ilegible.... TA 118/70, FC 92, FR 20, peso 62,8. Examen físico: TA 118/70, FC 92, FR 20, peso 62,8. Paciente estable, Altura uterina de 23 cms. Se encuentra TV con cambios cervicales y sensación de cuerpo extraño en canal cervical, demás examen normal. IDX 1. TP Pretermino?? 2. APP ¿amenaza de parto pretermino?? 3. Embarazo de 24.2 semanas. Finalidad de la atención: sugiero valoración urgente por Ginecología

93. Por lo anterior, fue remitida al Hospital de Sarare ESE, ingresó el 28 de febrero de 2014 a las 12:02 remitida de la Unidad Médica, así:

“Paciente G2 A1 VO .Refiere que hace aprox 4 hr presentó expulsión de tapón mucoso, con dolor hipogástrico, niega pérdidas vaginales, niega sangrado vaginal, valorada en unidad médica de donde remiten para valoración por ginecología”.

Examen físico:...CP: RSCSRS no soplos, pulmones limpios bien ventilados. Abdomen blando, útero grávido, altura uterina 20 cm, no actividad uterina, feto único, longitudinal, FCF 152 LPM...”

Análisis Clínico: “Paciente con embarazo de 24.2 semanas por FUM con cuadro sugestivo de APP de causa desconocida, se decide dejar en observación, se solicita CH y PDEO para descartar origen infeccioso, se solicita eco obstetricia para valorar bienes fetal y medir ILA para descartar RPMO, se solicita valoración por ginecología. Paciente valorada por el Dr. Barragán (Ginecólogo) quien ordena realizar eco obstétrica e iniciar Nifedipino 30 mg cada 12 horas.”

en usted		Nº FOLIO: 7	(Fecha: 28/02/2014 03:18 p.m.)
LISTADO DE RESPUESTAS A INTERCONSULTAS			
		RESPUESTA A INTERCONSULTA	
Diagnóstico	O470 FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION		
Respuesta:	PCTE A QUIEN SE REALIZA ECO OBSTETRICA QUE EVIDENCIA EMBARAZO DE 24+ 1 SEM CON PLACENTA CORPORAL ANTERIOR CON ADECUADO ILA DE 12 Y BIENESTAR FETAL EN EL MOMENTO, SE REALIZA CERVICOMETRIA DE 37 MM CON BAJA PROBABILIDAD DE PP ANTES DE 72 H. POR LO CUAL SE DECIDE REALIZAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DESCARTAR CAUSAS Y RPM.	Tratamiento:	SS: CH, P DO, FFV, TEST DE HELECHO SS: TOCODINAMOMETRIA P/ LABORATORIOS PARA DEFINIR SALIDA.
Análisis Objetivo:	PCTE EN BUEN ESTADO CON PA: 110/70 P: 78/MIN CP: NORMAL ABDOMEN: GRAVIDO CO AU: 23 CM, FCF: 144/MIN, NO ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MIN GENITALES: CUELLO INTERMEDIO, BLANDO, SE INSINUA PERMEABLE 1 DEDO, NO PERDIDAS VAGINALES EN EL MOMENTO. EXTREMIDADES: NORMAL.	Análisis Subjetivo:	PCTE SECUNDIGESTANTE CON EMBARAZO DE 24+ 1 SEM POR DUM DEL 11 DE SEPT DE 2013 QUIEN CONSULTA POR CUIADRO SUBITO DE EXPULSION DE MOCO VAGINAL ESCASO CON SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS POR LO CUAL CONSULTA. G2A1V0. GRUPO SANGUINEO O+. REFIERE 5 CPN SIN COMPLICACIONES. AHORA REFIERE ENCONTRARSE TOTALMENTE ASINTOMATICA.

94. Que descartado el rompimiento prematuro de membrana, se ordenó salida, sin que en la historia clínica se observe otra anotación de dicha fecha.

95. El 02 de marzo de 2014 a las 18:48 horas, ingresó al servicio de urgencias de la Clínica la Unidad SAS de Saravena Arauca, Bibiana Andrea Ramírez Zapata de 30 años de edad, con dolor y sangrado vaginal de 3 horas de evolución, constituyente en dolor hipogástrico que irradia a la región lumbar. Se determina paciente con 24.4 semanas de embarazo. Al Examen físico se describe:

“T/A:113/78 FC: 97x FR:20x T:36.6°
Alerta, consciente, orientada, sin signos de dificultad respiratoria.
C/P: ..sin soplos.. sin agregados
Abd: Blando, globoso (sic) por útero gravito... dilatación 6cm con cambios cervicales con borramiento completo”.

Impresión diagnóstica de ingreso: Embarazo de 24.4 sem.
APP o Amenaza de parto prematuro

(...)

Exámen General Físico. Dilatación 6 cm, borramiento 100%, se siente producto en cavidad vaginal.
Con cambios cervicales.
Se ordena valoración urgente por ginecología.

96. Según hoja de evolución de enfermería se sigue orden médica con monitoreo y observación se indica remisión al Hospital de Sarare ESE.

97. Conforme historia clínica del Hospital de Sarare ESE, se tiene probado que Bibiana Andrea Ramírez Zapata ingresó al servicio de urgencias remitida de la Clínica Unidad SAS, el mismo 2 de marzo a las 8:22 horas por trabajo de parto pretérmino. Se describe:

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente G2A1 Gestación 24.3 semanas por eco y fur confibale con actividad uternina de 12 horas de evolución asociada a salida de tapón mucoso, niega amenorrea. (...) Remitida con D 6CM B 100 Membranas TDEP Inminente para valoración por ginecología FCF 142.

ANTECEDENTES: G2A1V0 FUM: 11/09/2013 aborto en 2008 sin legrado quirúrgico niega ECO 28/2 24.1 SEMANAS CERVICOMETRIA DE 37MM RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN PROXIMAS 72 HRAS..
(...)

EXAMEN MEDICO GENERAL

Alerta orientada
CC Mucosa oral húmeda conjuntiva normo cromática
CP Ruidos cardiacos rítmicos no soplos sin agregados
Abdomen utero grávido AU 21 CM FCF 142
TV D 8 CM B 100% MEMBRANAS INTEGRAS ENTACION 1
ACTIVIDAD UTERINA REGULAR
EXT SIN EDEMAS
NEURO SIN DEFICIT

ANALISIS CLINICO

Paciente G2A1P0 Gestación 24.3 semanas en trabajo de parto pretérmino, actividad uterina regular, con pobre pronóstico. Se comenta con DR. Castillo ginecólogo quien explica a familiares claramente las consecuencias y el pobre desenlace del fruto de la gestación. Se decide trasladar a sala de partos para atención del parto. Se aplica antiespasmódico IV, se solicita valoración por GO y pediatría. Mal pronóstico para el feto.

PLAN DE TRATAMIENTO

Traslado a sala de partos
NVO
LACTATIO A 120 CC HORA
ATENCION DE PARTO PRETERMINO
HIOSCINA 1 AMPOLLA IV HORAS

en usted		Nº FOLIO: 11		(Fecha: 02/03/2014 09:12 p.m.)
LISTADO DE RESPUESTAS A INTERCONSULTAS				
		RESPUESTA A INTERCONSULTA		
Diagnóstico spuesta:	O470 FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EXTREMO 24 SS SE EXPLICO A PACIENTE Y FAMILIAR EL MAL PRONOSTICO DEL RN, CON ESCASA PROBABILIDAD DE SOBREVIDA. PTE ENTIENDE CLARAMENTE	Tratamiento:	TRASLADO A HOSPITALIZACION LEV SSN 100 CC/HR ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 6 HR VIGILAR SANGRADO VAGINAL Y TONO UTERINO (GLOBO DE SUGURIDAD) SS/ CH, TP, TPT, VDRL CSV AC	
Análisis Objetivo:	TA: 105/70 C/P: TAQUICARDIA, NO SUIDOS SOBREAGREGADOS ABD: AU: 23 CM, FETO UNICO FCF: 125 LPM, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR DE 4/10/35. MOV. FETALES PRESENTES GU: MEMBRANAS ABOMBADAS EN CANAL VAGINAL SE ROMPEN DE MANERA ESPONTANEA, SE ATIENDE RN EN PODALICO, SE ENTREGA INMEDIATAMENTE A PEDIATRA. APGAR 4/9. PESO: 600 GR. ALUMBRAMIENTO ACTIVO A LOS 8 MIN PLACENTA DUNCAN COMPLETA.	Análisis Subjetivo:	G1 P0 EMBARAZO DE 24 SS 4D POR FUR Y ECO, REFIERE QUE EN HORAS DE LA MAÑANA INICIA ACTIVIDAD UTERINA QUE AUMENTA EN INTENSIDAD Y FRECUENCIA, EXPULSION DE TAPON MUCOSO, ACUDE A LA UNIDAD MEDICA DONDE REMITEN INMEDIATAMENTE PTE. A SU INGRESO 7:00 AM SE ENCUENTRA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO D:10 CM, B: 100%, MEMBRANAS EN CANAL VAGINAL, SE INDICA TRASLADO INMEDIATO A SALA DE PARTO. PTE REFIERE QUE CONSULTO EL 28 DE FEB DONDE LE PRESCRIBEN NIFEDIPINO, MEDICAMENTO PARA VAGINOSIS.	

98.Ahora bien, de la historia clínica de la neonata, se indica por dicha institución lo siguiente:

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Dirección Resp:
Finalidad Consulta: Atencion_Parto_Puerperio

Teléfono Resp:
Nº Ingreso: 233332
Causa Externa: Otra

Fecha: 02/03/2014 10:08:20 p.m.

DATOS DEL RECIEN NACIDO

CONDICION: VIVO

FECHA NACIDO 02/03/2014

HORA NACIDO 08:50 p.m.

APGAR: 1' 4 5' 4 10' 4

SEXO FEMENINO PESO 600 TALLA 28

PC 20 PA 16 PT 17

ADAPTAC NEONATAL INDUCIDA

EXAMEN FISICO

FC 90 FR 20 SAT O2 % Tº 35.0

CABEZA Y CUELLO NORMAL ORG SENTIDOS NORMAL TORAX ANORMAL

CORAZON NORMAL PULMONES ANORMAL ABDOMEN NORMAL

GENITALES NORMAL ANO NORMAL EXTREMIDADES NORMAL

NEUROLOGICO ANORMAL

ANOMALIA DETECTADA

OBSERVACIONES

SE TRATA DE RN DE 24 SEMANAS POR CAPURRO CON TIRAJES UNIVERSALES Y CIANOSIS CENTRAL, APGAR DE 4 SE SOLICITA VALORACIÓN POR PEDIATRIA, SE INICIAN CON PEDIATRA DE TURNO MANIOBRAS DE ESTIMULACIÓN AVANZADAS, SE COLOCA TOT, SE TRASLADA A UCIM NEONATAL

PLAN

CANALIZAR VENA
TRASLADO URGENTE A ACIM NEONATAL

99.Teniendo en cuenta la condición del neonato, es decir recién nacido de 24 semanas de gestación, se ordena traslado a Uci neonatal y se solicita remisión de paciente en ambulancia medicada aérea, dado su pronostico reservado y sus pocas posibilidades de sobrevivencia, condiciones que según anotaciones de la historia clínica del recién nacido fueron puestas en conocimiento de su madre, así como las posibles complicaciones en caso de sobrevivencia, veamos el siguiente listado:

LISTADO DE RESPUESTAS A INTERCONSULTAS			RESPUESTA A INTERCONSULTA
Diagnóstico	P073 OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO		Hospitalizar en Neonatos
Respuesta:	Se trata de RNPT extremo con Asfixia perinatal/SDR por EMH/Riesgos del prematuro extremo (metabólico, infeccioso - por prematuridad extrema -, vascular y multiorgánico), que requiere cuidados en tercer nivel de atención (UCIN). Con mal pronóstico dado por patologías de base. Se le explica a la madre el estado actual, el pronóstico reservado y las posibles complicaciones en caso de sobrevivencia a pesar de todos los cuidados de salud que se puedan ofrecer.	Tratamiento:	Nada via oral Ventilación mecánica asistida dinámica SOG a libre drenaje DAD al 7,5 % (50 cc DAD 10% + 50 cc DAD 5% a 60 cc/k/día); 1,5 cc/hora S/S Rx torax portatil, hemocultivo + antibiograma, CII + PCR a las 12 horas de vida Ecografía transfontanelar Ampicilina 60 mg c/12 horas (200 mg/k/día) - Día 0 - Amikacina 9 mg iv c/48 horas - Día 0 - Fentanilo 2 mcg (3 mcg/k) IV c/4 horas o PRN (1 cc fentanilo + 9 cc SSN y pasar 0,4 cc) Glucometría ahora y después c/8 horas Control estricto de LA-LE-Diuresis Monitorización continua de signos vitales y de saturación de oxígeno. Cuidados generales del Neonato Profilaxis oftálmica REMISION UCI NEONATAL POR AMBULANCIA MEDICALIZADA AEREA
Análisis Objetivo:	Recibo RN de sexo femenino, nacido a las 20+50 horas en posición podálica, sin esfuerzo respiratorio espontáneo, hipotónica, bradicardia (menor de 40/min) y cianosis generalizada con equimosis de Msls. PN 600 gramos, TN 28 cms PC 20 cms, PT 17 cms y PA de 16 cms, meconio positivo. Se inicia de manera inmediata secado, aspirado de secreciones, calor local, estímulo táctil, oxígeno con presión positiva, sin respuesta por lo que se inicia masaje cardiaco externo, paciente hace episodios de gasping, y después de 10 minutos inicia recuperación de coloración y aumento paulatino de la frecuencia cardiaca mayor de 100/min; Se hace intubación orotraqueal con tubo 2.0 fijado en arcada 9, se coloca surfactante a 200 mg/kg (1,5 cc de curosurf) y se cateteriza vena umbilical con cateter umbilical de 5 Fr. Apgar minuto 1 de 2/10 y al minuto 5 de 4/10. Se deja con FC 138, FR 40 (mecánica) Sat. de oxígeno de 92%. Se conecta a ventilación mecánica con parámetros iniciales: PIP 15, PEEP 3, FR 50 FIO2 1. Rx portatil muestra tubo sobreinsertado por lo que se retira y se fija en 7. Se verifica adecuada aireación bilateral.	Análisis Subjetivo:	Atiendo llamado por nacimiento de RN prematuro extremo (24,5 sem) hijo de madre g2p1a1c0. Primer embarazo perdido al mes de gestación hace 5 años. Embarazo actual cursó con amenaza de aborto, según madre todos los paraclicícos a la fecha normales. Llega en expulsivo, Parto atendido por ginecologo de turno.

28

100.Ahora, conforme la hoja de remisión del sistema de referencia y contrarreferencia, se tiene que el mismo 2 de marzo de 2014 10:08:20 se tramitó referencia No. 4813 de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en ambulancia aérea medicada, con resumen de la historia clínica así:

DESCRIPCION SUBJETIVA

----- INGRESO UNIDAD NEONATAL -----
SE TRATA DE RNPT SE FEMENINO EXTREMO (24,5 SEM) HIJO DE MADRE G2P1A1C0, PRIMER EMBARAZO PERDIDO AL MES DE GESTACION HACE 5 AÑOS. EMBARAZO ACTUAL CURSÓ CON AMENAZA DE ABORTO, SEGÚN MADRE TODOS LOS PARACLINICOS A LA FECHA NORMALES. LLEGA EN EXPULSIVO, PARTO ATENDIDO POR GINECOLOGO DE TURNO. NACE PACIENTE CON ASFIXIA PERINATAL/SDR POR EMH/RIESGOS DEL PREMATURO EXTREMO (METABOLICO, INFECCIOSO - POR PREMATUREZ EXTREMA -, VASCULAR Y MULTIORGANICO), NACIDO A LAS 20+50 HORAS EN POSICION PODÁLICA, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO ESPONTANEO, HIPOTÓNICA, BRADICARDICA (MENOR DE 40/MIN) Y CIANOSIS GENERALIZADA CON EQUIMOSIS DE MSIS, PN 600 GRAMOS, TN 28 CMS PC 20 CMS, PT 17 CMS Y PA DE 16 CMS, MECONIO POSITIVO. POR LO QUE SE INICIO POR PARTE DE PEDIATRA DE MANERA INMEDIATA SECADO, ASPIRADO DE SECRECIONES, CALOR LOCAL, ESTÍMULO TÁCTIL, OXIGENO CON PRESION POSITIVA, SIN RESPUESTA POR LO QUE SE INICIA MASAJE CARDIACO EXTERNO, PACIENTE HACE EPISODIOS DE GASPING, Y DESPUÉS DE 10 MINUTOS INICIA RECUPERACION DE COLORACION Y AUMENTO PAULATINO DE LA FRECUENCIA CARDIACA MAYOR DE 100/MIN; POSTERIOR A ESTO SE TRASLADO DE INMEDIATO A SERVICIO DE CUIDADO NEONATAL, PEDIATRA REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON TUBO 2.0 FIJADO EN ARCADA 9, SE COLOCA SURFACTANTE A 200 MG/KG (1,5 CC DE CUROSURF) Y SE CATETERIZA VENA UMBILICAL CON CATETER UMBILICAL DE 5 FR. APGAR MINUTO 1 DE 2/10 Y AL MINUTO 5 DE 4/10. SE DEJA CON FC 138, FR 40 (MECANICA) SAT. DE OXIGENO DE 92%. SE TOMA RX DE TORAX EN LA CUAL SE EVIDENCIA TUBO ENDOTRAQUEAL CON INTUBACION SELECTIVA POR LO QUE SE EXTRAE HASTA 7, HIPOVENTILACION APICAL DERECHA, NO VENTILACION PULMON IZQUIERDO. VALORADO POR TERAPIA RESPIRATORIA QUIEN CONECTA A VENTILACION MECÁNICA CON PARAMETROS INICIALES: PIP 15, PEEP 3, FR 50 FIO2 1. PEDIATRA DE TURNO DR MARTINEZ, CONSIDERA QUE REQUIERE CUIDADOS EN TERCER NIVEL DE ATENCION UNIDAD DE CUIDADOS NEONATALES (UCIN). PACIENTE CON MAL PRONOSTICO, SE REALIZAR PROCESO DE REMISION A NIVEL SUPERIOR ABULANCIA AREA MEDICALIZADA. SE LE EXPLICA A LA MADRE Y PADRE EL ESTADO ACTUAL, EL PRONOSTICO RESERVADO Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES EN CASO DE SOBREVIVENCIA A PESAR DE TODOS LOS CUIDADOS DE SALUD QUE SE PUEDAN OFRECER.

DESCRIPCION OBJETIVA

ESTADO GENERAL

MALAS CONDICIONES GENERALES SaO2 92% CON VENTILACION MECANICA ASISTIDO CONTROLADO PEEP 3 FIO2 60 PIP 15 CMH2O TI 0.40
SEG TE 0.80 SEG I:E 1:2, FLUJO VOL 4LT/MN

SIGNOS VITALES

ESCALA DE GLASGOW

TA 35 / 17 FC 136.0 FR 50.00 Tº 36.00 MOTRIZ 2 OCULAR 1 VERBAL 1 TOTAL 4

EXAMEN MEDICO GENERAL

RUBICUNDES EN TRONCO CARA Y MIEMBROS SUPERIORES, EQUIMOSIS EN EXTREMIDADES INFERIORES.
NORMOCEFALO FONTANELA ANTERIOR Y POSTERIOR NORMOTENSA, NO APERTURA OCULAR, MUCOSA ORAL SEMIHUMEDA, CUELLO MOVIL, NO RIGIDEZ
TORAX SIMETRICO EXPANDIBLE CON RETRACCIONES SUBCOSTALES, XIFOIDEA, UTILIZACION MUSCULOS ASCESORIOS. RUIDOS RESPIRATORIOS AUDIBLES EN HEMITORAX DERECHO CON HIPOVENTILACION EN APICE, HEMITORAX IZQUIERDO CON HIPOVENTILACION GENERALIZADA, RUIDOS CARDIACOR RITMICOS NO AUSCULTO SOPLOS EN EL MOMENTO.
ABDOMEN BLANDO DEPRESTBLE, CON CATETER VENOSO UMBILICAL NO SNAGRADO NO HERIDAS. PERISTALSIS AUSENTE
EXTREMIDADES EUTROFICAS, EQUIMOSIS EN MIEMBROS INFERIORES, MIMEMBRO SUPEIRORES MOVILES ADECUADA PERFUSION
SNC GLASGOW 4/15

CONCLUSION

ANALISIS CLINICO

PACIENTE CON CUADRO CLINICO YA DESCRITO DE DIFICIL MANEJO VENTILATORIO QUE HA REQUERIDO CAMBIOS EN PARAMETROS. PACIENTE CON FRECUENCIAS CARDIACAS ADECUADAS, PACIENTE EN EL MOENTO CON ADEUCADA SATURACION, PACIENTE ACEPTADO EN UCI DUMIAN NEONATAL HUEM DE CUCUTA.

ANALISIS DE IMAGENOLOGIA (Si hubo)

PLAN DE TRATAMIENTO

HOSPITALIZAR EN NEONATOS
NADA VIA ORAL
VENTILACION MECANICA ASISTIDA DINAMICA
SOG A LIBRE DRENAJE
DAD AL 7.5 % (50 CC DAD 10% + 50 CC DAD 5% A 60 CC/K/DIA): 1,5 CC/HORA
P/ RX TORAX PORTATIL, HEMOCULTIVO + ANTIBIOGRAMA, CH + PCR A LAS 12 HORAS DE VIDA
ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR
AMPICILINA 60 MG C/12 HORAS (200 MG/K/DIA) - DIA 0 -
AMIKACINA 9 MG IV C/48 HORAS - DIA 0 -
FENTANILO 2 MCG (3 MCG/K) IV C/4 HORAS O PRN (1 CC FENTANILO + 9 CC SSN Y PASAR 0,4 CC)
GLUCOMETRIA AHORA Y DESPUES C/8 HORAS
CONTROL Estricto de la-le-diuresis
MONITORIZACION CONTINUA DE SIGNOS VITALES Y DE SATURACION DE OXIGENO.
CUIDADOS GENERALES DEL NEONATO
PROFILAXIS OPTALMICA
REMISION UCI NEONATAL POR AMBULANCIA

ESPECIALISTA TRATANTE

8530220 MARTINEZ MARTINEZ JOSE ALFREDO

101.Sobre la ruta de la remisión de la recién nacida, se tiene probada que la recepción de la remisión inició el 3 de marzo a las 12:00 am, cuya ruta de gestión dio respuesta positiva el 3 de marzo a las 7:27 am por parte de la UCI DUMIAN Cúcuta, quien la aceptó estando pendiente el traslado, veamos:

GESTION DE REMISION

GESTION SERVICIO 7.15 LA JEFE SHIRLY ME ENTREGA ORDEN DE REMISIÓN PARA CONTINUIDAD DEL TRAMITE DE REMISIÓN

7.17 SE ENVIA ORDEN DE REMISIÓN A LOS CORREOS DE Arauca <arauca@avanzarmedico.com>, Autorizaciones <autorizaciones@avanzarmedico.com>, avanzar altocosto <autorizacionaltoco@avanzarmedico.com>, AVANZAR MÉDICO J Daveiva Arauca <daveivac72@hotmail.com>, AVANZAR MÉDICO J Daveiva Arauca <daveivac72@hotmail.com>, AVANZAR MÉDICO SEDE SARAVERA <saravena@avanzarmedico.com>

7.27 SE LLAMA AL CELULAR DE RED DE AVANAZAR (UNIÓN TEMPORAL LA FOSCAL) AL 3212018231 CONTESTA LA FUNCIONARIA EDITH A QUIEN SE LE COMENTA EL CASO E INFORMA QUE SE ENVIO LOS SOPORTES AL CORREO, LA FUNCIONARIA CONFIRMA EL CORREO, SE LE INFORMA QUE YA TIENE ACEPTACIÓN EN LA UCI DUMIAN EN CÚCUTA, SE LE INFORMA QUE ESTA PENDIENTE PARA EL TRASLADO

7.28 SE REENVIA AL CORREO DE AVANZAR MÉDICO SEDE SARAVERA <saravena@avanzarmedico.com> LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ENVIADA

----- Mensaje original -----
Asunto: Fwd: REMISION DE HIJA UNO DE BIBIANA ANDREA RAMIREZ ZAPATA
Fecha: 2014-03-03 05:00
Remitente: referencia dumian <referencia.dumian@gmail.com>

Nombre reporte : HCRPristoBase

Usuario: 40514125

Destinatario: HOSPITAL DEL SARARE ESE <referencia@hospitaldelsarare.gov.co>

----- Mensaje reenviado -----
De: REFERENCIA DUMIAN <referencia.dumian@gmail.com>
Fecha: 3 de marzo de 2014, 4:59
Asunto: Re: REMISION DE HIJA UNO DE BIBIANA ANDREA RAMIREZ ZAPATA
Para: UCI NEONATLA Y PEDIATRICA HUEM DUMIAN MEDICAL <ucinp.dumian@gmail.com>

REFERE

El 3 de marzo de 2014, 4:28, UCI NEONATLA Y PEDIATRICA HUEM DUMIAN MEDICAL <ucinp.dumian@gmail.com> escribió:

> BUENOS DIAS
> PEDIATRA DE TURNO YENNIS RAMOS DA DISPONIBILIDAD DE UCIN A PACIENTE,
> FAVOR DAR AVISO SOBRE TRASLADO.
>
> ATT:CANDY BENITEZ
> ENFERMERA DUMIAN MEDICAL SAS

7.46 LA JEFE LILIANA DE AVANZAR MÉDICO SEDE SARAVERA SE COMUNICA CON NUESTRA INSTITUCIÓN Y CONFIRMA EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE FUE ACEPTADA LA RN

8.56 SE LLAMA AL CELULAR DE RED DE AVANAZAR (UNIÓN TEMPORAL LA FOSCAL) AL 3212018231 NO CONTESTAN, SE INSISTE Y NO CONTESTAN

9.09 SE LLAMA A AVANZAR SARAVERA AL 8822239 CONTESTA AL FUNCIONARIA NIDIA Y ME COMUNICA CON EDITH A QUIEN SE LE AVERIGUA POR EL TRAMITE DE LA REMISIÓN E INFORMA QUE YA DIERON EL VOBO PARA EL TRASALDO A LA UCI DUMIAN EN CÚCUTA, PERO ESTA PENDIENTE EL TRAMITE DEL AVIÓN AMBULANCIA

11. LA FUNCIONARIA SE COMUNICA CON NUESTRA INSTITUCIÓN Y SOLICITA EL NÚMERO DE CONTACTO DE LA UCI DUMIAN

11.30 LA JEFE LILIANA DE AVANZAR SARAVERA SE COMINICA CON NUESTRA INSTITUCIÓN Y AVERIGUA POR EL ESTADO ACTUAL DEL RECIEN NACIDO, SE LE COMUNICA CON LA MÉDICO TRATANTE, QUIEN LE AMPLIA LA HC

11.38 SE LLAMA A AVANZAR SARAVERA AL 8822239 CONTESTA AL FUNCIONARIA NIDIA Y ME COMUNICA CON EDITH Y SE LE INFORMA QUE NO CONTAMOS CON INTERNET EN EL MOMENTO Y SE LE ENVIA EVOLUCIÓN MÉDICA + COPIA DE LOS DOCUMENTOS VÍA FAX

11.42 LA FUNCIONARIA MARIA DE AMBULANCIAS AEREAS DE COLOMBIA SE COMUNICA CON NUESTRA INSTITUCIÓN E INFORMA QUE ELLOS REALIZARAN EL TRASLADO, QUE MAS TARDE SE COMUNICA CON NUESTRA INSTITUCIÓN Y ME INFORMA LA HORA DEL TRASLADO

13.37 SE LLAMA A AMBULANCIAS AEREAS DE COLOMBIA AL CELULAR DE RED A QUIEN SE LE AVERIGUA POR LA HORA DEL TRASLADO E INFORMA QUE A LAS 3 PM ESTA LLEGANDO EL AVIÓN AMBULANCIA AL AEROPUERTO

13.40 SE LE ENTREGA LA ORDEN DE REMISIÓN + COPIA A LA JEFE SHIRLY CON LA INFORMACIÓN DE LA ACEPTACIÓN E INFORMA QUE A LAS 3 PM ESTA LLEGANDO EL AVIÓN AMBULANCIAS

102.En ese orden, se tiene que el 3 de marzo a las 3:00pm se materializó el traslado de la recién nacida en avión ambulancia a la ciudad de Cúcuta, para ser internada en Uci neonatal de Dumian medical.

103.Conforme a la epicrisis de la Dumian Medical se tiene que la recién nacida ingresó el 3 de marzo de 2014 a las 18:34 a la Uci neonatal pediátrica HUEM1, remitida del Hospital de Sarare por RNPT EXREMO + ASFIXIA PERINATAL SECERA + ESTADO POST REANIMACIÓN EMH SEVERA + MULTIPLES RIESGOS POR PREMATUREZ, así:

DATOS DEL INGRESO

- MOTIVO CONSULTA
REMITIDO DEL HOSPITAL DE SARARE POR RNPT EXTREMO + ASFIXIA PERINATAL SEVERA + ESTADO DE POST-REANIMACION + EMH SEVERA + MULTIPLES RIESGO POR PREMATUREZ.
- ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL ACTUAL
PACIENTE PROCEDENTE DE HOSPITAL DE SARARE SARVENA PRODUCTO DE MADRE G2 EL PRIMER EMBARAZO ABORTO HACE 5 AÑOS, EMBARAZO ACTUAL CONTROLADO CURSO CON AMENAZA DE ABORTO CONTROL DE PARACLINICOS NORMALES , INGRESA A LA INSTITUCION EN EXPULSIVO PODALICO NACE EN PARO CARDIORESPIRATORIO: HIPOTONICO, BARDICARDIA MENOR DE 40 X MIN, CIANOSIS GENERALIZADA Y EQUIMOSIS EN MII, REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION (PPV+ COMPRESIONES CARDIACAS) APGAR AL MINUTO DE 2/10- A LOS 5 MINUTOS 4/10, PESO 600 GRS DESPUES DE 10 MINUTOS SE TRASLADO AL SERVICIO DE CUIDADO NEONATAL DONDE EL PEDIATRA REALIZA INTUBACION CON TUBO 2 FIJO EN ARCADA 9, SE COLOCO DOSIS DE SURFACTANTE DE 200 MG/KG CON HIPOVENTILACION IZQUIERDA EN CONTROL RADIOLOGICO TUBO SELECTIVO SE RETIRA POR FISIOTERAPEUTA Y SE DEJA FIJO EN ARCADA 7, SE CONECTA A VENTILACION MECANICA PIP 15-PEEP 3 , FR 50, FIO2 100%, DX RNPT EXTREMO, AFIXIA PERINATAL SEVERA, SDR EMH , RIESGO DE PREMATUREZ EXTREMA, CONSIDERAN PACIENTE DE MAL PRONOSTICO RESERVADO CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE.

104.Al examen físico de la recién nacida al momento del ingreso a Uci se determina:

- EXAMEN FISICO
PIEL Y FANERAS : ANORMAL
EXTREMIDADES : ANORMAL
GENITOURINARIO : NORMAL
ABDOMEN : NORMAL
MAMAS : NORMAL
CARDIOPULMONAR : ANORMAL
CABEZA Y CUELLO : ANORMAL
GENERAL : ANORMAL
SISTEMA ENDOCRINO : NORMAL
PIEL : ANORMAL
ESFERA MENTAL : ANORMAL
OSTEOMUSCULAR : ANORMAL
GENITOURINARIO : NORMAL
GASTROINTESTINAL : NORMAL
RESPIRATORIO : ANORMAL
CARDIOVASCULAR : ANORMAL
ORGANOS DE LOS SENTIDOS : ANORMAL
NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO : ANORMAL
NEUROLOGICO : ANORMAL
HALLAZGOS: INGRESA PACIENTE CRITICO EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES PREMATUREZ EXTREMA VENTILADO CON TUBO 2 FIJO EN ARCADA 6, INCUBADORA DE TRANSPORTE + LEV POR CATETER VENOSO UMBILICAL CON DAD 7.5% + GLUCONATO CALCIO, PRESENTA PLETORICO CON EQUIMOSIS EN EXTREMIDADES INFERIORES Y EMEDEMAS, HIPOACTIVO, CABEZA MICROCEFALO ACABALGAMIENTO DE SUTURAS PC 21 CMS+ SINEQUIAS PALPEBRALES+ PABELLON AURICULAR NO FORMADO, CUELLO SIEMTRICO, TORAX ASIMETRICO MAS EXPANSIBLE EL DERECHO CON HIPOVENTILACION IZQUIERDA, RSCRS NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, ONFALO CATETER VENOSO, GENITALES FEMENINO , EXTREMIDADES

105.En cuanto a la evolución médica de la recién nacida, se describió que el 3 de marzo de 2014, a las 19 horas se recibió prematuro diminuto en estado grave por edad y peso, con alto riesgo neurológico por asfixia perinatal, con ventilación

mecánica. Finalmente se reportó que el 4 de marzo de 2014 a las 2:45 pm presentó bradicardia severa, sin tensión arterial y desaturación del 34%, por lo que se dio inicio a maniobras de reanimación cardio pulmonar con recuperación de frecuencia a 78 por minuto, pero posteriormente se realiza reanimación, se aplica adrenalina 3 dosis, sin respuesta, se determina muerte a las 3:35 pm. Veamos:

DATOS DE LA EVOLUCION

DATOS DE LA EVOLUCION

03/03/2014. A LAS 19:00 HORAS RECIBO PREMATURO DIMINUTO. CRITICAMENTE ENFERMO. GRAVE. DE MAL PRONOSTICO POR EDAD Y PESO. DE ALTO RIESGO NEUROLOGICO POR ASFIXIA PERINATAL. EN VENTILACION MECANICA PARAMETROS INTERMEDIOS ALTOS, DESATURADO AHORA 32%, HIPOVENTILACION BILATERAL PREDOMINIO IZQUIERDO, RX DE TORAX CON IMAGENES QUE IMPRESIONAN ATELECTASIA TOTAL DEL PULMON IZQUIERDO Y DEL LSD. CLINICAMENTE SE DOCUMENTA ESCAPE POR TOT ADEMÁS CON PROBLEMAS PARA HIGIENE BRONQUIAL YA QUE NO HAY SONDAS DE SUCCION PARA EL TAMAÑO DEL TOT, POR LO ANTERIOR SE DECIDE CAMBIAR TOT A Nº2.5 REF:7 CMS, CON SECUENCIA DE INTUBACION RAPIDA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. HIPOTERMICO, HEMODINAMICO PERFUSION LENTA 4 SEGUNDOS, TA NO REGISTRA, BUENA FRECUENCIA CARDIACA, RECIBE SOPORTE INOTROPICO CON DOBUTAMINA SEGUN EVOLUCION VALORAR DOPAMINA, DIURESIS NEGATIVA HASTA EL MOMENTO, VIGILAR TENDENCIA INFECCIOSO EN TTO ANTIBIOTICO DE PRIMERA LINEA POR POSIBLE SEPSIS NEONATAL. GLUCOMETRIA DE INGRESO 113 MG/DL, NORMAL. ROSADO INTENSO BAJO FOTOTERAPIA PROFILACTICA. PRONOSTICO OMINOSO." RX DE TORAX: TOT T1, 4 EIC DERECHOS, SILUETA CARDIACA NO VALORABLE, IMAGEN QUE IMPESIONA ATELECTASIA TOTAL DEL PULMON IZQUIERDO Y DEL LSD, NO FUGAS DE AIRE.

2014-03-04 15:58:50 PROFESIONAL: YENNIS MAUREN RAMOS ALVAREZ

RECIBO PACIENTE PREMATURO EXTREMO, EN MALAS CONDICIONES GENETALES, CONECTADO A VENTILACION MECANICA CON PARAMETROS ELEVADOS, DESATURADO DURANTE TODA LA MAÑANA ENTRE 41-72%, A LAS 11AM SE LE ADMINISTRO LA PRIMERA DOSIS DE SURFACTANTE PULMONAR. PRESENTANDO BRADICARDIAS HASTA 94XMIN A PESAR DE INFUSION DE ADRENALINA, MAL PERFUNDIDO, CON DOBUTAMINA EN INFUSION A 8MCG/K/MIN, HIPOTERMICO CON MEDIOS FISICOS. HIPOTENSO.
A LAS 2:45PM PRESENTA BRADICARDIA SEVERA DE 54XMIN, NO REGISTRA TENSION ARTERIAL Y DESATURACION HASTA 34%, POR LO QUE SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR, RECUPERA FC HASTA 78 XMIN SE AUMENTA LA INFUSION DE ADRENALINA A 1CC/HORA, Y SE PROCEDE A REALIZAR PRUEBAS DE NEUMOTORAX QUE RESULTAN NEGATIVAS. POSTERIORMENTE RECAE CON FC DE 54XMIN, POR LO QUE SE INICIAN NUEVAMENTE PRUEBAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR, SE OBSERVA SALIDA DE SANGRE A TRAVES DE TET ABUNDANTE, SE APLICA ADRENALINA 3 DOSIS. EN VISTA DE NO OBTENER RESPUESTA SE DAD DE MUERTE A LAS 3:35PM, SE LLAMA A LA MADRE Y SE LE INFORMA DE SU ESTADO ACTUAL. SE REALIZA CERTIFICADO DE DEFUNCION.

MEDICAMENTOS

AGUA ESTERIL, AMPICILINA, AMPICILINA, ATROPINA, ADRENALINA, GLUCONATO DE CALCIO, DEXTROSA A.D., DEXTROSA, DOBUTAMINA, FITOMENADIONA, GENTAMICINA SULFATO, MORFINA, SOLUCION SALINA 0.9% BX100ML, SURVANTA 4ML

DATOS DEL EGRESO

PLAN DE SEGUIMIENTO

FALLECIMIENTO- MORGUE

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO
P269	HEMORRAGIA PULMONAR NO ESPECIFICADA, ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	CONFIRMADO NUEVO	P
P073	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	CONFIRMADO NUEVO	
P229	DFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	CONFIRMADO NUEVO	

CAUSA DE SALIDA

TIPO CAUSA: FALLECIDO
REMITIDO A: MORGUE

106. De los exámenes realizados a la recién nacida el 4 de marzo de 2014 a las 12:00, se observa RX de tórax, cuyo resultado arroja: “Opacidad difusa de ambos pulmones con borramiento del contorno cardiaco y diafragmáticos aéreo, en relación con enfermedad de membrana hialina severa. Tubo endotraqueal bien ubicado. Sonda en estómago. Fractura completa de clavícula izquierda”.

107. De otra parte, se tiene que dentro del proceso de la referencia se aportó Informe Pericial de Clínica Forense No. UBSC-DRBO-04877-2020 expedido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense, cuyo motivo de peritación se indica: “Del mismo modo para que rinda dictamen pericial sobre la historia clínica del binomio madre e hija de la paciente ALLISON EYLEEN VILLAMIZAR RAMÍREZ y se determine los tratamientos instaurados, su idoneidad y oportunidad en la instauración de los mismos, la lex artis medica aplicable al momento de los hechos, el actuar clínico y para clínico de los prestadores del servicio de salud, la pertinencia del tratamiento médico instaurado y su ajuste a la lex artis médica, la evolución y

seguimiento del paciente, la remisión, los tratamientos, valoraciones y medidas adoptadas, la oportunidad de las mismas..”

108.Del cuestionario resuelto por el Instituto de Medicina Legal se destaca lo siguiente:

“1. Señale las condiciones del embarazo de la señora BIBIANA ANDREA RAMIREZ ZAPATA Y LUIS GABRIEL VILLAMIZAR RANGEL, para el año 2013.

Respuesta: La señora de 29 años, consultó en octubre 16 de 2013 a la Clínica LA UNIDAD, del Municipio de Saravena, por prueba de embarazo positiva, el médico general tratante consideró que debe tener alrededor de 5 semanas de gestación y solicita exámenes como: Hemograma, VDRL, hepatitis B, HIV, p de Orina, frotis vaginal, ECO ginecológico. El 22 de octubre le realizan la ECO ginecológica en el HOSPITAL DEL SARARE del mismo municipio de Saravena y el especialista hace eco obstétrica y considera que puede tratarse de embarazo menor de 5 semanas por lo tanto sugiere ECO transvaginal para mejor detalle o ECO pélvica en dos semanas más. Para el 28 de octubre cuando tenía 5.6 sem por ECO y 6.6 sem por FUM, tuvo una amenaza de aborto. Le solicitaron ECO TV (ecografía transvaginal) pero no hay informe de esta. Sin embargo, en controles a las 10.2 y 14.3 sem (calculados por extrapolación de ecografía) ya NO hay registro de sangrado genital, es decir, se resolvió.

(...)

2. Señale el nivel del riesgo del embarazo de la señora BIBIANA ANDREA RAMIREZ ZAPATA y si la misma para el momento tenía antecedente de aborto en el año de 2008?

Respuesta: En nota del 28 de octubre de 2013 se anota: "Antecedentes A1 (aborto número uno) en el año 2008" y en la nota de ingreso a UCI neonatal 3 de marzo de 2014 se menciona "primer embarazo perdido al mes de gestación", es decir, se trató de un aborto temprano, probablemente de causa desconocida. No se anotan otros antecedentes. En este sentido, en cuanto al nivel inicial de riesgo del embarazo, un aborto previo NO indica per se que el nuevo embarazo sea de alto riesgo, solo cuando el aborto es recurrente (2 o 3 abortos o más, según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos -ACOG-). Sin embargo, la presencia de amenaza de aborto (sangrado genital) al comienzo del embarazo actual hace parte de la lista de factores de riesgo que incluyen a una gestante dentro del grupo de gestantes con factores de riesgo, llamadas de alto riesgo obstétrico. (Pgs 27-29 Guía de control prenatal y factores de riesgo. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog) Edgar Cancino, MD. ESE Fontibón Herson León, MD. ESE El Tunal Rafael Otálora, MD. ESE Suba Ebert Pérez González, MD. ESE Pablo VI Bosa Rafael Sarmiento M.D. ESE Pablo VI Bosa Adriana

Yates, MD. ESE Rafael Uribe Uribe, 2002, Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, Ministerio de Salud y Protección Social, 2007-2013).

(...)

5. Señale si los controles prenatales realizados a la señora BIBIANA ANDREA RAMIREZ ZAPATA EN LA CLINICA LA UNIDAD SAS fueron imperitos, incompletos, no idóneos e insuficientes.

Explique-Vamos a analizar cada una de las atenciones en la CLINICA LA UNIDAD. En primer lugar, se debe aclarar que las valoraciones en LA CLINICA DE LA UNIDAD SAS, están manuscritas y tienen textos ilegibles (se encontraron textos ilegibles en apartes de las historias clínicas de: oct 16, oct 28, nov 28, dic 27, febrero 06, febrero 28 y marzo 02) a. Octubre 16 de 2013: 29 años, TA 126/77, FC 97, FR 20, peso 59 kms, control prenatal...ilegible...prueba de embarazo positiva, 156 LPM (latidos por minuto), con 5 semanas aprox. Plan: Hemograma, VDRL, hepatitis B, HIV, p de Orina, frotis vaginal, ECO ginecológico. Dr Luis J Ramírez Md General.

Bibliografía: Durante las citas de control prenatal, el profesional de salud encargado le preguntará datos básicos como su edad, ocupación, lugar de nacimiento y residencia, hábitos de alimentación, tabaquismo, alcoholismo, adicciones, violencia intrafamiliar, antecedentes de embarazos y partos, antecedentes de enfermedades generales, cirugías previas, tratamientos y síntomas de su embarazo actual. ...Algunos exámenes que se realizan durante los controles y en ocasiones en más de una oportunidad son: Cuadro hemático, grupo sanguíneo y RH, parcial de orina y urocultivo, frotis de flujo vaginal, toxoplasmosis, Ecografías... en un embarazo normal se tomaran dos ecografías una al tercer mes (semanas 11 a 14) y otra entre el cuarto y sexto mes (semanas 18 a 24), exámenes para identificar diabetes, hepatitis B, sífilis y VIH. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 Guías Minsalud, No. 11-15, Pg 13,14. Tomado de internet https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IN/EC/IETS/GPC_Ptes_Embarazo.pdf

CONCLUSION:

Dentro del texto legible de los controles prenatales en LA CLINICA LA UNIDAD aparece apartes de la historia que están descritos en la norma de atención ya que hacen parte de una valoración prenatal como: el motivo de consulta, los signos vitales, los exámenes que eran pertinentes para su estado de embarazo como: Hemograma, VDRL, hepatitis B, HIV, parcial de Orina, frotis vaginal, ECO ginecológica, aunque no hay registro de toda la información recomendada. b. Octubre 28 de 2013: dolor bajito...dolor bajo vientre...resto ilegible..117/71, FC 79, FR 21, Temp 36,6, peso 58 kgs, examen sin alteraciones, excepto: "... TA dolor pélvico sin masas.. Octubre 28 de 2013: ss. ecografía pélvica. Dr Luis Ramírez, Medico General. Orden médica de ácido fólico y sulfato ferroso. Dr. Luis Ramírez. MD general. El personal de salud le recomendará el

consumo de suplementos tales como el ácido fólico en comprimidos de 400 microgramos/día para reducir el riesgo de defectos del tubo neural como la espina bífida. También se le prescribirá la suplementación con hierro elemental en dosis de 1200 mg para prevenir complicaciones de tipo hipertensivo (preeclampsia) durante la gestación. Se le recomendará el consumo de suplementos de hierro, para prevenir la anemia, excepto si usted tiene unos niveles de hemoglobina mayores a 14 g/dl.

Otros suplementos que contengan vitamina A o D no son necesarios en embarazos de curso normal. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio] 2013.

(...)Análisis: para enero 15 de 2014 la paciente tuvo un cuadro clínico consistente con una virosis, la historia clínica cumple con cada una de sus partes, aunque no encontré la impresión diagnóstica y plan de tratamiento, que en este cuadro parecía ser un cuadro gripal que solo requiere reposo, líquidos y probablemente acetaminofén para el malestar general. g. Febrero 6 de 2014: Consulta de Ginecología. G2P1, 20 ss 3/7... nota ilegible...plan: O Sullivan. Dr Ivan Darío Gómez G Especialista en Ginecología y obstetricia. Cita de GO 20 días. Dr Gómez G. Análisis: texto original MUY ILEGIBLE EN CASI TODO SU CUERPO. Alcanzo a extractar que anota 20 semanas de gestación y que solicita Test de O'Sullivan, examen para descartar diabetes gestacional, solicitud adecuada si se tiene en cuenta que la orden se entrega con anticipación para que el examen sea realizado entre las 24-28 semanas de embarazo. Si bien no se puede estudiar la evolución por lo ilegible, no se puede deducir un daño al binomio materno-fetal por dicha atención, ya que es vista en febrero 28 por Especialista del Hospital El Sarare quien encontró bienestar del binomio y diagnostico un falso trabajo de parto. h. **Febrero 28 de 2014, CLINICA LA UNIDAD SAS** - Municipio de Saravena (manuscrita). Remisión. (no hay registro de la hora). Origen: municipio Saravena, Especialidad: MD general. Destino Especialidad: Unid. Gineco. Edad: 30 años, con edad gestacional de 24,2 semanas, G2A1P0, consulta por salida de material mucoso-sanguinolento sin actividad uterina, ni trauma... ilegible.... TA 118/70, FC 92, FR 20, peso 62,8. Examen físico: TA 118/70, FC 92, FR 20, peso 62,8. Paciente estable, Altura uterina de 23 cms. Fetocardia ilegible, se encuentra TV con cambios cervicales y sensación de cuerpo extraño en canal cervical, demás examen normal. IDX 1. TP Pretermino?? 2. APP (¿amenaza de parto pretermino?? 3. Embarazo de 24.2 semanas. Finalidad de la atención: sugiero valoración urgente por Ginecología. Firma, sello ilegible. (folio 1169) (folio 1454). Exámenes de laboratorio, 28 -02-2014, de Clínica de la Unidad SAS, O 'Sullivan glicemia 71, post-P: a la hora 135 (normal), Ácido Úrico 3,2, carga 1' gr de dextrosa, firma y sello Karla Mariana Caicedo Barón, Bacterióloga (folio 1170). Clínica de la Unidad, 28-02-2014, Parcial de orina, aspecto turbio, pH .6, densidad 1020, sedimento: leucocitos 0-2 por camp, cels epiteliales 16-18 por camp, hematíes 0-2 por camp, bacterias ++, moco ++, Químico: no se anota que haya proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, nitritos, sangre, bilirrubina o urobilinógeno en la muestra. Firma y sello Karla Mariana Caicedo Barón, Bacterióloga (folio 1171).

Análisis. Es una evolución médica muy completa por parte de un médico general, hay motivo de consulta, signos vitales, examen físico que incluye la valoración fetal, tacto vaginal (que estaba indicado por el motivo de consulta). Las impresiones diagnósticas son coherentes con la información previa, la solicitud para valorar por el servicio de Ginecología de manera urgente es acertada y necesaria. Los exámenes con fecha de ese día eran pertinentes: parcial de orina, examen para descartar diabetes gestacional. i. Marzo 2 de 2014: 6+48 pm Atención de urgencias. dolor y sangrado vaginal. Ingresa con cuadro clínico de ...ilegible... horas de evolución, consistente en dolor en hipogastrio irradiado a región lumbar, acompañado de salida de líquido sanguinolento por vagina. Paciente con embarazo de 24,4 semanas con G2A1Po. TA 113/78, FC 97, FR 20, temperatura 36,6. Alerta, consciente, orientada, sin signos de dificultad respiratoria. Cardiopulmonar: RsCsRs, sin soplos, RsRs sin agregados. Abdomen: blando, globoso por útero grávido, AU 24 cms, FCF 161 por minuto, dilatación 6 ms. con cambios cervicales con borramiento completo. Clínica de LA UNIDAD. **Interconsulta de marzo 2 de 2014:** paciente con embarazo de 24,4 sem quien presenta dolor en hipogastrio con salida de líquido sanguinolento. Antecedentes G2PoA1, TA 113/78, FC 78, FR 20, TV dilatación de 6 cms, borramiento del 100%, se siente producto en cavidad vaginal, con cambios cervicales. FCF 151 por minuto, AU 21 cms. Dx APP, Embarazo de 24,4 semanas. Finalidad de la atención: Valoración urgente por Ginecología. José Euclides N... (MD general). (folio 1176) Notas de enfermería clínica LA UNIDAD. 02 de marzo de 2014: Ingresa usuaria de sexo femenino en estado de embarazo, llorando, ansiosa y refiriendo mucho dolor bajito, la cual es valorada por médico de turno, médico general, ...TA 113/78, FC 92, FR 20, temperatura 36.6, estable sin complicaciones. 19+05: se siguen ordenes médicas, se realiza la venopunción, se toma monitoreo, se vigila usuario en observación. 19+30: siguiendo órdenes médicas usuaria es llevada por remisión al Hospital de Sarare porque usuaria necesita la atención de segundo nivel y eso fue lo que se hizo. 19+40: Usuaria es...en el hospital del Sarare en el área de maternidad, (folio 1224)

Análisis: Esta es una evolución médica muy completa, tiene motivo de consulta, enfermedad actual, signos vitales, examen físico, el tacto vaginal era pertinente, y dados los hallazgos tan alarmantes (trabajo de parto pretérmino), decide el médico general, de manera oportuna remitirla a una institución de mayor nivel de complejidad, dada la alta probabilidad de parto prematuro extremo (Hospital EL SARARE). Las notas de enfermería son congruentes con las notas médicas y se CONFIRMA que para ese momento (2 de marzo 2014) hubo acompañamiento de personal de salud a la paciente del primero al segundo nivel de atención. (subraya de la sala)

(...)

10. ¿Señale si el día 29 de febrero de 2014 la señora BIBIANA ANDREA RAMIREZ ZAPATA consultó a la Clínica LA UNIDAD SAS, señale porqué causas, a qué servicio? Señale si la atención prestada fue adecuada, perita e idónea.

Respuesta: No hay registro de atención el día señalado en la pregunta. Según la historia clínica aportada la fecha de atención a la que probablemente se refieren es el 28 de febrero de 2014. Ese día dice la historia que consultó por: salida de material mucoso-sanguinolento sin actividad uterina, ni trauma. Se le encontró con TA 118/70, FC 92, FR 20, peso 62,8. Examen físico: TA 118/70, FC 92, FR 20, peso 62,8. Paciente estable, Altura uterina de 23 cms. Fetocardia ilegible, se encuentra T V con cambios cervicales y sensación de cuerpo extraño en canal cervical, demás examen normal.

Es una evolución médica, en la parte legible, completa por parte de un médico general, hay motivo de consulta, signos vitales, examen físico que incluye la valoración fetal, tacto vaginal (que estaba indicado por el motivo de consulta). Las impresiones diagnósticas son coherentes con la información previa, la solicitud para valorar por el servicio de Ginecología de manera urgente es acertada y oportuna.

11. ¿Cuáles fueron los diagnósticos realizados el 29 de febrero de 2014 y explique cada uno de ellos señalando, en qué consisten esas patologías, como se manifiestan, como se diagnostican y cómo deben tratarse?

Explique. En la respuesta anterior se hizo referencia a la fecha de la atención. En la remisión, el médico general interroga los diagnósticos de amenaza de parto pretérmino versus trabajo de parto pretérmino. En el Hospital del Sarare, sospechan la presencia de amenaza de parto pretérmino. Aunque en alguna ocasión la paciente refirió dolor hipogástrico, no se halló actividad uterina al examen físico como tampoco cambios cervicales durante el período de observación. Realizan hemograma (normal), prueba de hebrecho para detección de líquido amniótico en vagina (negativa) y uroanálisis que no muestra signos de infección urinaria (piuria o nitritos), además ecografía obstétrica que no evidencia alteraciones, y medición de la longitud del cuello uterino de 37 mm (normal o de bajo riesgo para parto en la siguiente semana). Parto pretérmino se define como el nacimiento entre, las 20 semanas y 36 semanas 6 días de edad gestacional. El diagnóstico de trabajo de parto pretérmino (TPP) se basa en el criterio clínico de contracciones uterinas regulares (3-5 en 10 minutos de al menos 30 segundos cada una) acompañadas por cambios en la dilatación y/o borramiento durante el período de observación, o la presentación inicial de contracciones regulares y dilatación cervical de al menos 2 cm. Menos del 10% de pacientes con este diagnóstico clínico realmente darán a luz en los siguientes 7 días. Las contracciones uterinas pretérmino sin los mencionados cambios cervicales son comunes y tradicionalmente han sido llamadas "amenaza de parto pretérmino"; sin embargo, estas contracciones no predicen realmente quiénes tendrán subsecuentes cambios cervicales progresivos y únicamente el 3% de ellas dará a luz en las siguientes 2 semanas. No existe evidencia que soporte el uso de tocolíticos (medicamentos para inhibir las contracciones del útero), vigilancia de contracciones en la casa u otras medidas para prevenir el parto pretérmino en mujeres con contracciones pero sin dichos cambios cervicales, es decir, dilatación menor a 2 cm o ausencia de progresión de la dilatación y/o el borramiento durante el

periodo de observación. El tratamiento del TPP incluye hospitalización, administración de corticosteroides para embarazos entre 24-34 semanas, acompañada de agentes tocolíticos hasta por 48-72 horas, y administración de sulfato de magnesio para embarazos entre 24-32 semanas. (Tomado del boletín de práctica No. 127 de junio/2012, reafirmado en 2014: "Manejo del trabajo de parto pretérmino", del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos -ACOG-). Es frecuente que se tomen muestras para hemograma, teniendo en cuenta que la infección o la inflamación de cualquier origen se asocian a contracciones uterinas; la realización de otros exámenes como uroanálisis, urocultivo, frotis de flujo vaginal o proteína C reactiva -PCR-, depende de cada caso clínico, y no es obligatoria.

CONCLUSION: El caso de la señora Ramírez Zapata no cumplió criterios para el diagnóstico de TPP (Trabajo de Parto Pretermino), de hecho el reporte de cervicometría (37 mm) fue de bajo riesgo para parto pretérmino, es decir, mayor de 25 mm (que es el límite de normalidad), por lo tanto no requería un manejo médico diferente al dispensado. (subraya de la sala)

(...)

23. Señale si la amenaza de parto prematuro del fruto es consecuencia de los tratamientos insuficientes e incompletos, no idóneos que se le dio a los episodios de amenaza de parto prematuro, sumado a. la realización indiscriminada de tactos vaginales y al tratamiento inadecuado de los factores de riesgo como las infecciones vaginales y urinarias y demás?

Explique.

Respuesta: En primer lugar, las causas del parto pretérmino son múltiples, " Entre los hallazgos asociados más comunes están el embarazo múltiple, la infección intrauterina, sangrado, infartos placentarios, insuficiencia del cuello del útero, polihidramnios (excesivo líquido amniótico), anomalías del fondo del útero y anomalías fetales. Las enfermedades maternas graves como las infecciones con respuesta inflamatoria, las enfermedades autoinmunes y la hipertensión gestacional también elevan los riesgos de trabajo de parto pretérmino. A pesar de su diversidad, estos procesos culminan en un punto en común - dilatación y acortamiento prematuro del cuello del útero y prematura activación de las contracciones uterinas. (Beigi, 2004; Carey, 2005). Capítulo 42: Parto pretérmino, factores de riesgo. Obstetricia de Williams, 25 Edición. Tomado de internet en: <https://accessmedicina-m h medical-com.ezproxy.unal.edu.co/content.aspx?bookid=2739&ionid=23009537&jumpsectionid=230095892#1166853305>.

En segundo lugar, en el caso que nos ocupa el cuadro hemático y parcial de orina NO demostraron que hubiese proceso infeccioso generador del cuadro clínico.

En tercer lugar, como se ha dicho en varias oportunidades anteriormente, la examinada no tenía los elementos diagnósticos de trabajo o de amenaza de parto pretermino.

En cuarto lugar el Especialista en Ginecología y Obstetricia, considerando los síntomas de la paciente que había informado sobre dolor en parte baja del abdomen - hipogastrio- y expulsión de "tapón mucoso", hizo el abordaje adecuado que incluyó examen físico, examen ecográfico, monitoria fetal para objetivar si había contracciones uterinas, exámenes de laboratorio para detectar infección urinaria y ruptura prematura de membranas.

En quinto lugar, en cuanto a los tactos vaginales, en la historia clínica NO hay evidencia que se haya "abusado" de ellos. Se hicieron los que usual y racionalmente se realizan (es decir, los tactos de los médicos generales que atienden en urgencias de primero y segundo nivel y que se explican por el motivo de consulta y enfermedad actual y el que hizo el médico especialista, para verificar la estabilidad del cuello uterino).

(...)

30. 30. El nacimiento vaginal en podálica, es una práctica no adecuada e imperita que genera graves riesgos y complicaciones a un recién nacido, potencia y agrava el estado y el pronóstico respiratorio de un recién nacido. La historia clínica dice: "2 de marzo de 2014. Historia Clínica del parto. Paciente en periodo expulsivo, se traslada a camilla de sala de partos, posición de litotomía, asepsia y antisepsia de genitales externos, bajo pujo dirigido y protección del periné, se recibe producto vivo, femenino, en podálico, APGAR de 4 al minuto, se pinza y corta cordón umbilical de tres vasos del cual se toman muestras para TSH y hemoclasificación, se traslada RN a servocuna donde se seca, se aspiran secreciones, se estimula, calor radiantes, alumbramiento espontáneo a los 5 minutos, placenta tipo Schultze, completa, sin calcificaciones, revisión manual de cavidad uterina, se extraen coágulos sanguíneos en poca cantidad, útero de buen tono al final del procedimiento. Episiotomía: no realizada, Desgarro: NO. Revisión uterina: SI, sangrado 200 cc... (folio 1180). Notas de Enfermería: 8+30 pm se pasa paciente a sala de partos en expulsivo, se hace baño externo, G/O (GINECOBOSTETRA) atiende el parto de la paciente, 8+50pm (20/50) nace niña en posición podálica, en pésimas condiciones generales, se observa cianosis central, se pinza cordón, se corta y se traslada a servocuna, le limpia, se aspira secreciones, es valorada por PEDIATRA de turno, quien ordena traslado inmediato para neonatos. ...se coloca CLAM, se toma medidas, talla 28, peso 600 grs, ...se traslada a RN para neonatos con oxígeno, en compañía de pediatra y camillero y la Jefe de neonatos, 21+05 se observa que el medico toma muestra de sangre y extrae la placenta completa y realiza revisión del útero, extrayendo abundantes coágulos, se inicia goteo de oxitocina .se traslada paciente a sala de recuperación, con sangrado vaginal moderado. (:..)

ANALISIS Y CONCLUSION: El Nacimiento en podálica de la recién nacida no está asociado a atención médica inadecuada, sino a la prematurez, de hecho como lo dice la bibliografía mientras que la cuarta parte de los nacimientos antes de la semana 28 son podálicos, desciende a 1 a 3% después de la semana 33 de gestación. Por otra parte, la nota de parto indica que la duración del expulsivo fue de 10 minutos y que no se requirieron maniobras especiales para su extracción, lo cual indica que la presentación de pelvis o podálica por sí misma no representó daño para el menor.

(...)(subraya de la sala)

32. Señale si debido al grave estado que se encuentra el fruto y debido a las patologías respiratorias que presento...la paciente debió haber sido remitida de manera inmediata y no fue? Explique.

Respuesta: según la historia clínica desde que nace la menor, el pediatra anota que se requiere la remisión a UCI neonatal por ambulancia medicalizada aérea. (Folio 687) (Folio 1236)(Folio 1262). Se registra una hora más tarde del parto, la hoja de remisión (2 de marzo de 2014, 10+08 pm: Sistema de referencia y contra referencia. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, Servicio al que se remite: AMBULANCIA AEREA MEDICALIZADA. Consulta:RNPT femenino extremo (24,5), hijo de madre G2P1A1 Co, p....llega en expulsivo, parto atendido por ginecólogo de turno. Enfermedad actual: Se trata de RNPT femenino, con asfixia perinatal/SDR por EMH/ Riesgos del prematuro extremo, ..nacido a las 20+50 horas en posición podálica, sin esfuerzo espiratorio espontaneo, hipotónica, bradicárdica, (menos de 40 x min), y cianosis generalizada con equimosis de Msls, PN 600 grs, TN 28 cms, PC 20 cms, PT 17 cms y PA de 16 cms, meconio positivo, por lo que se inicio de manera inmediata secado, aspirado de secreciones, calor local, estimulo táctil, oxígeno con presión positiva, sin respuesta, por lo que se inicia masaje cardiaco externo, paciente hace episodio de gasping y después de 10 minutos inicia recuperación de coloración y aumento paulatino de la frecuencia cardiaca mayor de 1UU x min, posterior a esto se trasladó de inmediato a servicio de cuidado neonatal, pediatría inicia intubación oro traqueal con tubo 2,0 fijado en arcada 9, SE COLOCA SURFACTANTE A 200 mg/kg)1.5 cc de CUROSURF y se cateteriza vena umbilical con catéter umbilical de 5 FR, APGAR minuto 1 de 2/10, y al minuto 5 de 4/10. Se deja con frecuencia cardiaca de 138, FR 40 (mecánica), saturación de oxígeno de 92%, se toma x de tórax en la cual se evidencia tubo endotraqueal con intubación selectiva por lo que se extrae hasta 7, Hipoventilación apical derecha, no ventilación pulmón izquierdo, valorado por terapia respiratoria quien conecta a ventilación mecánica....pediatra de turno considera que requiere cuidados en tercer nivel de atención, UCIN, paciente con mal pronóstico, se realiza proceso de remisión a nivel superior ambulancia aérea medicalizada, se le explica a la madre y padre el estado actual, el pronóstico reservado y las posibles complicaciones en caso de sobrevivencia)

34. Después de 20 horas se remite a la UCI Damian?

Así es, Aproximadamente 20 horas después de nacida, la menor sale el día 3 de marzo de 2014 a las 4 pm en avión medicalizado a la UCI DUMIAN neonatal de Cúcuta. " 3 de marzo de 2014, 4+19 pm: paciente tranquilo sincrónico. Igual parámetros ventilatorios, mejoría de la hipoventilación pulmonar izquierda. Parámetros ventilatorios. T. Esp 75, P. Insp 17, FI02 80, FR 53, T. Insp.4, R i/e 1,9, PEEP 4,0. Tratamiento: Se continúa con descenso de FI02 70% TOLERA. Se aspira cavidad bucal. 14 horas: Paciente en pre salida a remisión, se instala en ventilador de transporte por 10 min. Tolera. SPO2:91%. FC 134 por minuto. 16+13 horas sale paciente en remisión con ambulancias aéreas. SPO2: 92, FC 140 x min. Profesional: José Numael Becerra. (folio 700), (1249).

35. Señale si esta remisión fue oportuna, adecuada y perita?

Como señalamos desde que nació la menor hubo la orden del especialista pediatra de remitirla a una UCI neonatal y se registraron los grandes esfuerzos que hizo el Hospital de SARARE toda la noche del 02 de marzo y durante el día del 03 de marzo para que se concretara la remisión. "...02 de marzo de 2014, 02+45: envío soporte de remisión a correo de la cardio infantil, la cardio de Bucaramanga, UCI Dumian, UCI del Hospital de Granada, a la FOSCAL, Clínica de Bucaramanga, después llamo a la clínica materno infantil, a las 2:53 no me contestan 430026, después a la cardiovascular 396767 a las 2:55, después al hospital universitario de Santander 3446110 a las 3 am y no me contestan a las 3:05 llamo nuevamente a la cardio vascular 396767, donde me responde Johana González quien me dice que en el momento no cuentan con UCI neonatal, que le envíe la remisión y que nuevamente se comuniquen el día de hoy como a las 9 am para saber si de pronto ya hay cupo.... A las 6+34 de la mañana del 03 de marzo de 2014 registra aceptada en la UCI neonatal DUMIAN de Cúcuta". Análisis: La remisión se decidió tan pronto nació la menor y se hicieron grandes esfuerzos por parte del HOSPITAL EL SARARE para remitirla a una UCI pediátrica neonatal.

(...)

39. Señale si en la UCI DUMIAN NEONATAL DE CUCUTA se detectó fractura completa de clavícula izquierda? A que se debió?

Respuesta: Efectivamente durante la toma de una radiografía de tórax se detectó la fractura de clavícula izquierda. Al respecto hay que decir: a. Parece un hallazgo incidental, ya que al examen físico en el Hospital de Sarare se habla de "miembros superiores móviles folio 695), (folio 1244). b. Y en la UCI NEONATAL DE DUMIAN no se hacer referencia a signos clínicos asociados a este hallazgo. ¿A qué se debió? Las fracturas de clavícula son las más comúnmente reportadas en neonatos, la incidencia por trauma al nacer está entre 0.5-1.6%. A menudo se asocian a dificultad en el parto vaginal; sin embargo, también pueden ocurrir después de un parto vaginal normal o de una cesárea. Los factores de riesgo reportados para fracturas de clavícula incluyen: parto instrumentado, distocia de hombros (dificultad para la extracción de los hombros), edad materna avanzada (igual o mayor a 35 años), peso al hacer mayor a

4000 gramos, y relación circunferencia cefálica/abdominal menor de la media. Como las fracturas de clavícula en niños curan espontáneamente sin secuelas a largo plazo, darle tranquilidad de los padres y analgesia para disminuir el dolor, son suficientes para su manejo.

(...)(subraya de la sala)

40. Señale como evolucionó la menor y qué causó su muerte? En qué fecha y hora falleció y en que estado?

Respuesta: Murió el día 4 de marzo de 2014 a las 3+35 pm. Evolucionó muy mal, el cuadro de dificultad respiratoria empeoró, hacia desaturaciones frecuentes (saturación arterial de oxígeno y/o de la hemoglobina bajas), y bradicardias (baja de la frecuencia cardíaca) muere por la hemorragia pulmonar asociada al cuadro de dificultar respiratoria secundario a su vez de su prematuridad extrema. "4 de marzo de 2014: 15:58. Recibo paciente prematuro extremo, en malas condiciones generales, conectado a ventilación mecánica con parámetros elevados, desaturado durante toda la mañana entre 41-72%. A las 11 am se le administra la primera dosis de surfactante pulmonar, presentando bradicardias hasta 94 por minuto a pesar de infusión de adrenalina, mal perfundido, con dobutamina en infusión a 8 mcg/kg/min, hipotérmico con medios físicos, hipotenso. A las 2+45 pm presenta bradicardia severa de 54 por minuto, no registra tensión arterial y desaturación hasta 34%, por lo que se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar, recupera FC hasta 78 x min, se aumenta a la infusión de adrenalina a 1 cc /hora, y se precede a realizar pruebas de neumotórax que resultan negativas. Posteriormente recae con FC de 54 x min por lo que se inician nuevamente pruebas de reanimación cardiopulmonar, se observa salida de sangre a través de TET abundante, se aplica adrenalina 3 dosis, en vista de no obtener respuesta se da DX DE MUERTE a las 3:35 pm, se llama a la madre y se le informa su estado actual, se realiza certificado de defunción. Diagnósticos de egreso: Hemorragia pulmonar no especificada, originada en el periodo neonatal, recién nacido pretérmino, Dificultad respiratoria del recién nacido no especificada. Remitido a Morgue. Profesional Yennis Mauren Ramos Alvarez, Pediatra". (subraya de la sala).

41. Señale para cada Institución como influyeron sus conductas y actuar en la muerte de la menor? Explique detalladamente.

Por lo explicado en el desarrollo del cuestionario, en la revisión de la historia de Clínica La Unidad y Hospital El Sarare y su correlación con lo descrito por la literatura médica, no se encuentran elementos que permitan determinar la existencia de relación de causalidad entre la atención médica prestada a la gestante, el parto prematuro y la muerte de la recién nacida.

En cuanto a la atención médica en la UCI PEDIATRICA DUMIAN: 1. La menor llegó en condiciones muy críticas a dicha unidad, su prematuridad extrema se asociaba a severa dificultad respiratoria, inestabilidad cardiovascular y respiratoria, la atención a la menor fue adecuada de acuerdo a la bibliografía estudiada, pero por su condición clínica fallece en menos de 24 horas. Era de su ingreso. 2.

En cuanto a la presenta "aspiración masiva de líquido amniótico", nunca se consideró ese diagnóstico por los pediatras que atendieron la menor. Su cuadro clínico es consistente con Síndrome de dificultad respiratoria por Enfermedad de membrana hialina. 3. En lo referente al suministro de surfactante, se hizo una vez en el Hospital El SARARE y otra en la UCI neonatal DUMIAN, la bibliografía consultada informa que está dentro de la norma de atención el uso de este medicamento para el cuadro clínico que presentaba la menor y se puede administrar más de una vez.

CONCLUSIÓN

Por lo explicado en el desarrollo del cuestionario, en la revisión de la historia de Clínica La Unidad y Hospital El Sarare y su correlación con lo descrito por la literatura médica, NO se encuentran elementos que permitan determinar la existencia de relación de causalidad entre la atención médica prestada a la gestante, el parto prematuro y la muerte de la recién nacida.

(...)

109.El anterior dictamen fue objeto de contradicción en audiencia de pruebas de pruebas del 10 de junio de 2021, diligencia en la que el Doctor Oscar Armando Sánchez Cardozo manifestó las conclusiones a las que llegó, resolvió las preguntas del caso y ratificó lo expresado en el dictamen manifestando que ..evaluado el cuadro clínico la prematurez extrema de la niña fue la causa preponderante, el hecho que se haya demorado unas horas la remisión de la menor creo que no incidió de manera significativa en la evolución, en el desenlace fatal de la menor”.

110.Además en cuanto al manejo brindado a la menor precisó: “Según lo que encontré de las notas de enfermería y las notas de pediatría se le hizo un manejo bastante diligente a la menor todo el tiempo a pesar de las condiciones tan críticas en que nació, porque nació en paro respiratorio y con bradicardia es decir con una frecuencia cardiaca muy bajita y poco reactiva, a pesar de todo eso se le fue valorada por pediatría, se le paso un tubo endotraqueal, un tubo que fuera a los pulmones para oxigenar adecuadamente a la niña, se le dio una sustancia que es especial para niños prematuros que se llama surfactante y en general y en lo que yo conozco y en las limitaciones que tengo como médico general, considero que se le hizo una atención cuidadosa por parte de este especialista tratante el doctor José Alfredo Martínez Martínez, el pediatra del hospital”.

111. Por su parte, cuando se le indagó sobre si el parto prematuro se hubiese podido evitar, a fin de lograr dar más tiempo de desarrollo al neonato indicó, que

era un trabajo de parto pretérmino en curso y ya no había manera de echar vuelta atrás.

112. En este punto, la sala indicará que el dictamen pericial aportado por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses sobre la atención recibida por la hoy accionante en su proceso de gestación y posterior atención de la recién nacida fue solicitado por la parte demandante, y así se decretó en audiencia de inicial del 3 de abril de 2019. Por auto del 25 de febrero de 2021, el a quo corrió traslado a las partes de dicho dictamen por el término de 3 días, a partir de su notificación la cual según expediente digital se surtió el 26 de febrero de la misma anualidad, luego los 3 días vencían el 3 de marzo de 2021.

113. Mediante memorial del 3 de marzo de 2021, la parte actora radicó escrito indicando: “Objeción por error grave en contra del peritaje puesto en conocimiento emitido por el INML y CF, y por ende en contra de las conclusiones del peritaje”, indicando “por lo anterior referido, no podía el perito médico del INML y CF concluir como lo hizo, en la pericial, que la Clínica La Unidad S.A.S., el Hospital del Sarare, Dumian Medical SAS y el Hospital Erasmo Meoz, no influyeron de manera determinante en la muerte del fruto de la señora Bibiana Andrea Ramírez Zapata muriera; y que de manera contraria su actuar se ciñó a lo requerido en el caso”.

114. En ese orden, mediante memorial del 9 de abril de 2021, el demandante aportó nuevo dictamen pericial suscrito por la Dra. Diana Paola González Valencia médica especialista en ginecología y obstetricia; dictamen que el a quo puso en conocimiento de las partes mediante auto del 21 de abril de 2021.

115. Teniendo en cuenta lo anterior y que el a quo no se refirió en la sentencia a la objeción, advierte la sala que si bien al momento del decreto de pruebas se encontraba vigente en entonces artículo 220 del CPACA⁸, el cual reguló el trámite

⁸ ARTÍCULO 220. *CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN APORTADO POR LAS PARTES*. Para la contradicción del dictamen se procederá así:

1. En la audiencia inicial se formularán las objeciones al dictamen y se solicitarán las aclaraciones y adiciones, que deberán tener relación directa con la cuestión materia del dictamen. La objeción podrá sustentarse con otro dictamen pericial de parte o solicitando la práctica de un nuevo dictamen, caso en el cual la designación del perito se hará en el auto que abra a prueba el proceso. También podrá sustentarse solicitando la declaración de testigos técnicos que, habiendo tenido participación en los hechos materia del proceso, tengan conocimientos profesionales o especializados en la materia.

2. Durante la audiencia de pruebas se discutirán los dictámenes periciales, para lo cual se llamará a los peritos, con el fin de que expresen la razón y las conclusiones de su dictamen, así como la información que dio lugar al mismo y el origen de su conocimiento. Los peritos tendrán la facultad de consultar documentos, notas escritas y publicaciones y se pronunciarán sobre

de la objeción al dictamen, lo cierto es que para que prospere la objeción del dictamen pericial por error grave se requiere la existencia de una equivocación de tal gravedad o una falla que tenga entidad de conducir a conclusiones igualmente equivocadas. Así mismo, se ha dicho que éste se contrapone a la verdad, es decir, cuando se presenta una inexactitud de identidad entre la realidad del objeto sobre el que se rinda el dictamen y la representación mental que de él haga el perito. Sin embargo, se aclara que no constituirán error grave en estos términos, las conclusiones o inferencias a que lleguen los peritos, que bien pueden adolecer de otros defectos.

116.En otros términos, la objeción por error grave debe referirse al objeto de la peritación y no a la conclusión de los peritos.

117.La Sección Tercera de esta Corporación, en sentencia de 8 de febrero de 2017, precisó sobre la procedencia del error grave lo siguiente:

“[...] la objeción que las partes pueden formular contra el dictamen pericial procede por “error grave que haya sido determinante de las conclusiones a que hubieren llegado los peritos o porque el error se haya originado en éstas”. Vale decir, debe tratarse de un error de tal magnitud que, “de no haberse presentado, otro hubiera sido el sentido del dictamen rendido por los peritos”, por lo cual, el yerro debe ser tan significativo que las conclusiones a las cuales conduzca sean ostensiblemente equivocadas.

En torno a los presupuestos de este mecanismo de contradicción probatoria, esta Corporación ha señalado:

la objeción por error grave procede no por la deficiencia del dictamen ante la falta de fundamentación o sustento técnico y científico o por la insuficiencia o confusión de los razonamientos efectuados por los peritos, sino por su falencia fáctica intrínseca, a partir de la cual no puede obtenerse un resultado correcto, por cuanto parte de premisas falsas o equivocadas en relación con el objeto mismo materia de la experticia, ‘(...) pues lo que caracteriza desaciertos de ese linaje y permite diferenciarlos de otros defectos imputables a un peritaje, (...) es el hecho de cambiar las cualidades propias del objeto examinado,

las peticiones de aclaración y adición, así como la objeción formulada en contra de su dictamen. Si es necesario, se dará lectura de los dictámenes periciales.

Al finalizar su relato, se permitirá que las partes formulen preguntas a los peritos, relacionadas exclusivamente con su dictamen, quienes las responderán en ese mismo acto. El juez rechazará las preguntas capciosas, sugestivas o impertinentes. Luego el juez podrá interrogarlos.

3. Cuando la prueba pericial hubiese sido decretada por el Juez, se cumplirá el debate de que trata el numeral anterior en la audiencia de pruebas. En esa misma audiencia, las partes podrán solicitar adiciones o aclaraciones verbales al dictamen y formular objeción por error grave, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 222 de este Código.

o sus atributos, por otras que no tiene; o tomar como objeto de observación y estudio una cosa fundamentalmente distinta de la que es materia del dictamen, pues apreciando equivocadamente el objeto, necesariamente serán erróneos los conceptos que se den y falsas las conclusiones que de ellos se deriven, de donde resulta a todas luces evidente que las tachas por error grave (...) no pueden hacerse consistir en las apreciaciones, inferencias, juicios o deducciones que los expertos saquen, una vez considerada recta y cabalmente la cosa examinada. Cuando la tacha por error grave se proyecta sobre el proceso intelectual del perito, para refutar simplemente sus razonamientos y sus conclusiones, no se está interpretando ni aplicando correctamente la norma legal y por lo mismo es inadmisibles para el juzgador, que al considerarla entraría en un balance o contraposición de un criterio a otro criterio, de un razonamiento a otro razonamiento, de una tesis a otra, proceso que inevitablemente lo llevaría a prejuzgar sobre las cuestiones de fondo que ha de examinar únicamente en la decisión definitiva

De lo anterior se sigue que, para que prospere la objeción por error grave, la experticia debe haber cambiado las cualidades del objeto examinado o haber tomado como objeto de estudio una cosa fundamentalmente distinta de la que es materia del dictamen y, no, como lo pretende la entidad objetante, que los razonamientos que hizo y las conclusiones a las que llegó el perito no estuvieran respaldadas por avanzados estudios o por medios probatorios adicionales a los presentados por el perito [...]”.

118. Con base en lo anterior, la Sala precisa que el error grave procede, entonces, en aquellos eventos en los cuales el dictamen incurra en ostensibles yerros entre lo que era su objeto y lo realmente estudiado, de lo que se sigue que el perito ha ido en contra de la naturaleza o la esencia del objeto de prueba, contraponiéndolo con la realidad.

119. Por lo tanto, el error debe presentarse en el proceso de elaboración de la prueba y **no en las conclusiones de la misma**, puesto que estas últimas son resultado del proceso de confección de la experticia, por lo cual es la alteración de la realidad en el mismo lo que conduce a una equivocación que devenga en conclusiones equivocadas.

120. Determinado el marco que rige la objeción por error grave del dictamen pericial, y teniendo en cuenta que las razones planteadas por el demandante en la objeción del dictamen pericial que él mismo solicitó y rindió el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forense en el caso sub judice sobre la atención médica brindada a la demandante con base a todas las historias médicas aportadas, radica en las conclusiones resulta imposible la valoración del nuevo dictamen aportado como

medio para llegar a la realidad material de lo que se califica como error grave, y en ese orden en esta instancia no se valorará el dictamen suscrito por la Doctora Diana Paola González Valencia en cuanto a la *lex artis* o atención médica brindada a Bibiana Andrea Ramírez Zapata en su proceso de gestación y de su hija recién nacida.

121. De otra parte, encuentra esta colegiatura que dentro del proceso rindió declaración el galeno José Alfredo Martínez, quien sobre las condiciones en las que nació Allison Eyleen Villamizar Ramírez reveló:

Una recién nacida como dije anteriormente muy prematura, prematura extrema, todo recién nacido que nace menos de veintiocho semanas se considera prematuro extremo con un peso que estaba colindando en el límite de la viabilidad alrededor de los seiscientos gramos, nació en muy malas condiciones generales, paciente que por sus propios medios no era posible que de pronto pudiera seguir adelante con sus signos vitales, por lo que necesitó reanimación cardiopulmonar tanto básica como avanzada es decir maniobras de reanimación, de oxigenación y medicamentos y necesitó por supuesto intubación o asistencia ventilatoria mecánica, traslado a la unidad de cuidado intensivo neonatal y hacer todo el soporte de medicamentos y soporte básico para tratar de mantenerlo con vida debido, a que por la prematurez extrema y por el peso son recién nacidos que tienen una muy baja probabilidad de sobrevivencia y debido a que no tienen madurez en ninguno de sus órganos en especial los pulmones, cerebro, riñones y toda la parte cardiovascular entonces estos pacientes necesitan mucho apoyo terapéutico y tienen un pronóstico muy malo, realmente sea el nivel de atención que se esté prestando, ya sea en segundo, tercer o cuarto nivel de atención la posibilidad de avance o sobrevida es muy muy poco probable por las condiciones que le estoy comentando.”

122. Posteriormente en cuanto a la remisión de la paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, y los tiempos de la remisión refirió:

“...tengo que hacer aquí de pronto la salvedad de que Arauca es un municipio que está alejado geográficamente de los centros de referencia más cercanos que son Cúcuta, Bucaramanga donde atienden a los recién nacidos o los pacientes de cualquier otro tipo y que el traslado debe ser aéreo medicalizado, ósea ambulancia aérea y que debido a que el aeropuerto de este municipio no funciona las veinticuatro horas, sino que hacen una suspensión creo que por cuestiones de la Aerocivil, eso es algo ya nacional no funciona en las noches, entonces cuando nosotros hacemos la remisión la primera obligación que tenemos es estabilizar al paciente y no someterlo a un traslado que en condiciones en las que no estaba estable, sometiéndole al riesgo de que complique durante el transporte, cuando estamos hablando de un transporte terrestre que

prácticamente nunca lo solicitamos terrestre debido a lo que le estoy exponiendo, entonces en ese proceso de la remisión, se presta toda la atención disponible en nuestra institución mientras se cumplen unos trámites de tipo administrativo para el traslado efectivo del paciente, que es el trámite administrativo, que la empresa que está cobijando a la señora y en este caso al recién nacido autorice la remisión, que el sitio donde lo van a recibir tenga la disponibilidad de una UCI neonatal con su cupo asignado para poder recibir al paciente de tal forma que si en una unidad no hay cupo hay que seguir buscando en otras unidades de tal forma que se consiga un cupo y que la empresa promotora de salud autorice si tiene convenio con ese cupo o si no tiene convenio con esa institución autorice el traslado del paciente, una vez le consiguen el cupo en un tercer nivel tiene que seguir otro trámite que es autorizar el traslado en cuando es aéreo medicalizado tiene la particularidad de que por lo menos Saravena e incluso Arauca capital es un poquito dispendioso y casi siempre demorado el trámite de la autorización del avión ambulancia y una vez que lo autorizan queda uno sujeto al horarios y a las condiciones climáticas y de otro tipo que obviamente no son competencia nuestra como tal.” (Subraya de la sala)

123. Así mismo, reposa dentro proceso la declaración del Médico Especialista en Ginecología Dr. Cesar Augusto Barragán Rueda, quien sobre la atención brindada a Bibiana Andrea Ramírez Zapata el 28 de febrero de 2014 manifestó: ..valoró a la paciente el 28 de febrero de 2014 por interconsulta paciente de aproximadamente 24 semanas de edad gestacional quien refiere dolor tipo contracción y que había expulsado moco por la vagina. Ordena una serie de exámenes básicos para descartar proceso infeccioso de una posible amenaza de parto pretérmino. Refiere realizó también una ecografía a la paciente con biometrías fetales y un procedimiento que se llama cervicometría que mide el cuello del útero para determinar el riesgo o posibilidad de parto pretérmino. La paciente decía que expulsaba moco por la vagina, sin embargo, comenta que recuerda que el cuello estaba cerrado sin cambios significativos, no se observó sangrado, no se encontró contracciones, se le realizó una telemetría que identifica la presencia de contracciones. Indica que el plan fue dejar a la paciente en observación toda la tarde, se le suministraron medicamentos para prevenir la posibilidad de que si llegase a presentar contracciones se detuviera. Finalmente refiere que al momento de la salida la paciente comentó estar asintomática.

124. En igual sentido al ser interrogado sobre si la paciente el 28 de febrero de 2014, presentó alguna infección urinaria, contestó que conforme los laboratorios realizados la paciente no tenía infección urinaria. También explicó que el resultado de la cervicometría era el examen que determinaba la longitud de la cerviz, en la

paciente arrojó resultado de 37 mm, lo cual indica que no tenía cambios significativos pues el riesgo inicia cuando se encuentra por debajo de 25 mm. Así con el ILA el cual mide el líquido amniótico, en la paciente dicho resultado reveló 12, lo que significa normal para la edad gestacional de la paciente; además sobre el test de lecho prueba de laboratorio que determina la salida de líquido amniótico por el cuello, para la paciente fue negativo. Por último, en cuanto a si el 28/02/2014 la paciente requirió una remisión un nivel de mayor complejidad el galeno manifestó que no pues se trataba de una patología de manejo de un nivel II de complejidad, máxime cuando los resultados realizados a la misma fueron normales, y al momento de su salida indicó estar asintomática.

5.Del caso concreto

125.Procede la sala analizar si en el caso se configurar los elementos necesarios para imputar responsabilidad a los accionadas así:

5.1.Del daño

126.De conformidad con la demanda, los daños cuya reparación se pretende fueron generado presuntamente por la falla del servicio en la atención médica brindada a Bibiana Andrea Ramírez Zapata en el Hospital de Sarare ESE, Clínica de la Unidad SAS, Unión Temporal UT Oriente R5, con ocasión a la falla de la presentación del servicio médico brindado a Bibiana Andrea Ramírez Zapata cuando ingresó el 28 de febrero de 2014 y posteriormente el 2 de marzo de la misma anualidad con 24 semanas de gestación por presentar dolor y expulsión de moco vaginal con sangre, lo cual terminó en un parto pretérmino y el posterior fallecimiento de la recién nacida Allison Eyleen Villamizar Ramírez

127.En el caso concreto, se afirmó que el daño lo constituye el fallecimiento de la recién nacida Allison Eyleen Villamizar Ramírez, circunstancia que se encuentra acreditada conforme las historias clínicas arrimadas al proceso y el registro civil de defunción razón por la que no existe duda ni es materia de discusión la existencia del daño.

5.2. La imputación

128. Acreditada la existencia del daño, la Sala pasa a hacer el análisis de imputación, con el fin de establecer si en el caso concreto dicho daño le puede ser atribuido a las entidades demandadas y, por ende, si esta tiene el deber jurídico de resarcir los perjuicios que del mismo se derivan.

129. La demanda se estructuró hacia la configuración de una falla del servicio por la atención brindada a Bibiana Andrea Ramírez Zapata, al ingresar al servicio de urgencias de la Clínica La Unidad SAS de Saravena Arauca – Hospital de Sarare ESE el 28 de febrero de 2014 y el 2 de marzo de la misma anualidad por presentar expulsión de moco con sangre y posterior parto pretérmino, cuyo resultado fue el nacimiento de Allison Eyleen con 24 semanas de gestación y continua muerte de la recién nacida.

130. Así las cosas, la víctima no solo tiene el deber de demostrar que el daño fue causado por la atención brindada por una entidad pública o del profesional de la salud que se encuentra vinculado a la administración, ya que también debe aportar los medios de prueba necesarios que demuestren la antijuridicidad del daño para que sean valorados por el juez conjuntamente, pero atendiendo un principio de equidad por la dificultad de acceso o de información de cierta información atinente al tratamiento.⁹

131. En el proceso, se encuentra probado que Bibiana Andrea acudió el 28 de febrero de 2014 a las 10:30 horas al servicio de urgencias de la Clínica La Unidad SAS, por presentar salida de material mucoso con sangre, al examen físico sin actividad uterina, y cambios cervicales. Se determina amenaza de parto pretérmino por lo que es remitida a valoración por ginecología de manera inmediata en el Hospital de Sarare ESE.

132. Según historia clínica del Hospital del Sarare ESE el 28 de febrero de 2014, a las 12:02 fue remitida de la Unidad Médica Bibiana Andrea Ramírez Zapata con cuadro de 4 horas aproximadamente de expulsión de tapón mucoso. Al examen físico se indica paciente de 24.2 semanas por presunto cuadro de amenaza de parto

⁹ Sentencia del Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Proceso 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio, 31 de agosto de 2006.

pretérmino, se solicita laboratorios para descartar infección, ecografía obstetricia para determinar bienestar fetal y medir el ILA o líquido amniótico, y cervicometria¹⁰

133.Conforme a la ecografía obstétrica se determinó adecuada ILA de 12 y bienestar fetal, además cervicometría de 37 mm con baja posibilidad de parto prematuro, sin embargo, se ordenó suministrar Nifedipina¹¹ de 30 mg cada 12 horas; y tocodinamometría¹² sin resultados positivos. Una vez la paciente refirió sentirse asintomático se ordenó salida.

134.La anterior atención coincide con lo relatado en audiencia de pruebas por el Dr. Cesar Augusto Barragán Rueda, Médico Ginecólogo que atendió a la paciente el 28 de febrero de 2014 en el Hospital de Sarare ESE, quien manifestó que pese a que la paciente ingresó remitida de la unidad médica por haber referido salida de líquido mucoso de la vagina, a los exámenes realizados se descartó proceso infeccioso y trabajo de parto, pues la cervicometría reportó en 37 mm cuando explicó que el riesgo es menor a 25mm¹³, el líquido amniótico o ILA en 12 normal para su edad gestacional, ecografía con bienestar fetal, tocodinamometría sin respuesta a contracciones, razón por la que se dejó en observación se suministró medicamento para tardar detener un trabajo de parto prematuro, y cuando manifestó no tener síntomas se otorgó salida.

135. Más adelante, el 2 de marzo de 2014 acudió nuevamente al servicio de urgencias de la Clínica la Unidad SAS a las 18:46 horas, con dolor y sangrado vaginal, dolor hipogástrico que irradia a la región lumbar. Al examen físico cambios cervicales con borramiento se ordena remisión para valoración por ginecología; por lo que ingresa al servicio de urgencias del Hospital de Sarare ESE a las 8:22 pm por trabajo de parto pretérmino inminente en las próximas 72 horas, se comunica a ginecólogo quien notifica a los familiares las consecuencias y el pobre desenlace del fruto de la gestación -escasas probabilidades de vida. Se lleva a sala de parto,

¹⁰ Es un estudio ecográfico que se realiza por vía transvaginal y permite evaluar las características del cervix (cuello) uterino materno, con el objeto de establecer el riesgo de parto prematuro durante la gestación y poder de esta manera instaurar una terapéutica o manejo para tratar de disminuir el riesgo posibilidad de un parto prematuro cuando el riesgo del mismo es elevado. Tomado de : <https://sonofetal.com/cervicometria-medellin-sonofetal/#:~:text=Es%20un%20estudio%20ecogr%C3%A1fico%20que,disminuir%20el%20riesgo%20o%20la>

¹¹ Medicamento utilizado para detener el trabajo de parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación. Ver: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582877/#:~:text=La%20nifedipina%20es%20un%20medicamento,\(trabajo%20de%20parto%20prematuro\).](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582877/#:~:text=La%20nifedipina%20es%20un%20medicamento,(trabajo%20de%20parto%20prematuro).)

¹² dispositivo sensible a la presión llamado tocodinamómetro para medir la longitud, la frecuencia y la fuerza de las contracciones uterinas. Ver: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=fetal-heart-monitoring-92-P09290#:~:text=En%20el%20abdomen%20de%20la,fuerza%20de%20las%20contracciones%20uterinas.>

¹³ Según la Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia Junio 2009-2012, mujeres con cervicometría por encima de 25 mm como en el caso, la probabilidad de un parto antes de 48 horas o de 7 días tiende a cero. Ver: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/59/59>

se recibe recién nacido en posición podálico¹⁴, se entrega a pediatría quien indica nacida vivo de sexo femenino el 2 de marzo a las 08:50 pm, peso 600 gramos y tallo 28, se determina prematuridad extrema se inician maniobras de estimulación avanzado, se solicita traslado urgente a Uci neonatal en avión ambulancia.

136. Sobre el proceso de remisión del recién nacido se indica conforme a la bitácora que el mismo 2 de marzo de 2014 a las 10:08 se tramitó la solicitud No, 4813 de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, indicándose recién nacido con prematuridad extrema malas condiciones generales, con ventilación mecánica asistida controlados. A las 4:28 a.m. del 3 de marzo se dio respuesta positiva por parte de Uci Neonatal de HUEM DUMIAN MEDICAL, y a las 7:27 am se inician los trámites administrativos con la unión temporal La Foscal, y las 9:09 am ya se contaba con la autorización para el traslado de la Uci Dumian Cúcuta; restando el reporte de ambulancias aéreas sobre la hora de llegada del avión al Aeropuerto de Saravena Arauca. Más tarde a las 13:37 horas del 3 de marzo Ambulancias Aéreas de Colombia reporta llegada del avión a las 3:00 pm para surtir el traslado.

137. En este punto en particular sobre el trámite de la remisión y del cual la parte actora insiste en un retardo en el mismo y por ende en una pérdida de oportunidad, encuentra la sala que si bien Allison Eyleen nació el 3 de marzo a 8:50 pm, una vez recibida por pediatría se ordenó su remisión a Uci neonatal, razón por la que a las 10:08 pm, es decir, una hora después de su nacimiento se inició el trámite de la remisión, y fue hasta las 4:28 am del 3 de marzo de 2014 que fue aceptada por la UCI Neonatal de DUMIAN Cúcuta; a las 7: 27 am se procedió con el trámite administrativo de autorización con la Unión temporal Foscal el cual estaba autorizado a las 9:00 am, y a las 1:37 pm del 3 de marzo Ambulancias de Colombia indicó que el avión llegaba al Aeropuerto de Saravena a las 3:00 pm.

138. Entonces, si bien el traslado tardó aproximadamente 14 horas en efectuarse, no puede la sala dejar de lado lo expuso por el galeno José Alfredo Martínez en audiencia de pruebas cuando refirió que los traslados desde Arauca dada su ubicación geográfica son aéreo medicalizados, por ende no depende exclusivamente del trámite administrativo el cual a consideración de la sala para el caso fue razonable, sino también dependen de las labores del aeropuerto del municipio el cual no opera en las noches, y con restricciones horarias establecidas

¹⁴ Posición de nalgas

por la Aeronáutica civil que son exógenas al personal médico, máxime cuando se tiene que la ambulancia aérea salió de Bogotá a Saravena tal y como lo reseña la factura del servicio aportada al proceso y de Saravena a Cúcuta.

139.En otras palabras desde la razonabilidad y atendiendo la ubicación geográfica de Saravena Arauca, los trámites administrativos para la remisión los cuales se repite fueron oportunos y no dilatorias, hay que tener en cuenta que el traslado de Allison Eyleen también dependía de factores externos como la operabilidad del aeropuerto del municipio y las autorizaciones de los mismos, que como se indicó salen de la facultan del personal médico y por ende de la Unión Temporal Regional quien autorizó el servicio tanto de la uci neonatal como del traslado en ambulancia aérea, gestión que una vez autorizada pendía de la empresa Ambulancias Aéreas de Colombia, quien indicó que la aeronave llegaba al municipio a las 3:00 pm proveniente de Bogotá.

140.En ese orden, resulta forzado exigir a la prestadora del servicio de salud de los profesores del Magisterio Unión Temporal UT Oriente R5 que el traslado se hubiese efectuado en menor tiempo del ocurrido, pues como se probó desde el nacimiento de la menor a la materialización del mismo ocurrieron aproximadamente entre 14 y 16 horas, tiempo razonable dada las condiciones del tipo de traslado solicitado, y en ese orden no se puede indicar que se configuró una pérdida de oportunidad porque el traslado no se dio en tiempo, y mucho menos una falla del servicio en el proceso de remisión que conllevó a la muerte de la menor, máxime cuando dentro del proceso no existe prueba que de haberse efectuado el mismo antes del tiempo requerido su estado de salud hubiese mejorado o evitado la muerte, cuando desde el nacimiento de la niña se indicó su mal estado y pocas probabilidades de vida dada su prematurez extrema.

141.Sobre la atención que recibió Allison Eyleen al nacer, tampoco encuentra la sala reparo alguno o falla probada, pues una vez fue recibida por pediatría se estabilizó, se dio manejo con ventilación mecánica y se ordenó remisión a Uci neonatal, la cual una vez se surtió la paciente recibió toda la atención requerida para su patología en la Uci de Dumia Cúcuta, donde arribó a las 19:00 horas y conforme la historia clínica su estado era severo dada su prematurez extrema, se realiza intubación, se conecta a ventilación mecánica con parámetros elevados, se refiere que en la mañana del 4 de marzo presenta desaturación, y a las 11:00 am se le suministra la primera dosis de surfactante pulmonar. A las 2:45 pm presentad

bradicardia y desaturación por lo que se dio inició a reanimación cardio pulmonar recuperando frecuencia cardiaca hasta 78 latidos por minuto, se realiza prueba neumotórax resultado negativo. Posteriormente recae con frecuencia cardiaca de 54 latidos por minuto, se inician nuevas labores de reanimación sin respuesta, se determina muerte a las 3:35 pm.

142.Respecto de la fractura de clavícula de la menor tal y como lo explicó el dictamen pericial de medicina legal y como explica la ciencia médica¹⁵ la clavícula es el hueso más frecuentemente fracturado en el parto, lo cual afecta su tercio medio, lesión que puede relacionarse a la edad gestacional, dificultad en el parto vaginal y peso del recién nacido, **más no puede considerarse como una mala práctica**, pues dicha circunstancia ha sido desvirtuada al demostrarse que es un hecho inevitable y sin secuelas que no puede ser utilizado como indicador de calidad asistencial, veamos:

“La clavícula es el hueso más frecuentemente fracturado en el parto, afectándose preferentemente su tercio medio, y variando la frecuencia reportada entre el 0,2 y el 3,5% Está relacionado con el peso de los RNs, la presentación en el parto, la existencia o no de distocia de hombro, la edad gestacional (EG), la paridad, etc.; además un número no determinado de casos se detectan días o semanas después del nacimiento, evidenciándose por la presencia de un callo óseo en la clavícula afectada. La identificación de fractura de clavícula en un recién nacido por demás sano **no está asociado a mala praxis de parto; ha sido demostrado que es un hecho inevitable y sin secuelas por lo tanto no puede ser indicador de calidad de atención asistencial.**

5.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS • Gestante primípara. • Desproporción cefalopélvica. • Macrosomía fetal. • Distocia de hombros. • **Presentación podálica**

(...)”(negrilla de la sala)¹⁶

143.En ese orden, atendiendo que dicha lesión no es consecuencia de una mala práctica en el parto, sino causa de factores de riesgo dentro de los que se encuentra la presentación podálica posición en la que nació Alison Eyleen, no es posible determinar que la misma ocurrió con ocasión a una mala praxis, razón por la cual por la misma tampoco hay lugar a imputar responsabilidad.

¹⁵ Ver: La fractura de clavícula en recién nacido en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/46-4-28.pdf>

¹⁶https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/13_GU%C3%8DA%20DE%20PR%C3%81CTICA%20CL%C3%8DNICA%20PARA%20EL%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20FRACTURA%20DE%20CLAV%C3%8DCULA%20EN%20RECI%C3%89N%20NACIDO.pdf

144.En ese orden, en **cuanto a la atención medica brindada a la menor Alison Eylen, y el proceso de remisión de la menor no encuentra la sala omisión o falla en la prestación del servicio médico imputables a las accionadas**, por el contrario, como se observó se adelantó los trámites respectivos para que la recién nacida desde el momento del parto recibiera la atención médica requerida en una unidad de cuidados intensivos neonatal.

145.Ahora en cuanto a la atención brindada a Bibiana Andrea Ramírez -madre- el 28 de febrero de 2014 cuando ingresó al servicio de urgencias del Hospital de Sarare ESE remitida de la Clínica la Unidad por presentar amenaza de parto pretérmino, encuentra la sala que conforme a los exámenes médicos realizados y la declaración del ginecólogo que la recibió Dr. Cesar Augusto Barragán Rueda, al examen físico **no se halló actividad uterina**, como tampoco cambios cervicales, urología sin signos de infección urinaria, hemograma normal, prueba de hehecho para la detección de líquido amniótico en vagina negativo, medición de cuello uterino en 37 mm, **sin embargo, se suministró tratamiento con farmacológico con nifedipina para evitar las contracciones**, no obstante, **no se suministró corticoide para el maduración pulmonar del bebé** en razón a que se consideró **no había** amenaza de parto pretérmino en la siguiente semana.

146. Para las pacientes que llegan con posible amenaza de parto pretérmino la ciencia médica indica, que uno de los medicamentos que el médico puede recomendar en su tratamiento es el corticoide para la maduración pulmonar del feto, así:

“...El ACOG y el Ministerio de Salud de Colombia recomiendan un ciclo de corticoides en mujeres con embarazos simples o múltiples, entre las semanas 24 y la 34, o que se encuentren en riesgo de parto pretérmino espontáneo o iatrogénico dentro de los siguientes 7 días.. Se pueden considerar en edades gestacionales entre 23 y 23 semanas y 6 días que tengan riesgo de parto pretérmino (nivel C). Los fetos con RCIU entre las semanas 24 a 35 semanas y 6 días con riesgo de parto deben recibir un ciclo único de corticoides antenatales, ya que hay evidencia de que los corticoides tienen un efecto en el flujo cerebral (nivel C). Los corticoides tienen efecto entre las 24 horas a 7 días después de la administración de la segunda dosis.

(...)

147.En ese orden entiende la sala que **era dable** suministrarle a Bibiana Andrea Ramírez el 28 de febrero de 2014, cuando allegó con amenaza de parto pretérmino

al Hospital de Sarare ESE corticoides **a fin de lograr** una maduración pulmonar de la bebé, **sin embargo, atendiendo que de las pruebas obrantes en el expediente NO es posible determinar con certeza que si a Bibiana Andrea se le hubiera suministrado el 28 de febrero de 2014 la primera dosis de corticoide para la maduración pulmonar de la bebé, hubiera logrado su maduración pulmonar y evitado el deceso de la recién nacida, lo cierto es que se le restó oportunidad de salvaguardar su salud.** Ello es así porque **tampoco podía afirmarse** que el tratamiento consistente en suministrar la primera dosis de corticoide hubiese evitado su deceso, pero sin desconocer que se restó la posibilidad de preservar su existencia de haber recibido la atención oportuna y adecuada.

148.Frente a la pérdida de oportunidad, el Consejo de Estado ha sostenido:

“Se ha señalado que las expresiones ‘chance’ u ‘oportunidad’ resultan próximas a otras como ‘ocasión’, ‘probabilidad’ o ‘expectativa’ y que todas comparten el común elemento consistente en remitir al cálculo de probabilidades, en la medida en que se refieren a un territorio ubicable entre lo actual y lo futuro, entre lo hipotético y lo seguro o entre lo cierto y lo incierto (...) Es decir que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y probabilidades en contra de obtener o no cierta ventaja patrimonial, pero un hecho cometido por un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades.

“En ese orden ideas, la pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta ésta que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

“La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia

se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento (...).

“Por otra parte, con el fin de precisar los alcances de la noción de ‘pérdida de oportunidad’ conviene identificar con la mayor claridad posible sus límites: así, de un lado, en caso de que el ‘chance’ constituya en realidad una posibilidad muy vaga y genérica, se estará en presencia de un daño meramente hipotético o eventual que no resulta indemnizable y, de otro lado, no puede perderse de vista que lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen rubros distintos del daño. En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso.

“La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del ‘chance’ en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual resulta lógico que dicha oportunidad perdida ‘tiene un precio por sí misma, que no puede identificarse con el importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a él’, para su determinación (...)”¹⁷.

149. Por tanto, se consideran como elementos esenciales para su configuración que haya **i)** certeza acerca de la existencia de una oportunidad legítima, que sea seria, verídica, real y actual; **ii)** imposibilidad concluyente de obtener el provecho o evitar el detrimento y **iii)** que la víctima se encontrara en una situación fáctica y jurídicamente idónea para obtener el resultado esperado¹⁸.

150. Así las cosas, ocurrió un comportamiento antijurídico de la demandada Hospital del Sarare ESE que no le permitió a la paciente acceder a un servicio idóneo y oportuno, **para tener la posibilidad de salvaguardar la vida del recién nacido**, con lo que se configuró una pérdida de oportunidad, en razón a que se reitera acudió

¹⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 30 de agosto de 2017, C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera, expediente: 43646.

¹⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P: Margarita Cabello Blanco, Bogotá, 4 de agosto de 2014, expediente: 11001-31-03-003-1998- 07770-01.

el 28 de febrero de 2014 al Hospital del Sarare ESE por posible amenaza de parto prematuro entidad que brindó tratamiento realizando los exámenes correspondientes y el manejo farmacológico para evitar las contracciones **pero también le era dable suministrar la primera dosis de corticoides para la maduración pulmonar del feto, y si bien se indica no existe certeza con ella la salud de la bebé se hubiera recuperado y salvaguardado su vida**, razón por la cual la sala procederá a revocar la sentencia apelada en el sentido de imputar responsabilidad por pérdida de oportunidad al Hospital de Sarare ESE, y atendiendo lo señalado por el Consejo de Estado referente a que la indemnización de perjuicios por pérdida de oportunidad, como daño autónomo, no permite que se haga un reconocimiento por otra tipología, en consonancia con la jurisprudencia expuesta. Igualmente, esta Subsección ha reiterado esa posición en anteriores oportunidades¹⁹:

“En relación con la solicitud de incrementar la indemnización reconocida a los demandantes por concepto de perjuicios morales, la Sala debe advertir que, sobre el particular, la jurisprudencia de esta Sección será la aplicable en este caso, por cuanto no existe un mandato legal relativo a la forma en la que se debe indemnizar la pérdida de oportunidad; sin embargo, esta figura constituye un daño autónomo que no deviene directamente, en este caso, de la muerte del menor Michael Martínez Murillo sino de la pérdida de oportunidad (...).

“De conformidad con la sentencia acabada de citar, no se reconocerán los perjuicios morales pretendidos por los demandantes, pues, se reitera, no es consecuencia de la muerte del menor Michael Martínez Murillo de donde surge la indemnización, sino como un perjuicio autónomo consistente en la pérdida de la oportunidad de haber accedido a los servicios de salud requeridos”.

151. Finalmente, la sala no puede dejar de lado lo manifestado por la Corte Constitucional respecto de la violencia obstétrica como forma de violencia contra la mujer, pues que incluye todos los maltratos y abusos que padecen las mujeres durante la prestación de servicios de salud reproductiva, pues si bien en el caso concreto se está condenando por la pérdida de oportunidad no puede pasar por alto hacer referencia a dicho tema, teniendo en cuenta que la demandante ingresó por presentar parto pretérmino, pues ello incluye, por ejemplo, la atención durante la gestación, el parto, el posparto. Lo anterior, con el fin de concientizar a las entidades prestadoras de salud en su obligación de brindar una atención integral, de calidad y

¹⁹ Consejo de Estado Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 31 de julio de 2020, expediente 53431. Ver también: sentencia del 1 de octubre de 2018, expediente 46375, sentencia de 12 de noviembre de 2014, expediente 38738, C.P.: Hernán Andrade Rincón.

sin discriminación alguna durante su proceso de parto y postparto, la cual como se indicó párrafos anteriores a Bibiana Andrea no se brindó, restándole oportunidad de salvaguarda la vida de su hija.

152.La Comisión Interamericana de Derechos Humanos –CIDH, reconoció que, aun cuando no existe una definición jurídica para la violencia obstétrica, esta *“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”*.²⁰ La CIDH advirtió que este tipo de violencia se soporta en estereotipos de género y de machismo. Se trata de un fenómeno frecuente, pero invisibilizado, que afecta los derechos de las mujeres a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, a la salud, a la vida privada, el respeto a su autonomía y, posiblemente, al deber de obtener por parte de los profesionales un consentimiento previo, libre, pleno e informado.

153. Respecto del tipo de prácticas que constituyen violencia obstétrica, la Sentencia SU-048 de 2022 estableció las circunstancias en las que se incurre en esa forma de violencia. Esto a partir de la doctrina vigente:

Tipología de prácticas que constituyen violencia obstétrica²¹

Abuso	Cirugía forzosa	• Cesáreas forzosas • Episiotomías forzosas
	Procedimientos médicos no consentidos	• Inducción del parto • Remoción manual de la placenta
	Violación	
	Restricción física	• Impedir que la mujer adopte diferentes posiciones físicas para el parto.
	Otros tipos de abuso	• Ataques verbales: burlas, comentarios humillantes, tratos hostiles y similares.
	Coerción por intervención judicial	Las directivas de hospitales buscan intervención judicial para obligar a la mujer a someterse a una cesárea.
	Coerción por intervención de autoridades de bienestar infantil	Las directivas de hospitales amenazan a las mujeres con reportarlas antes autoridades de bienestar infantil si no consienten la realización de cirugía o procedimiento.

²⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos –CIDH, “Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas”. 2017. Pág. 60.

²¹ Kukura, Elizabeth. “Violencia Obstétrica”. Páginas 728 a 754, publicado en la Revista de la Facultad de Derecho de Georgetown University. Citado por Corte Constitucional en las Sentencias T-357 de 2021 y SU -048 de 2022 .

Coerción		
	Coerción por negación de tratamiento, manipulación de información o presión emocional	Las directivas de hospitales amenazan a las mujeres con retrasar tratamientos para que acepten la realización de cirugía.
Falta de respeto	El personal médico acusa a las mujeres de ser muy sensibles al dolor y ser incapaces de manejar el dolor sin medicación, las gritan por sentir miedo o vocalizar muy fuerte durante las contracciones o les dicen que su trabajo durante el parto refleja el pobre desempeño que tendrán como madres. Las mujeres son ignoradas cuando hacen preguntas sobre el tratamiento o las hacen sentir culpables de sus decisiones cuando sobrevienen complicaciones.	

154.En lo que respecta a la legislación nacional, cabe destacar la Ley 2244 de 2022 *“por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto y posparto y de dictan otras disposiciones”*. De esa ley cabe destacar los numerales 2º, 3º y 28 del artículo 4º, los cuales disponen que todas las mujeres en estado de gestación tienen derecho a ser tratadas con respeto por parte de los agentes de salud y sin discriminación, protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, así como a que se les garantice su libre determinación y libertad de expresión.

155.En resumen, la violencia obstétrica es una forma de violencia en contra de las mujeres que se materializa a través de maltratos y abusos hacía las mujeres, durante la práctica de un procedimiento o servicio de tipo obstétrico. La agresión puede ser de tipo físico o verbal y puede derivar en daños también físicos o psicológicos. Este tipo de violencia supone una vulneración de derechos fundamentales tales como la vida, la salud (también sexual y reproductiva), la dignidad humana, la igualdad y la no discriminación y la integridad física de las mujeres.

6.De la medida del daño

6.1.De los perjuicios morales

156.Procede la sala a reconocer perjuicios morales de acuerdo con el criterio jurisprudencial señalado tanto para la reparación del perjuicio como respecto de la pérdida de oportunidad en el 30% para sus padres, y 15% para sus abuelos:

NOMBRE	SMLMV
Bibiana Andrea Ramírez Zapata	30
Luis Gabriel Villamizar Rangel	30
Roselly Zapata Quijano (Abuela)	15
Amparo Rangel Ballesteros (Abuela)	15
Francisco Villamizar Contreras	15

157.Se abstiene la sala de reconocer perjuicios morales en favor del tío Andrés Francisco Villamizar Rangel en la medida que dichos perjuicios se presumen respecto del primer y segundo grado de consanguinidad, y teniendo en cuenta que dentro del proceso no existe prueba de los mismos respecto del tío se negara su reconocimiento.

158.Finalmente, se advierte que no hay lugar al reconocimiento de otros perjuicios en la medida que los mismos no son consecuencia de la falla en la prestación del servicio médico **sino por la pérdida de oportunidad como un perjuicio autónomo de haberle brindado un tratamiento oportuno** que hubiese permitido salvaguardar la vida del recién nacido.

6.2. De la responsabilidad de las llamadas en garantía

159.En relación con la responsabilidad de las compañías de seguro llamadas en garantía la sala sólo analizará respecto de las llamadas por la ESE Hospital del Sarare en virtud del cual se ha imputado responsabilidad por pérdida de oportunidad.

160.El Hospital del Sarare ESE llamó en garantía a la Previsora Compañía de Seguros en virtud de la póliza de responsabilidad civil médica No. 1001972, cuya vigencia es desde el 5 de julio de 2013 al 5 de julio de 2014, y la póliza No. 1002183 vigente desde el 5 de julio de 2015 al 5 de julio de 2016.

161.Por auto del 16 de agosto de 2018 el Juzgado 60 Administrativo de Bogotá admitió el llamamiento en garantía formulado por el Hospital del Sarare ESE en virtud de la póliza de responsabilidad civil No. 1007972.

162.La Previsora Compañía de seguro, en contestación al llamamiento en garantía del Hospital del Sarare ESE presentó la excepción denominada la póliza de

responsabilidad No. 1001972 se otorgó bajo la modalidad de “Claims Made” o de “Reclamación”, en los términos del artículo 4 de la Ley 349 de 1997, lo cual brinda cobertura así: A. Los hechos que dan origen a la reclamación hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza o durante el periodo de retroactividad; B. Los eventos sean reclamados y notificados por primera, por vía judicial o extrajudicial durante la vigencia de la póliza.

163.Por consiguiente, insiste que si los hechos ocurrieron el 4 de marzo de 2014, la citación a audiencia de conciliación extrajudicial se presentó el 13 de enero de 2016, el Hospital del Sarere ESE se presentó a la audiencia el 8 de abril de 2016, luego indica que la reclamación se presentó fuera de la vigencia de la póliza, pues la misma finalizó el 5 de julio de 2014.

164.Para resolver la anterior excepción se hace necesario contextualizar la naturaleza del contrato de seguro es necesario comenzar por la generalidad de la cual se desprende aquel, es decir, por el postulado del cual se deriva la fuerza vinculante de los acuerdos de voluntades entre dos o más personas, así el artículo 1602 del Código Civil establece:

«[...] LOS CONTRATOS SON LEY PARA LAS PARTES. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales. [...]».

165.Así, partiendo de esta premisa legal y de carácter imperativo aplicable a la generalidad de los contratos, es necesario remitirnos al Código de Comercio que, en sus artículos 1036, 1046 y 1047 definen las características del contrato de seguro, la forma de probarlo y las condiciones de la póliza, lo cual realiza de la siguiente manera:

«[...] ARTÍCULO 1036. CONTRATO DE SEGURO. Subrogado por el art. 1, Ley 389 de 1997. El nuevo texto es el siguiente: El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva.

ARTÍCULO 1046. PRUEBA DEL CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA. Subrogado por el art. 3, Ley 389 de 1997. El nuevo texto es el siguiente: El contrato de seguro se probará por escrito o por confesión.

Con fines exclusivamente probatorios, el asegurador está obligado a entregar en su original, al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración el documento contentivo del contrato de

seguro, el cual se denomina póliza, el que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador.

La Superintendencia Bancaria señalará los ramos y la clase de contratos que se redacten en idioma extranjero.

PARÁGRAFO. El asegurador está también obligado a librar a petición y a costa del tomador, del asegurado o del beneficiario duplicados o copias de la póliza.

ARTÍCULO 1047. CONDICIONES DE LA PÓLIZA. La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

- 1) La razón o denominación social del asegurador;
- 2) El nombre del tomador;
- 3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador;
- 4) La calidad en que actúe el tomador del seguro;
- 5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro;
- 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;
- 7) La suma aseguradora o el modo de precisarla;
- 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago;
- 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo;
- 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y
- 11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.

PARÁGRAFO. Subrogado por el art. 2, Ley 389 de 1997. El nuevo texto es el siguiente: En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo. [...]».

166.A partir de lo anterior se entiende que la ley ha dispuesto en cabeza de la entidad aseguradora la obligación de entregar el respectivo documento contentivo, es decir, la póliza que debe contener las condiciones generales del negocio celebrado.

167.Sin embargo, debe aclararse que antes de la expedición de la Ley 389 de 1997²², que modificó el artículo 1036²³ y 1046²⁴ *ibídem*, el contrato de seguro era

²² "Por la cual se modifican los artículos 1036 y 1046 del Código de Comercio."

²³ "ARTÍCULO 1036. CONTRATO DE SEGURO. Artículo modificado por el artículo 1º de la Ley 389 de 1997. El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva."

²⁴ "ARTÍCULO 1046. PRUEBA DEL CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA. Artículo modificado por el artículo 3º de la Ley 389 de 1997. El contrato de seguro se probará por escrito o por confesión.

Con fines exclusivamente probatorios, el asegurador está obligado a entregar en su original, al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración el documento contentivo del contrato de seguro, el cual se denomina póliza, el que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador. (...)».

solemne, y en lo que corresponde al seguro de responsabilidad civil, el siniestro lo constituía únicamente la ocurrencia del hecho en las condiciones que lo consagra el artículo 1131 del Código de Comercio²⁵. De tal manera, la ocurrencia del hecho se constituye en la referencia a tener en cuenta para efectos de la prescripción, ordinaria y extraordinaria, de que trata el artículo 1081 *ídem*.

168. Sumado a lo anterior, el artículo 4º la Ley 389 de 1997 modificó el seguro de responsabilidad civil en el sentido de establecer la posibilidad de que las partes acuerden de manera expresa una modalidad de cobertura diversa a la de la ocurrencia, que era la única admitida hasta su expedición, modalidad que se conoce en el mundo asegurador como “*Claims made*” o “por reclamación”, donde el reclamo, bajo ciertas condiciones, viene a constituir el siniestro. Al respecto, la citada norma preceptuó:

«[...] En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años. [...]» (Resaltado y subrayas no son del texto citado).

169. Así pues, resulta adecuado citar el análisis que efectuara la subsección Segunda del Consejo de Estado dentro de una acción de tutela en la que se consideró²⁶:

«[...] A raíz de lo dispuesto en el citado artículo, se han desarrollado una serie de cláusulas que delimitan temporalmente el riesgo en el seguro de responsabilidad civil, entre las que podemos mencionar el *Claims made* puro, con periodo de retroactividad, con periodo adicional, entre otros²⁷. Pero es posible que las partes convengan mezclas alternativas,

²⁵ “ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. Modificado por el artículo 86 de la Ley 45 de 1990. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.”.

²⁶ Sentencia de 29 de mayo de 2014 proferida por la subsección A de la sección segunda del Consejo de Estado, C.P. Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado 2014-00624-00, actor: La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

²⁷ La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 18 de diciembre de 2013, Exp. 1100131030412000-01098-01, MP Dr. Fernando Giraldo Gutiérrez, con relación a esta modalidad de cobertura del seguro de responsabilidad que introdujo el artículo 4º de la Ley 799 de 1997, dice:

como una cláusula de reclamación con una modalidad especial o con una de ocurrencia.

Para los efectos que nos interesan, haremos una sucinta alusión del puro y con periodo adicional.

En la modalidad de *Claims made puro* (reclamación pura), se brinda cobertura por hechos ocurridos en vigencia del seguro y que, a su vez, sean reclamados durante dicha vigencia, es decir, tanto el hecho como la reclamación deben tener lugar en vigencia de la póliza.

Esta modalidad aparece en el numeral 1.1, literal a), de las condiciones generales de la póliza de responsabilidad Civil No. 1002601.

En la modalidad de *Claims made* con periodo adicional (reclamación con periodo adicional), se podrá reclamar dentro de un periodo adicional a la expiración de la vigencia del seguro que, conforme el inciso 2º del artículo 4º, en ningún caso podrá ser inferior a dos (2) años, con la condición que el hecho haya tenido ocurrencia dentro de la vigencia inicial.

Para el caso que nos ocupa, se encuentra establecido dicho periodo adicional en la condición décima de las condiciones generales de la póliza. [...]» (Subrayado de la sala).

170.Teniendo en cuenta lo anterior, encuentra la sala que el Hospital del Sarare ESE y la Previsora Compañía de Seguros S.A., celebraron contrato de seguro contenido en las pólizas de responsabilidad civil para clínicas y hospitales No. 1001972 y 1002183, en las cuales se estipuló que la ESE la suscribía como tomador y asegurado, además de los siguientes periodos de vigencia 5 de julio de 2013-5 de julio de 2014 y 5 de julio de 2016-5 de julio de 2016 respectivamente y un monto asegurable de \$300.000.000.

“6.- A pesar de que en términos del artículo 1131 del Código de Comercio, modificado por el 86 de la Ley 45 de 1990, en “el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado”, cuando la responsabilidad se predica de directores o funcionarios, la póliza que la cubre suele contar con la particularidad de ser por reclamación o “claims made”, por cuanto la cobertura está delimitada temporalmente por distintas modalidades y combinación de cláusulas.

El artículo 4º de la Ley 389 de 1997 establece que “[e]n el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación (...) Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años”.

De conformidad con dicho precepto, pueden presentarse las siguientes situaciones:

a. -) Que coincidan dentro de la vigencia tanto el hecho dañoso, como la reclamación de la víctima al asegurado o la aseguradora.

b. -) Que el hecho dañoso sea anterior a la vigencia, pero el reclamo se presente dentro de ésta.

c. -) Que se cubran sucesos acaecidos durante la vigencia, pero el reclamo se haga por fuera de la misma, en un plazo preestablecido para notificaciones.

El primer caso es connatural al convenio, pero los otros dos requieren de pactos expresos, claramente delimitados, cuya interpretación exige del fallador un examen estricto y restringido, que impida extender los amparos a riesgos no cubiertos o dejar por fuera aquellos que sí lo están.”

171. Ahora bien, identificado el contrato de seguro suscrito y sus condiciones generales como contenido de la póliza se indica:

OBJETO DE SEGURO: Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier “acto médico” derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza”.

ACTIVIDAD: Prestación de servicios de salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

DEDUCIBLES

1. Gastos médicos: sin deducible

2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos

3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$10.000.000

SUBLÍMITES:

(...)

3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a \$20.000.000 por evento y \$105.000.000 en el agregado anual. Incluye perjuicios moral, perjuicios fisiológicos y daños a la vida de relación, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

(...)”

ANEXOS

CONDICIÓN DÉCIMA

EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

La Extensión del Período para Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciben o se formulan con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

(...)”

172. En vista de lo anterior, se infiere que se trata de la modalidad de reclamación con periodo adicional, teniendo en cuenta que el asegurador se obligó a indemnizar al asegurado por las sumas de dinero que éste deba pagar a un tercero, por la responsabilidad en que incurra resultado de la prestación del servicio profesional de

salud, por hechos que ocurrieren durante la vigencia de la póliza y, además, fueran reclamados en el mismo lapso, y hasta dos años de expirarse el término.

173.En este orden de ideas, la póliza analizada No. 1001972 estaba vigente durante el período comprendido entre el 5 de julio de 2013 hasta el 5 de julio de 2014, siendo viable el amparo del interés asegurado, y en él, los daños o perjuicios ocurridos en el año de vigencia, siempre que fueran reclamados en dicho término o hasta 2 años de expirado el término, esto es, 6 de julio de 2016.

174.En el caso encuentra la sala que el hecho generador del daño tuvo ocurrencia el 4 de marzo de 2014, fecha en que falleció la recién nacida Allison Eyleen Villamizar, y atendiendo que la reclamación se presentó el 13 de enero de 2016 con el agotamiento del requisito de conciliación extrajudicial, lo que supone, que dada la naturaleza del contrato (claims made) el siniestro ocurrió dentro de los 2 años siguientes a su vencimiento, por ende, hay lugar al reclamación en contra de la llamada en garantía La Previsora Compañía de Seguros en virtud de la póliza de responsabilidad No. 1001972.

175.Así las cosas, se impone condenar a la Previsora Compañía de Seguros S.A., a pagar a los demandantes los rubros indemnizatorios sin distinción, hasta el monto asegurado, menos el respectivo deducible (10% pactado en la póliza),así:

NOMBRE	SMLMV
Bibiana Andrea Ramírez Zapata	30
Luis Gabriel Villamizar Rangel	30
Roselly Zapata Quijano (Abuela)	15
Amparo Rangel Ballesteros (Abuela)	15
Francisco Villamizar Contreras	15

VII. CONCLUSIÓN

176.Para la Sala, se debe revocarse la sentencia apelada, toda vez que hay lugar a imputar responsabilidad al Hospital del Sarare ESE en razón a que no le permitió a la paciente acceder a un servicio idóneo, **con garantías de integralidad, continuidad y oportunidad para tener la posibilidad de prolongar la vida de la**

recién nacida Allison Eyleen Villamizar Ramírez con lo que se configuró una pérdida de oportunidad.

IX.COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO

177.Es procedente condenar en costas de primera y segunda instancia a la parte demandada que resultó vencida, por cuanto de conformidad con los artículos 188 del CPACA, en concordancia con el numeral 4 del artículo 365 del CGP, dispone que éstas proceden cuando se revoque la del inferior, por tanto, el Hospital del Sarare ESE será condenada a pagar las costas primera y segunda instancia, las cuáles serán liquidadas por la secretaría de primera instancia. Se abstiene la sala de condenar en costas a la parte actora, en razón a que el recurso prosperó.

178.Respecto de las agencias en derecho, se reconocen las mismas a favor de la parte actora y en contra del Hospital del Sarare ESE, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 1887 del 26 de junio de 2003, proferido por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura y en la suma de equivalente al 3% de las pretensiones reconocidas para primera instancia y 3% para segunda instancia en total de 6%, suma que será tomada en cuenta al liquidar las costas procesales por la secretaría del a quo.

En mérito de lo expuesto, el **TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA - SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: REVOCAR la sentencia proferida el 21 de septiembre de 2023 por el Juzgado 60 Administrativo de Bogotá - Sección Tercera, que negó las pretensiones de la demanda, de conformidad a lo expuesto en la presente providencia, la cual quedará así:

PRIMERO: DECLARAR la responsabilidad patrimonial del Hospital del Sarare ESE. por la pérdida de oportunidad a la que fue sometida Allison Eyleen Villamizar Ramírez, conforme la parte motiva de la presente providencia

SEGUNDO: En consecuencia, **CONDENAR** al Hospital del Sarare ESE a pagar a los demandantes la suma correspondiente a 105 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes a la ejecutoria de la presente providencia por concepto de perjuicios morales por pérdida de oportunidad así:

NOMBRE	SMLMV
Bibiana Andrea Ramírez Zapata	30
Luis Gabriel Villamizar Rangel	30
Roselly Zapata Quijano (Abuela)	15
Amparo Rangel Ballesteros (Abuela)	15
Francisco Villamizar Contreras	15

TERCERO: CONDENAR a la llamada en garantía La Previsora Compañía de Seguros, a pagar los aludidos rubros a los demandantes, conforme lo expuesto en la parte motiva, sin superara el valor asegurado, menos el monto deducible.

CUARTO: Se abstiene la sala de imputar responsabilidad a las demás accionadas por los hechos de la demanda, y por ende a las llamadas en garantía correspondientes conforme la parte motiva de la sentencia.

QUINTO: CONDENAR EN COSTAS DE PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA a favor de la parte actora y contra del Hospital del Sarare ESE de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 1887 del 26 de junio de 2003, proferido por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura en la suma equivalente al 3% de las pretensiones reconocidas para primera instancia y 3% para segunda instancia en total del 6%, suma que será tomada en cuenta al liquidar las costas procesales por la Secretaría del a quo.

SEGUNDO: CONFIRMAR EN SUS DEMÁS PARTES, la Sentencia de Primera Instancia de fecha 21 de septiembre de 2023, proferida por el Juzgado 60 Administrativo Oral del Circuito Judicial de Bogotá – Sección Tercera

TERCERO: Negar las demás pretensiones de la demanda.

CUARTO: Dar cumplimiento a la presente decisión en los términos del artículo 192 del CPACA.

SEXTO: Una vez ejecutoriada esta providencia, previas las anotaciones secretariales de rigor, **DEVOLVER** el expediente al juzgado de origen.

SÉPTIMO: Por Secretaria de la Sección NOTIFICAR el presente, para lo cual, se tendrán en cuenta los correos proporcionados por los intervinientes, así:
notificacionesjudiciales@hospitaldelsarare.gov.co monicamor80@hotmail.com
dumianmedical@hotmail.com ffariasj@hotmail.com dirnaljuridica@fundamep.com
juan.giraldo@escuderoygiraldo.com contacto@grupo3abogados.com.co
ant.vivianamontoya@fundamep.co vivianramontoya@fundamep.com
notificaciones@foscal.com.co daisyvej@hotmail.com

abogado.junior2@foscal.com.co

clinicalaunidad2015@hotmail.com

drodriguez@arizaygomez.com

wchillon@arizaygomez.com

notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

notificacionesjudiciales@libertycolombia.com

oscarnieto@nietoparraabogados.com

notificacionesjudiciales@herasmomeoz.gov.co

juancarlosbagu@gmail.com juridico@dumianmedical.net oscarn48@gmail.com

camargocartagena@gmail.com

juancarlosbagu@gmail.com

dgrabogada@gmail.com juridico@segurosdelestado.com. Igualmente se notificará al Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

OCTAVO: Una vez ejecutoriada esta providencia, previas las anotaciones secretariales de rigor, **DEVOLVER** el expediente al juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Proyecto discutido y aprobado en sala de la fecha.

HENRY ALDEMAR BARRETO MOGOLLÓN

Magistrado

FRANKLIN PÉREZ CAMARGO

Magistrado

CLARA CECILIA SUÁREZ VARGAS

Magistrada

CONSTANCIA: La presente providencia fue firmada electrónicamente por los magistrados que conforman la Sala de la Sección Tercera – Subsección B del Tribunal Administrativo de Cundinamarca en la plataforma denominada "SAMAI". En consecuencia, se garantiza la autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta de conformidad con el artículo 186 del CPACA modificado por el artículo 46 de la Ley 2080 de 2021.

PBP

Radicado:11001 – 33 – 43 – 060 – 2016 – 00319 – 01
Medio de Control: Reparación directa
Accionante: Bibiana Andrea Ramírez y otros
Demandado: Hospital de Sarare ESE y otros
Sentencias de Primera Instancia