



Señores

**TRIBUNAL SUPERIOR DE SINCELEJO**

SALA III CIVIL – FAMILIA - LABORAL

M.P. Dra. MARIRRAQUEL RODELO NAVARRO.

E. S. D

**Asunto:** Sustentación del recurso de Apelación.

**Acción:** Responsabilidad civil extracontractual-responsabilidad médica

**Referencia Radicado:** 70-001-31-03-005-2017-00038-01

**Demandante:** LIVILUZ CORRALES Y OTROS

**Demandado:** Clínica Salud Social y Otros

**HUMBERTO JOSÉ RODRÍGUEZ MONTES**, mayor de edad, domiciliado en Sincelejo-Sucre, identificado con la cédula de ciudadanía No. 92.529.319 de Sincelejo, abogado, con tarjeta profesional No. 266.518 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado judicial de la parte demandante, legalmente reconocido, por medio del presente escrito respetuosamente a usted le manifiesto que sustentó Recurso de Apelación contra la sentencia de primera instancia, mediante la cual fueron negadas las pretensiones, para que en su defecto, sea revocada y así se acceda a la totalidad de las pretensiones de la demanda.

**SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN**

La demandante, señora LIVILUZ CORRALES PÉREZ, a la edad de 40 años, en el mes de mayo del año 2013, queda en estado de gestación, siendo este su 5to embarazo, motivo por el cual decide consultar al programa de control prenatal de forma comprometida, diligente y oportuna. **El día 19 de julio de 2013**, ingresa al control prenatal, en la ESE Unidad de Salud San Francisco de Asís, tal como consta y quedó registrado en su Historia Clínica de Consulta Externa. Su embarazo de inmediato fue catalogado como de alto riesgo obstétrico, por tratarse de una paciente añosa (40 años), multigestante (5 embarazos), periodo intergenésico largo (su último embarazo había sido hace 14 años). A continuación, describiré qué es un embarazo de alto riesgo obstétrico.

*"El embarazo de alto riesgo es aquel en que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño (2). Todos los embarazos implican algunos riesgos, pero hay más peligro para la salud de la madre y la del feto en un embarazo de alto riesgo. En él tanto la madre como el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto".*

**FUENTE:** <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n3/v32n3a09.pdf>

A pesar que la señora Liviluz, fue diagnosticada en su control prenatal de un embarazo de alto riesgo obstétrico, su bebé siempre estuvo bien. El **día 03 de octubre de 2013** fue valorada por Médico Especialista en Ginecología, quien encuentra su embarazo normal, todo bien y ordena paraclínicos y ecografía. Cita con resultados, y el **día 21-Nov-de 2013**, nuevamente es valorada por Médico Especialista en Ginecología encontrando su gestación normal, y solicita cita de control en un (1) mes. El **día 26 de diciembre de 2013** acude a su control prenatal, siendo valorado por Médico Ginecólogo, encontrando su bebé dentro de lo normal y considera revalorarla en un (1) mes, para programarla para cesárea.

El **día dos (2) de febrero de 2014**, fue el último control prenatal, de la señora LIVILUZ CORRALES, por Médico Especialista en Ginecología, encontrando su bebé dentro de lo normal, revisa estudio de ecografía obstetricia realizado por la señora Liviluz el 21 de enero 2014, en donde se encuentran los siguientes hallazgos: Feto único vivo, cefálico, dorso derecho, embarazo 36,4 semanas por biometrías, no anomalías fetales.

En ese contexto, quedó demostrado documentalmente–Historia Clínica-, que la señora Liviluz tuvo una gestación normal y que su bebé venía sano. Lo aquí manifestado fue ratificado en audiencia al despacho por el Médico Ginecólogo de control prenatal Dr. ALVARO SALGADO ROSALES–prueba testimonial-.

El **día 4 de febrero de 2014**, la señora LIVILUZ CORRALES acude al servicio de urgencias de la CLÍNICA SALUD SOCIAL S.A.S., por presentar dolores de parto, siendo valorada por Médico General y posteriormente por Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. De forma oportuna, la señora Liviluz le informa a los galenos que su embarazo fue catalogado de alto riesgo obstétrico y que había sido programada para cesárea, para evitar complicaciones, pero esta advertencia fue omitida por el personal asistencial de la Clínica SALUD SOCIAL, ya que decidieron hospitalizarla y someterla a **trabajo de parto vaginal**. Entre los diagnósticos realizados a la señora Liviluz a su ingreso a urgencias ese mismo **día 4 de febrero de 2014**, se registran los siguientes:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE INGRESO -; N946 – DISMENORREA, NO ESPECIFICADA; Z320 – EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO; - \* Z348 – SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES; EMBARAZO DE 38 SEM XA; TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA

Se resalta, que entre las impresiones diagnósticas, hay omisiones y errores diagnósticas. **Primero**, el embarazo venía confirmado por ecografía y por su Médico de control prenatal; **Segundo**, su embarazo no era normal, era un embarazo de alto riesgo obstétrico; ahora, al examen físico vaginal, arroja que la señora Liviluz tiene un trabajo de parto en fase activa. Lo expresado anteriormente, definiere con la literatura médica, en lo que respecta a un trabajo de parto y su fase activa.

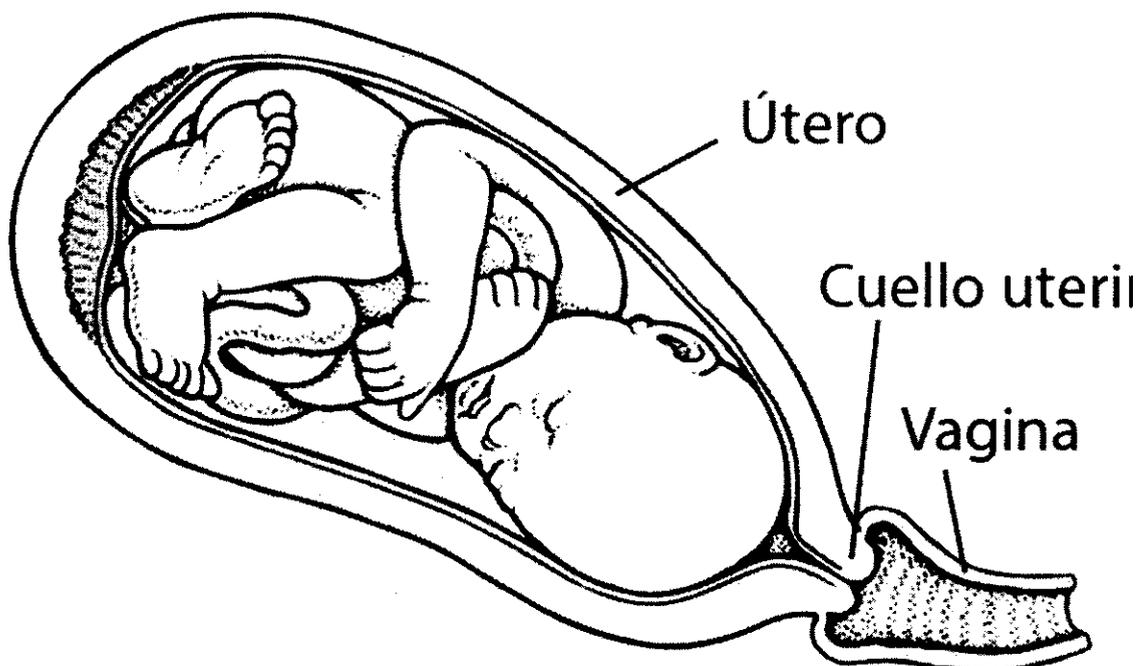
### Fase activa

El cuello del útero se dilata por completo, pasando de los 4 a los 10 cm. Se hace más delgado y se va retirando (borrando) hasta que se une con el resto del útero.

La parte que presenta el bebé, por lo general la cabeza, comienza a descender por la pelvis de la mujer.

La mujer comienza a sentir la necesidad de pujar mientras el bebé desciende, pero se debe resistir. Empujar demasiado pronto puede desgarrar el cuello uterino y desperdiciar energía.

Esta fase dura de 5 a 7 horas de media en un primer embarazo y de 2 a 4 horas en los embarazos posteriores.



### El parto se compone de tres etapas principales:

- **Primera etapa:** periodo de dilatación (o trabajo de parto). Cuenta con dos fases, inicial y activa. Las contracciones provocan la dilatación gradual del cuello uterino, que se va haciendo más delgado hasta llegar a desaparecer (borramiento) y casi a confundirse con el resto del útero. Estos cambios permiten que el feto pase a la vagina.
- **Segunda etapa:** periodo de expulsión. Se trata del nacimiento del bebé.
- **Tercera etapa:** periodo de alumbramiento. Se trata de la expulsión de la placenta.

**FUENTE:** <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto>

En ese contexto de ideas, la señora Liviluz ingresa al servicio de urgencias de la Clínica SALUD SOCIAL el **día 4 de febrero de 2014** a las 7:57:00 de la noche, en donde se le diagnostica un trabajo de parto en FASE ACTIVA., A las 2:09:00 de la madrugada del **día 5 de febrero de 2014**, es decir, después de haber transcurrido seis (6) horas, aun la señora Liviluz no había dado a luz (parido), así consta en la nota médica de EVOLUCIONES – CIRUGÍA, realizada por el médico WINSTON MENDOZA, en donde se registra lo siguiente:

"EVOLUCIÓN GINECOLOGÍA: PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO, TA 128/79, FCF 150 CON DOPPLRE, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, 3 EN 10 MINUTOS DE 40 SEGUNDOS, TACTO CUELLO DILATADO 8CM BORRADO 80% ESTACIÓN-1 MA RUPTURA DE MEMBRANAS LA CLARO. P/ VIGILANCIA Y CONTROL DE TRABAJO DE PARTO".

Ese mismo día **5 de febrero de 2014**, a las 03:03 de la mañana, nace la hija de la señora Liviluz; así quedó registrado en la Historia Clínica de atención del parto, en donde el médico WINSTON MENDOZA, registra lo siguiente:

"DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN  
EN DILATACION Y BORRAMIENTO COMPLETO SE ATIENDE PARTO VAGINAL, LUEGO DE 45 MIN DE EXPUSIVO SE ATIENDE PARTO VAGINAL NORMAL, SE OBSTIENE RECIEN NACIDO VIVO FEMENINO, APGAR 7/10, SE ENTREG A ENFERMERA, SE ASISTE ALUMBRAMIENTO, SE REALIZA MANEJO ACTIVO DEL III PERIODO, SE VERIFICA TONO UTERINO, SANGRADO VAGINAL ESCASO".

Es decir, su señoría, según lo registrado y consignado en la Historia Clínica, documento legal (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud). La señora Liviluz, tuvo una primera etapa del parto prolongada FASE ACTIVA, que inició el día **4 de febrero de 2014** a las 7:57:00 de la noche, y terminó el día **5 de febrero de 2014** a las 02:15 de la madrugada, porque desde las 02:15 de la madrugada hasta las 03:03 de la mañana fue la etapa de EXPULSIVO, es decir, que la FASE ACTIVA, del trabajo de parto de la señora Liviluz, DURÓ más de seis (6) horas. La literatura médica y científica, tiene establecido que el periodo de FASE ACTIVA, en mujeres multíparas es de 2 a 4 horas, dando lugar a un trabajo de parto prolongado, tal como lo estableció y lo dejó registrado en la Historia Clínica de ingreso a UCI-Neonatal el Médico pediatra Dr. LLINÁS., resaltando que en la Historia Clínica de trabajo de parto, no aparece registrado el PARTOGRAMA.

En lo que respecta a si existió o no trabajo de parto prologado, el *a quo* concluyó lo siguiente:

*"En el mismo hecho décimo quinto se denuncia una duración excesiva del procedimiento de parto que le fue practicado a la demandante y del que se pretende desprender la configuración de uno de los factores de riesgo para la presencia de asfixia en el nacimiento, en tal aspecto lo que se encuentra acreditada con la nota operatoria suscrita por el llamado en garantía Mendoza Quintana, es que el proceso de parto se tarde un tiempo aproximado de cuarenta y cinco minutos espacio de tiempo que conforme a lo declarado por el perito no da lugar a un expulsivo prolongado puesto que se acepta como normal un trabajo de parto que incluso supere las dos horas".*

Ese mismo día 5 de febrero de 2014 a las 04:09 de la mañana, la hija recién nacida de la señora Liviluz ingresa a la UCI – NEONATAL de la Clínica SALUD SOCIAL. A su ingreso, el pediatra de turno le realiza los siguientes diagnósticos: (ver folio N° 273)

- "-Recién nacido a término de más o menos 39.5 semanas por Capurro,
- depresión cerebral neonatal.
- hipertensión pulmonar primaria.
- asfixia del nacimiento no especificada.
- Dismórfico".

El *a quo*, con relación a la asfixia se pronunció en sentencia de la siguiente forma:

*"El cuadro clínico de asfixia perinatal del que cuenta el hecho décimo quinto del libelo incoativo y sobre el que se refirieron los profesionales de la medicina que en la primera parte de la audiencia de instrucción y juzgamiento absolvieron los interrogantes formulados por este despacho y los apoderados de los sujetos procesales, no está demostrado en cuanto a su específica configuración y etiología".*

Para ilustrar al despacho, a continuación definiré, con base en la literatura médica-científica, qué es una asfixia del nacimiento:

**Definición de asfixia perinatal:** La asfixia perinatal es la condición en la que se presenta una alteración en el suministro de oxígeno al momento del nacimiento, y que surge como consecuencia de diferentes noxas, bien sea durante el trabajo de parto, el expulsivo o los primeros minutos posteriores al nacimiento (12). Desde el punto de vista fisiológico, según Volpe, se la puede definir como la insuficiencia de oxígeno en el sistema circulatorio del feto y del neonato, asociada a grados variables de hipercapnia y de acidosis metabólica. Por otro lado, la encefalopatía hipóxico-isquémica es la alteración que la privación de oxígeno y la isquemia subsiguiente producen en el sistema nervioso central (SNC) del recién nacido, y que Clínicamente fue descrita y clasificada por Sarnat y Sarnat (11,12). En los supervivientes a un evento de asfixia perinatal, la principal secuela es la encefalopatía hipóxico-isquémica, que se manifiesta de forma temprana y puede dejar consecuencias de gravedad variable, a mediano y a largo plazo.

**El diagnóstico de asfixia perinatal se basa en criterios clínicos y gasométricos que incluyen evidencia de depresión cardiorrespiratoria, acidemia en la sangre del cordón umbilical, pobre vitalidad postnatal (APGAR bajo a los diez minutos) y evidencia temprana de alteración neurológica como manifestación de una encefalopatía hipóxico-isquémica (10).** El clínico debe sospechar la presencia de asfixia perinatal cuando hay factores de riesgo ante parto, dados por la presencia de un evento centinela durante el trabajo de parto, con la presencia de un estado fetal

insatisfactorio o cuando hay trastornos en el proceso de adaptación neonatal (10), dados por distrés fetal o eventos perinatales. En presencia de estos criterios, se puede presentar daño neurológico atribuible a una asfixia perinatal.

Es claro honorable Magistrada que a la luz del contexto presentado por la recién nacida, NIKOL MONTES CORRALES, se puede establecer que la asfixia perinatal existió y fue la causa del grave estado de salud que la paciente presenta en este momento, porque, amén de lo anterior, no se ha demostrado en todos los estudios realizados a la paciente, que exista otra causa posible.

A continuación, describiré una lista de criterios, basados en los signos y síntomas del recién nacido, para determinar si presentó problemas neurológicos a causa de la disminución de oxígeno cerebral.

**Se consideran criterios fisiológicos y clínicos de encefalopatía hipóxico-isquémica significativa:**

- ✓ Datos perinatales con un estado fetal no tranquilizador (bradicardia sostenida) **(No aparece registrado en la Historia Clínica de RN)**.
- ✓ Desaceleraciones tardías. **(No registrado aparece registrado en la Historia Clínica de la RN)**.
- ✓ Presencia de un evento centinela (prolapso del cordón, desprendimiento de la placenta, ruptura uterina, transfusión feto-materna grave). **(No aparece registrado en la Historia Clínica de la RN)**.
- ✓ Distocia de parto (parto difícil por presentación anómala, desproporción pélvica, distocia del hombro, etc.). **(Se registra en la Historia Clínica que la RN presento un expulsivo prolongado ver folio 272)**.
- ✓ Examen neurológico sugestivo de encefalopatía moderada o grave, definida por: estado de alerta anormal (letargia, estupor o coma) acompañada de alteración del tono muscular, de las respuestas motrices o de la reactividad refleja, convulsiones o disfunción del tronco encefálico. **(Se registro en la Historia Clínica del RN (recién nacido) – ver folio 271, que Nikol nació con un sistema nervioso anormal, hipotónica (flacidez muscular), hipoactiva, pobre respuesta a estímulo, hiporreflexica)**.
- ✓ Alteración del estado al nacimiento con APGAR a los 10 minutos < 5, o pH ≤ 7,0 en la muestra de sangre del cordón umbilical o gases venosos durante la primera hora de vida. **(Se registro en la Historia Clínica RN que nació con Apgar bajo, depresión neonatal y que se tomó muestra de sangres para gas arterial de cordón umbilical ver folios 271- 273 y 313 respectivamente)**

En base a lo anteriormente expuesto, quedó registrado en la Historia Clínica – Documento legal (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud), que la recién nacida, Nikol, presentó signos y síntomas de asfixia perinatal, motivo por el cual fue diagnosticada de asfixia perinatal, requiriendo Intubación orotraqueal y manejo en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, ese mismo día 05 de febrero de 2014 (Ver folio 272 al 288).

Para ilustrar al despacho, a continuación describiré qué es una Intubación orotraqueal Neonatal.

### **INTUBACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**



"La intubación es una técnica que consiste en introducir un tubo a través de la nariz o la boca del paciente hasta llegar a la traquea, con el fin de mantener la vía aérea abierta y poder asistirle en el proceso de ventilación.

La intubación asegura una adecuada ventilación y aporte de oxígeno al paciente, disminuye el riesgo de distensión gástrica y aspiración pulmonar, permite administrar algunos fármacos durante la reanimación cardiopulmonar (mientras se consigue una vía venosa), facilita la aspiración de secreciones y si fuera necesario, aplicar presión positiva al final de la espiración (PEEP). Además, durante la reanimación cardiopulmonar, facilita la sincronización entre masaje cardíaco y ventilación".

**FUENTE:** <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3733523>

El día 11 de febrero de 2014, después de haber permanecido internada en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, es dada de alta la hija de la señora Liviluz con diagnóstico de asfixia perinatal. (VER FOLIO 104 Y 105 – EPICRISIS).

De lo narrado y sustentado anteriormente podemos resaltar y señalar los siguientes interrogantes:

**La Clínica SALUD SOCIAL incurrió 1 - ¿En falla Médica – negligencia?; 2.- ¿Pérdida de la oportunidad o del "chance"?; 3.- ¿Pérdida de la obligación de seguridad en la institución en salud?**

La respuesta a estos interrogantes los fundamentaré y sustentaré con base en la Historia Clínica, como elemento probatorio Médico–Jurídico, pruebas testimoniales, peritazgos, literatura médica científica y protocolos.

Al **PRIMER INTERROGANTE**, ¿Hubo falla médica o negligencia por parte del personal asistencial que atendió a la señora Liviluz en su trabajo de parto los días 4 y 5 de febrero de 2014?

La respuesta es, **SI**, y quedó demostrado en el proceso con todos los elementos probatorios aportados y el fundamento es el siguiente:

**SUSTENTO DOCUMENTAL-** Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud). A la señora Liviluz, los días 4 y 5 de febrero durante su trabajo de parto en la Clínica SALUD SOCIAL, no se le registra en la Historia Clínica que se haya ordenado realizar el diligenciamiento del PARTOGRAMA, formato y documento que tampoco fue aportado por la Clínica, muy a pesar de ser solicitado a través de derecho de petición. El PARTOGRAMA, es un documento de trascendental importancia que se debe tramitar en el trabajo de parto. De habersele realizado a la señora Liviluz, hubiera indicado a tiempo que su trabajo de parto tenía problemas, venía prolongado, ya que este partograma tiene una curva de alerta, que le indica y le advierte al personal asistencial que estaba atendiendo el trabajo de parto, si la evolución del mismo cursa de manera normal o anormal, es decir, predice un trabajo de parto prolongado y complicado y de esta manera se activan las alarmas, para desplegar una atención médica inmediata, con la finalidad de no poner en riesgo la vida materna y fetal, o sea, realizar una cesárea de urgencias y prevenir la asfixia perinatal y sus respectivas secuelas.

En lo que respecta a la NO, realización del Partograma por el personal médico que atendió el trabajo de la señora Liviluz Corrales, el *a quo*, se refirió en sentencia de la siguientes forma:

*" La ausencia de partograma advertida en el hecho décimo quinto de la demanda y que da pie a la afirmación de abandona a la que se vio sometida la demandante Liviluz del Carmen y su hija recién nacida no constituye omisión relevante para la asunción de responsabilidad civil a las entidades y médicos llamados a juicio, pues como quedo plenamente demostrado con los testimonios y peritazgos, la atención Médica documentada en la Historia Clínica que da cuenta de una vigilancia y*

*seguimiento constante en relación con la señora Liviluz del Carmen Corrales Pérez suple el documento que se echa de menos”.*

Es una apreciación errónea, que favoreció un trabajo de parto prolongado, que pasó inadvertido por el personal asistencial que estaba atendiendo a la señora Liviluz, todo por omitir el diligenciamiento del PARTOGRAMA.

**SUSTENTO DOCUMENTAL Y PROBATORIO.** Honorables Magistrados, como parte demandante, demostré en audiencia de instrucción y juzgamiento de fecha 19 de Marzo de 2019, que los gases arteriales de cordón Umbilical, si fueron tomados a la recién nacida Nikol, a su ingreso a UCI-N – Clínica SALUD SOCIAL, el día 05 de febrero de 2014 hora 04:00am, y que no solo fueron tomados los gases arteriales, sino que además fueron procesados e informados al Médico pediatra de turno de la UCI-N. Prueba de ellos es lo registrado en la Historia Clínica, a folio 313, que corresponde a las notas de EVOLUCION DE ENFERMERIA de ingreso a UCI- N. Ahora bien, qué llama la atención honorables Magistrados, que, existiendo el resultado de un gas arterial de cordón umbilical, este resultado no haya quedado descrito o registrado en la Historia Clínica, y lo que es peor aún, no haber sido anexado en la Historia Clínica cuando la parte demandante la solicitó a través de derecho de petición y tampoco fue aportada por la Clínica SALUD SOCIAL en la contestación de la demanda.

Es decir, el hecho de que el personal asistencial médico especializado de la UCI-N, con un resultado de gas arterial de cordón umbilical, y no lo haya consignado en la Historia, no descarta el diagnóstico de asfixia perinatal, es más, un gas arterial anormal es criterio de intubar al recién nacido, que fue lo que sucedió con la hija de la señora Liviluz.

El personal asistencial la UCIN- de la Clínica SALUD SOCIAL, debió cumplir con el protocolo de asfixia perinatal, es decir, manejo, tratamiento, y diagnóstico. Eso no era resorte de la paciente Liviluz Corrales, como lo ha querido hacer creer las partes demandadas y el Juez en su sentencia.

**SUSTENTO LEGAL:** Norma Técnica Para la Atención del Parto, MINISTERIO DE SALUD-Dirección General de Promoción y Prevención.

*"ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).*

*Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:*

- *Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.*
- *Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.*

- *Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.*
- *Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.*
- *Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma.*
- *Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal”.*

**FUENTE:**

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

En ese contexto, el formato o documento de partograma es irremplazable, es decir, no puede ser reemplazo por notas de enfermería o médicas, es un documento ÚNICO, emanado del mismo MINISTERIO DE SALUD y de obligatorio cumplimiento.

**SUSTENTO MÉDICO Y CIENTÍFICO:** La atención integral de la gestante en trabajo de parto requiere del conocimiento de elementos anatómicos, funcionales, clínicos, psicológicos, sociales y culturales, que intervienen en el proceso del nacimiento.

Diligenciamiento de la Historia Clínica del parto o Partograma. El partograma del CLAP ofrece algunas ventajas sobre las curvas clásicas de Studd y Philpott, tales como:

1. *Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto.*
2. *Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.*
3. *Presenta una tabla independiente para el registro de las condiciones Clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor. Este registro facilita la identificación de anomalías como: frecuencia cardíaca fetal (FCF) menor a 120 latidos por minuto ó mayor a 160 latidos por minuto; cifras tensionales maternas elevadas: mayores o iguales a 140/90, o bajas (de acuerdo a la presión arterial previa); las variaciones en el pulso materno, entre otros aspectos.*
4. *Es dinámico y fácil de interpretar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, puede evaluar la evolución de la curva de dilatación y llamar la atención cuando ésta se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.*
5. *Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede determinar lo adecuado o no de la evolución del trabajo de parto, sin necesidad de revisar múltiples notas de evolución que en muchos casos son ilegibles y difíciles de encontrar.*

FUENTE: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e96c2927-f938-4a48-bdbd-14f6f5e441bf/multiguia04.pdf?MOD=AJPERES>

**SUSTENTO JURISPRUDENCIAL DE LA FALLA MÉDICA O NEGLIGENCIA.** En la sentencia de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL Bogotá D.C., treinta (30) de septiembre (09) de dos mil dieciséis (2016). Radicación: 05001-31-03-003-2005-00174-01 SC13925-2016 Magistrado Ponente: ARIEL SALAZAR RAMÍREZ (Aprobado el 24 de agosto de 2016), reza lo siguiente:

*"El numeral 9º del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 consagra entre las normas rectoras del servicio público de salud la garantía a los usuarios de una atención de calidad, oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo a los estándares profesionales. Y para lograr una atención segura y de calidad es imprescindible la capacidad de la organización para transmitir información a otros prestadores, entre su personal, y entre éstos y los pacientes y sus familiares. La atención de calidad, oportuna, humanizada, continua, integral y personalizada hace parte de lo que la literatura médica denomina "cultura de seguridad del paciente", que por estar suficientemente admitida como factor asociado a la salud del usuario y por ser un mandato impuesto por la Ley 100 de 1993, es de imperiosa observancia y acatamiento por parte de las empresas promotoras e instituciones prestadoras del servicio de salud, por lo que su infracción lleva implícita la culpa de la organización cuando tal omisión tiene la virtualidad de repercutir en los eventos adversos".*

*"Así, no consignar en forma clara, precisa y según los estándares legales y técnicos los resultados obtenidos por el médico en un diagnóstico inicial, aumenta las probabilidades de que ante la presencia de un error, el profesional que atiende al paciente en una oportunidad futura persista en tal equívoco, y de esa forma se aumente la cadena de errores constitutivos de culpa por no actuar de conformidad con las pautas establecidas para la prevención, disminución y erradicación de eventos adversos".*

*"En un sentido similar, el ocultamiento de los errores propios o ajenos detectados en los diagnósticos, tratamientos o procedimientos que realizan los profesionales de la salud aumenta considerablemente las posibilidades de que el error inicial se incremente por una conducta negligente. Mientras que el descubrimiento y la denuncia oportuna de tales errores demuestran una conducta prudente, honesta y ética encaminada a la disminución de los daños y a una atención humana, continua, integral y de calidad, como lo ordena la ley".*

*"Ninguno de los operadores sanitarios podrá excusarse y liberarse de responsabilidad con el argumento simplista de que "fue el otro quien lo hizo", puesto que existe una responsabilidad conjunta y solidaria en virtud de la cual se exige al último que haya intervenido en la prestación del servicio mayor diligencia que al anterior facultativo, con el fin de revertir el efecto dañoso que el "error" antecedente hubiese causado». (Gustavo López-Muñoz y Larraz. El error sanitario. Madrid, 2003. p. 21)"*

*"El error al que aquí se alude es el "error negligente", «más claro aún: el que se origina cuando se quiebran por el agente causante del error los criterios y niveles exigibles y esperables de conducta profesional sanitaria y que, además, como consecuencia del cual se produce [o ha existido el riesgo de que se produzca] en el paciente un efecto lesivo y/o perjudicial. El hecho de que la medicina sea, aún en nuestros días de gran progreso tecnológico, más un arte que una ciencia dura como, por ejemplo, la matemática, la física, la química y que, debido al factor reaccional propio de cada enfermo no pueda predecirse un resultado exacto del tratamiento prescrito para curar una enfermedad o dolencia, NO significa que el "error", dentro*

*del contexto sanitario en que nos movemos, sea permisible ni tolerable. Muy al contrario, la propia inexactitud e impredecibilidad de las ciencias médicas actuales exigen el agotamiento, la extenuación de la diligencia, de la actividad personal y de la prestación de todos los medios de diagnóstico y tratamiento disponibles, precisamente con el fin de reducir al mínimo posible y tolerable ese margen de inseguridad sobre los resultados». (Gustavo López Muñoz y Larraz. El error sanitario. Madrid, 2003. p. 20)".*

Al **SEGUNDO INTERROGANTE**, ¿Hubo Pérdida de la oportunidad o del "chance" por habersele negado la realización de cesárea a la señora Liviluz Corrales Pérez, el día 04 de febrero de 2014?

La respuesta es, **SÍ**, y quedó demostrado en el proceso con todos los elementos probatorios aportados y el fundamento es el siguiente:

**SUSTENTO DOCUMENTAL-** Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud). Quedó registrado y plasmado en la Historia Clínica de atención del parto, Historia Clínica del Recién Nacido y de ingreso a UCI-NEONATAL, las condiciones de salud en las que nació la hija de la señora Liviluz Corrales, los cuales resaltaré a continuación.

Existen tres (3) documentos en donde se registra que la bebé recién nacida tuvo Apgar bajo al nacimiento y problemas neurológicos:

El **primer documento**: Es la Historia Clínica del recién nacido de fecha 05 de febrero de 2014 hora 02:00am (folio 96) en donde se consigna: "Apgar al minuto de 2, Apgar a los 5 minutos de 5, Apgar a los 10 minutos de 6, en el ítem observaciones: hipotonía generalizada, hipoactivo, pobre respuesta a estímulos, hiporreflexia, orejas de implantación bajas, ítem examen físico del paciente – NEUROLOGICO – Anormal".

**Un segundo documento**: La nota de evolución de enfermería del servicio de parto de fecha 05 de febrero de 2014 hora 02:00am: folio 256, en donde se registra lo siguiente, transcribo nota; "Nace recién nacida única viva de sexo femenino, sin llanto flácida más cianótica", haciendo la aclaración Honorable Magistrada, que la niña nace así, de mal, grave, complicada, por haberse sometido a la madre a un trabajo de parto y no a una cesárea como lo tenía programado.

**El tercer documento**: Corresponde a Historia Clínica de ingreso a UCI neonatal de fecha 5 de febrero de 2014, 4.09 am, realizada por el Doctor LLINÁS médico Especialista en Pediatría y que hizo parte de la atención de recién nacido en sala de parto (folio 273) - expulsivo prolongado, además se consigna que nació con un Apgar de 2,5,6,6, y 7, al minuto 1, 5, 10, 15, y 20, respectivamente.

La señora Liviluz Corrales, fue sometida a un trabajo de parto vaginal de forma caprichosa, el cual duró, desde la 07:57 de la noche del día 4 de febrero de 2014 en una fase activa, hasta el alumbramiento 03:03 de la mañana del día 05 de febrero de 2014, es decir, siete (7) horas tardó en parir o alumbrar. La pregunta

que nace aquí es ¿Qué tiempo dura la realización de una cesárea para obtener un bebé?

## ¿Cuánto tiempo se tarda en realizar una cesárea?

*"El tiempo medio estimado desde el inicio de la intervención hasta el nacimiento del bebé suele ser de unos 7 minutos, aunque la intervención en sí suele durar entre 30 y 60 minutos en total (aunque dependerá de las circunstancias y los eventos que vayan surgiendo durante el procedimiento)".*

**FUENTE:** [https://www.materna.es/el-parto/la-cesarea-paso-a-paso/#:~:text=El%20tiempo%20medio%20estimado%20desde,vayan%20surgiendo%20durante%20el%20procedimiento\).](https://www.materna.es/el-parto/la-cesarea-paso-a-paso/#:~:text=El%20tiempo%20medio%20estimado%20desde,vayan%20surgiendo%20durante%20el%20procedimiento).)

Es decir, su señoría, esas seis (6) horas de diferencia entre un procedimiento y otro, parto vaginal y cesárea, es lo que provocó la asfixia perinatal en la hija de la señora Liviluz Corrales.

**SUSTENTO DOCUMENTAL.** Dentro del acervo probatorio obra en el expediente material probatorio que demuestra que el procedimiento de CESAREA, le fue autorizado y aprobado a la señora Liviluz Corrales por parte de su prestador de servicio en salud - EPS COOSALUD (**VER FOLIOS N° 211, 212**), resaltando que a folio 212 aparece Médico Especialista en Ginecología, solicitando procedimiento quirúrgico de CESAREA.

**SUSTENTO JURISPRUDENCIAL.** La pérdida de oportunidad o de chance -como es llamada en otras legislaciones-, es una teoría proveniente del Derecho Francés, la cual tiene lugar cuando una persona tenía la posibilidad de obtener un provecho o no sufrir un perjuicio y ello se ve truncado por el acaecimiento de un hecho antijurídico imputable a un tercero, generando incertidumbre sobre si el efecto beneficioso o dañino se habría producido o no, pero quedando absolutamente clara la cercenación de modo irreversible de una expectativa. Su consideración como perjuicio autónomo cuenta posturas doctrinales antagónicas frente a las cuales la Jurisprudencia colombiana ya ha sentado una postura.

En Sentencia 2000-00645 de abril 5 de 2017 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero Bogotá, D.C., cinco (05) de abril de dos mil diecisiete (2017). Exp.: 25706 Rad.: 170012331000200000645-01

*"La pérdida de oportunidad como daño autónomo*

*14.1. Esta postura jurisprudencial al interior de la Sección Tercera del Consejo de Estado precisa que la pérdida de oportunidad es un daño en sí mismo con identidad y características propias, diferente de la ventaja final esperada o del perjuicio que se busca eludir y cuyo colofón es la vulneración a una expectativa legítima, la cual debe ser reparada de acuerdo al porcentaje de probabilidad de realización de la oportunidad que se perdió. Al respecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 11 de agosto de 2010<sup>(63)</sup>, señaló:*

*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 éste 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 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 (...). En consecuencia, tratándose de eventos en los cuales se accede a la reparación de la pérdida de un chance, lo indicado no puede ser el reconocimiento, en favor de la víctima, del valor total de la ventaja de la cual fue privado o del deterioro patrimonial que no pudo evitar a raíz del hecho del demandado, sino tener en cuenta que la oportunidad desaparecida tenía un valor y que es éste el que debe ser restablecido; ese valor, según antes se indicó, ha de resultar indiscutiblemente inferior a aquél que hubiere correspondido en caso de haberse demostrado el vínculo causal entre la pérdida del beneficio esperado por la víctima y el hecho de aquel a quien se imputa la correspondiente responsabilidad resarcitoria; es más, como también precedentemente se indicó, el monto de la indemnización por la pérdida de la oportunidad habrá de establecerse proporcionalmente respecto del provecho que finalmente anhelaba el afectado, en función de las mayores o menores probabilidades que tuviere de haber alcanzado ese resultado en el evento de no haber mediado el hecho dañino.(...) En cuanto corresponde a esta clase perjuicios, dado que ninguna incompatibilidad existe entre el reconocimiento de los perjuicios ocasionados por el daño autónomo consistente en la pérdida de oportunidad que aquí se ha detallado y la aflicción, angustia y congoja que en el plano puramente moral o inmaterial les generó la mencionada pérdida de oportunidad —que no los perjuicios morales por la muerte de la víctima directa— se hará un reconocimiento por este específico concepto".*

Al **TERCER INTERROGANTE**; ¿Hubo pérdida en la obligación de seguridad en la atención médica desplegada a la señora Liviluz Corrales los días 4 y 5 de febrero de 2014, durante su atención de trabajo de parto en la Clínica SALUD SOCIAL?

La respuesta es, **SÍ**, y quedó demostrado con los elementos probatorios aportados al proceso y el fundamento es el siguiente:

**SUSTENTO DOCUMENTAL** – Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud). Como ya se mencionó y fue descrito anteriormente, no aparece registrado en la Historia Clínica de urgencias y de trabajo de parto, que a la señora Liviluz Corrales, el personal asistencial en salud que la atendió, le haya ordenado, y diligenciado formato de PARTOGRAMA.

**SUSTENTO LEGAL.** La Ley 100 de 1993, en su artículo 153, numeral 9, reza lo siguiente:

*"Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que*

*expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”.*

**SUSTENTO JURISPRUDENCIAL.** En sentencia de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - Sala de casación civil, M.P. Dra. MARGARITA CABELLO BLANCO, SC2202-2019 Radicación N° 05001-31-03-004-2006-00280-01 (Aprobado en sesión de seis de febrero de dos mil diecinueve) Bogotá, D. C, veinte (20) de junio de dos mil diecinueve (2019). Invoca lo siguiente:

**"Obligaciones de seguridad.** - En virtud de las denominadas obligaciones de seguridad, el deudor de ellos "está obligado a cuidar de la integridad corporal del acreedor o la de las cosas que éste le ha confiado" (CS J SC259-200 5 de oct 1 8 2005, rad. N°. 14.491). Se trata de una distinción jurisprudencial, proveniente del derecho francés y que se encuentra aclimatada entre nosotros de tiempo atrás (Cfr . S C del 2 5 de noviembre de 193 8 en G.J. T. XLVII, págs. 41 1 y ss. , sobre todo en punto de la obligación del transportador , de donde proviene incluso en Franela ) que explica el alcance de ese deber secundario de conducta que puede estar expresamente pactado , establecido en la ley , o derivado de la naturaleza del contrato o de su ejecución de buena fe, pero en todo caso dirigido a la protección de la confianza que el acreedor deposita en su deudor en el sentido de que sus bienes o su persona quedarán a salvo (integridad de las cosas y corporal) , y que confía a este en el cumplimiento de la prestación principal, por lo que además de satisfacer ese débito el deudor garantiza o al menos -ello es objeto de discusión de e procurar la indemnidad de su acreedor respecto de tales intereses. En el ámbito hospitalario, además de la prestación de los servicios médicos, paramédicos y asistenciales, y además del suministro de Medicamentos y tratamientos pertinentes, de hospedaje especial, etc., que debe prestar la entidad nosocomial, tiene ésta a su cargo la obligación de seguridad de tomar todas las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume" (G.J. T.CLXXX, pág. 421, citada en SC-00 3 de: de 1º febrero de 1993, rad. N°. 3532)".

Es de resaltar, honorable Magistrada, para que una entidad de salud como lo es el caso de la Clínica SALUD SOCIAL, argumente exoneración de la responsabilidad civil médica, en el caso en cuestión, debió demostrar en el proceso que su personal asistencial actuó con diligencia, prudencia, y bajo lo establecido y reglado por la LEX ARTIS MÉDICA – Protocolos, así mismo, esta entidad de salud debió demostrar que contaba con los protocolos ATENCIÓN DE PARTO, MANEJO DE PARTOGRAMA, PROTOCOLO DE ASFIXIA PERINATAL, MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA. Sin embargo, ninguna de esta documentación fue aportada con la contestación de la demanda, es decir, no hay en el acervo probatorio prueba alguna, que la Clínica SALUD SOCIAL, demuestre que tenía implementado y adoptados cada uno de esos protocolos.

**AHORA NACE OTRO INTERROGANTE,** La asfixia perinatal que sufrió la hija de la señora Liviluz Corrales se produjo en la Clínica SALUD SOCIAL, ¿ahora, en qué momento sufrió la asfixia el trabajo de parto, en el momento que nace y es trasladada a UCI-N o fue en la UCI-NI?

La respuesta es que **Sí**, y se dio en la Clínica SALUD SOCIAL, quedó demostrado con los elementos probatorios aportados al proceso y el fundamento es el siguiente:

**SUSTENTO DOCUMENTAL** – Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud). Existen tres documentos en donde se registra que la bebé recién nacida tuvo *Apgar bajo* al nacimiento, y problemas neurológicos.

El **primer** documento: Es la Historia Clínica del recién nacido de fecha 05 de febrero de 2014 hora 02:00am (folio 96) en donde se consigna transcribo: "*Apgar al minuto de 2, Apgar a los 5 minutos de 5, Apgar a los 10 minutos de 6, en el ítem observaciones: hipotonía generalizada, hipoactivo, pobre respuesta a estímulos, hiporreflexia, orejas de implantación bajas, ítem examen físico del paciente – NEUROLOGICO – Anormal*".

**Un segundo** documento: La nota de evolución de enfermería del servicio de parto de fecha 05 de febrero de 2014 hora 02:00am: folio 256, en donde se registra lo siguiente, transcribo nota; "*Nace recién nacida única viva de sexo femenino, sin llanto flácida más cianótica*", haciendo la aclaración Honorable Magistrada, que la niña nace así, de mal, grave, complicada, por haberse sometido a la madre a un trabajo de parto y no a una cesárea como lo tenía programado.

**El tercer** documento: Corresponde a Historia Clínica de ingreso a UCI neonatal de fecha 5 de febrero de 2014, 4.09 am, realizada por el Doctor LLINAS médico especialista en pediatría y que hizo parte de la atención de recién nacido en sala de parto (folio 273) - expulsivo prolongado, además se consigna que nació con un Apgar de 2,5,6,6, y 7 al minuto, 5,10,15,20 minutos respectivamente. Y le realiza los siguientes diagnósticos: (ver folio N° 273)

*"-Recién nacido a término de más o menos 39.5 semanas por Capurro,  
- depresión cerebral neonatal.  
- hipertensión pulmonar primaria.  
- asfixia del nacimiento no especificada.  
- Dismórfico"*

No hay duda, su señoría, que la asfixia perinatal de la que fue víctima la hija de la señora Liviluz, se debió a un trabajo de parto prolongado como se describe y registra en la Historia Clínica, y los signos y síntomas que presentó al momento del nacimiento.

La señora Liviluz Corrales, fue diagnosticada de un embarazo de alto riesgo, sin embargo, hay que aclarar que su gestación, su bebé en los controles prenatales y estudios ecográficos siempre estuvo bien, dentro de lo normal, ahora cual ha sido el pronunciamiento del Honorable Consejo de Estado, respecto a este tema en obstetricia cundo un bebé viene normal.

En la línea jurisprudencial el Consejo de Estado en Sentencia 2000- 02802/33983 de febrero 16 de 2017, reza lo siguiente:

**"Régimen de la responsabilidad por actividad médica obstétrica"<sup>(21)</sup>.**

*En una primera tendencia, el precedente de la Sala sostiene que cuando se trata de un embarazo normal y el daño se causa durante el parto la responsabilidad tiende a ser objetiva, al surgir una obligación de resultado, teniendo en cuenta que "tiene que ver con un proceso normal y natural y no con una patología"<sup>(22)</sup>.*

*Conforme a este precedente, era indispensable demostrar la práctica o no de los exámenes para establecer cómo se encontraba el proceso de embarazo (v.g., monitoreo uterino y estudio pelvimétrico). De igual manera, debía demostrarse que la madre, pese a que se presentó en el servicio de la entidad médica para ser atendida en el trabajo de parto, y teniendo en cuenta que su estado de salud ameritaba la atención de urgencia, no se produjo de manera oportuna. En este precedente, también, se tuvo en cuenta en el "... significativo número de trabajos de parto diarios que realiza la entidad, no es causa justificativa para que se incurra en una deficiente prestación del servicio de salud durante el proceso de embarazo y parto".*

*Además, se sostuvo que, en la obstetricia, "... la responsabilidad médica tiende a ser objetiva, cuando ab initio el proceso de embarazo se presentaba normal, es decir, sin dificultades o complicaciones científicamente evidentes o previsibles".*

*A lo que se corresponde la exigencia de una obligación de resultado, en la medida en que, "... se espera de la actividad médica materno-infantil, es que se produzca un parto normal, que es precisamente la culminación esperada y satisfactoria de un proceso dispuesto por la naturaleza, en donde la ciencia médica acude a apoyarlo o a prever y tratar de corregir cualquier disfuncionalidad que obstaculice su desarrollo normal o ponga en riesgo a la madre o al que está por nacer".*

*En una segunda tendencia, el precedente de la Sala indicaba que en esta materia el título de imputación es la falla del servicio, pese a que se puede facilitar la demostración de la falla indiciariamente<sup>(23)</sup>.*

*La tercera tendencia marca en el precedente de la Sala que el daño causado durante el parto de un embarazo normal constituye indicio de falla del servicio. Si el proceso de gestación presenta alguna patología o riesgo, no opera tal indicio<sup>(24)</sup>. En esta tendencia, que marca la sentencia de 26 de marzo de 2008, se dijo que la "... responsabilidad por los daños causados con la actividad médica, por regla general está estructurada por una serie de actuaciones que desembocan en el resultado final y en las que intervienen, en diversos momentos, varios protagonistas de la misma, desde que la paciente asiste al centro hospitalario, hasta cuando es dada de alta o se produce su deceso".*

*Luego, y siguiendo el precedente, debe demostrarse "que el embarazo tuvo un desarrollo normal y no auguraba complicación alguna para el alumbramiento, prueba que lleva lógicamente a concluir que, si en el momento del parto se presentó un daño, ello se debió a una falla en la atención médica".*

*A lo que debe agregarse, probatoriamente, que la falla en la prestación médica "consistió en no practicarle la cesárea en el momento mismo en el cual se presentó la hemorragia como consecuencia del desprendimiento de la placenta", sino tiempo después en las circunstancias del caso en concreto. Esto lleva a que la causa eficiente<sup>(25)</sup>, en el precedente, la constituía la cesárea cuando se presentó el desprendimiento de la placenta.*

