

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA DE DECISIÓN CIVIL- FAMILIA**



Magistrado ponente: **JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA.**
Acta de decisión número 059
Manizales, Caldas, nueve de marzo de dos mil veintitrés.

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, frente a la sentencia calendada el cuatro (4) de abril de 2022, proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, en el proceso verbal de responsabilidad médica promovido por la señora María Enith Correa Duque y otros en contra de Coomeva EPS S.A y Clínica Versalles S.A -hoy Ospedale-, trámite al que fueron llamados en garantía Lina María Zuluaga Vargas, Luisa Fernanda Hernández Toro, Juan Esteban Sossa, Javier Enrique Pieruccini Murillo, Allianz S.A, Axa Colpatria S.A, Seguros Confianza S.A y Chubb Seguros S.A. Expediente radicado con el número 17001-31-03-006-2019-00275-04.

ANTECEDENTES

- En la demanda presentada para promover el referido proceso se solicitó que la Clínica Versalles S.A., y Coomeva EPS S.A, se les declare civil y extracontractualmente responsables de los daños ocasionados por el fallecimiento perinatal de Silvana Salazar Velandia y posteriormente el de la señora Sandra Milena Velandia Correa, durante su estancia en la IPS de referencia, ocurridos el 27 de septiembre de 2014.

Consecuencialmente, rogó se condene a las demandadas a pagar como indemnización la totalidad de daño emergente, perjuicios morales, y perjuicios inmateriales por concepto de daño a la vida en relación ocasionados a los demandantes, así:

Daño emergente:

- Reconocimiento de daño emergente para el señor Pablo Antonio Velandia Avendaño en calidad de padre de Sandra Milena Velandia Correa, en una suma equivalente a quinientos mil pesos (\$500.000), suma que fue asumida por concepto de alquiler de vehículo de placas SFP755, con la

finalidad de trasladar al reclamante desde la ciudad de Bogotá, hasta la ciudad de Manizales, el día 27 de septiembre de 2014, con el fin de asistir a los actos fúnebres de las fallecidas.

Perjuicios Morales:

- Reconocimiento de perjuicios morales subjetivos en suma representativa de la compensación por el gran dolor, angustia, aflicción y desasosiego sufrida por los fallecimientos de sus familiares como consecuencia de la negligente atención prestada por las entidades accionadas.

Demandante	Parentesco	Valor de pretensión
María Enith Correa Duque	Madre	\$120.000.000 M/cte
Pablo Antonio Velandia Correa	Padre	\$120.000.000 M/cte
Pablo Andrés Velandia Moreno	Hermano	\$120.000.000 M/cte
Jhony Alejandro Velandia Moreno	Hermano	\$120.000.000 M/cte
Luis David Velandia Moreno	Hermano	\$120.000.000 M/cte
María del Carmen Correa de Valencia	Tía	\$120.000.000 M/cte
Fabiola Duque Castro	Abuela	\$120.000.000 M/cte
Estefanía Martínez Valencia	Sobrino, 2do grado	\$120.000.000 M/cte
José Omar Peralta Duque	Tío	\$120.000.000 M/cte
Juan Carlos Peralta Muñoz	Primo	\$120.000.000 M/cte
Angelly Daniela Peralta Serna	Sobrino, 2do grado	\$120.000.000 M/cte
Jaime Andrés Correa Salazar	Primo	\$120.000.000 M/cte
Jaime Alberto Correa Duque	Tío	\$60.000.000 M/cte
Carolina Valencia Correa	Prima	\$60.000.000 M/cte
Gloria Clemencia Valencia Correa	Prima	\$60.000.000 M/cte
Luis Alfonso Villegas Duque	Amigo cercano – 3ro damnificado	\$30.000.000 M/cte
María Irene Muñoz de Peralta	Amigo cercano – 3ro damnificado	\$30.000.000 M/cte
Carlos Ariel Valencia Valencia	Amigo cercano – 3ro damnificado	\$30.000.000 M/cte

Perjuicios inmateriales por concepto de daño a la vida:

- Reconocimiento de daños a la vida en relación, como consecuencia de la negligente atención presentada prestada por las entidades accionadas.

Demandante	Parentesco	Valor de pretensión
María Enith Correa Duque	Madre	\$140.000.000 M/cte
Pablo Antonio Velandia Avendaño	Padre	\$140.000.000 M/cte

Fabiola Duque Castro	Abuela	\$140.000.000 M/cte
María del Carmen Correa de Valencia	Tía	\$140.000.000 M/cte

Finalmente, pidió se condene a las demandadas en costas y agencias en derecho.

- Expuso como fundamentos fácticos:

1. La señora Sandra Milena Velandia Correa, quien en vida se encontraba afiliada a la Entidad Promotora de Salud Coomeva S.A; atendida el día 28 de marzo de 2014 por Jaibana IPS, donde fue diagnosticada con embarazo de 11 semanas de gestación.

2. Con 36 semanas de gestación asistió a consulta médica obstétrica el día 15 de septiembre de 2014, por no percibir movimientos fetales, presentando tinitus y cefalea occipital; le fue realizado el examen físico, del cual se anota en la historia clínica de referencia "paciente en buenas condiciones generales", se decidió ordenar monitoreo fetal y revaloración con resultados. Surtidos los exámenes solicitados y al observar buenos resultados de los mismos, el profesional médico Javier Enrique Pieruccini Murillo (gineco-obstetra), da de alta a la paciente con recomendaciones de signos de alarma, correspondientes a su estado de gestación.¹

3. Se adujo en el escrito que el día 26 de septiembre de 2014, la señora Sandra Milena Velandia Correa, acudió al área de urgencias de la IPS Clínica Versailles, refiriendo diarrea, vomitó, malestar general, no percibir movimientos fetales y desde el día anterior actividad uterina continúa; dicha atención fue evaluada por la Dra. Lina María Zuluaga García (gineco-obstetra), quien según historia clínica, diagnosticó "DX:A09X-DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO", por lo cual ordenó su hospitalización, paraclínicos, hidratación, observación y control de signos vitales cada 4 horas [3:18 P.M].² Con los resultados de paraclínicos, fue evaluada por el Dr. Javier Enrique Pieruccini Murillo (gineco-obstetra), el cual indicó "RTA INFLAMATORIA SISTÉMICA POR PARACLINICOS Y CLINICA, SIN FOCO EVIDENTE"; absteniéndose de ordenar antibióticos y activar los protocolos aplicables

¹ 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf – Fl 358, 359, 360

² 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf – Fl 365, 366

para el diagnóstico en mención [8:23 P.M].³

4. Ignorando el diagnóstico y manejo que había estado recibiendo la paciente, la Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Toro (médico general) ordenó dar inicio al trabajo de parto; esto, evidenció falta de comunicación entre el equipo interdisciplinario encargado de la atención médica, desconociendo los síntomas que reveló la paciente desde su ingreso, y únicamente se le realizaron a partir de ese momento vigilancias y/o exámenes tendientes al trabajo de parto diagnosticado por la galena.⁴

5. En la madrugada del 27 de septiembre de 2014 [12:42 A.M] y siguiendo la ruta trazada “inicio del trabajo de parto” ordenado por la Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Toro, el profesional de la salud Dr. Javier Enrique Pieruccini Murillo indicó que “PACIENTE CON ADECUADA PROGRESIÓN DEL T DE PARTO, BIENESTAR FETAL Y MATERNO.CONTINUA VIGILANCIA”⁵; ruta que desconoce la anteriormente trazada donde se diagnosticó la reacción inflamatoria sistémica. Sobre las 1:43 A.M, la paciente fue evaluada nuevamente, donde se indicó seguir las indicaciones del personal médico y de enfermería, además de anotar en la respectiva historia clínica, el buen desarrollo y evolución que había tenido hasta ese momento, con signos vitales estables.

6. A causa del insólito giro en la atención, y, al realizar una nueva valoración, se encontró en ecografía realizada de urgencia que el corazón del feto estaba aquinético; razón por la cual, se le explicó a la paciente sobre el fallecimiento y la necesidad de continuar con el trabajo de parto vía vaginal, pero, esta insistió en que se culminara a través de cesárea por no encontrarse en condiciones de “pujar ni colaborar para el trabajo de parto”; argumentos aceptados por el galeno tratante en medio de aquella triste situación.[4:14 A.M – 4:42 A.M] ⁶

7. Consecuentemente la cesárea realizada con claros indicios de sepsis, dio pie a las complicaciones de salud que sufrió más adelante la señora Sandra Milena Velandia Correa, como hace constar la Dra. Luisa Fernanda Restrepo Rendón [8:02 A.M], indicando la necesidad de traslado a la UCI, por un

³ 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf – Fl 367

⁴ 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf – Fl 368

⁵ 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf – Fl 381

⁶ 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf – Fl 383, 384

sangrado activo "hemorragia postparto sepsis y shock septicopaciente con óbito fetal"⁷. La galena resaltó nuevamente [9:44 A.M] las malas condiciones generales de la paciente, pero consideró que no requiere ninguna intervención obstétrica, por lo que continuó manejo por UCI.⁸

8. A pesar de todas las medidas adoptadas para intentar estabilizar la paciente se indicó "inminente muerte a las 11 am entra en asistolia se realiza protocolo ACLS en presencia de los familiares se determina paciente fallecida se avisa a jefe de epidemiología y llama a fiscalía"⁹

9. Finalmente se trajo a colación el respectivo informe presentado por el COVE Departamental, en sesión del 21 de octubre de 2014; donde se concluyó que se trató de "una muerte perinatal evitable, secundaria a la sepsis severa que presentaba la madre", situación en donde no se siguieron los protocolos de atención aplicables para este tipo de urgencias médicas, además de los inadecuados diagnósticos realizados por los galenos.¹⁰

Actitud de la pasiva

- **La EPS Coomeva S.A** se opuso a lo pedido por la parte actora, propuso como medios defensa los que bautizó: (i) Cumplimiento contractual por parte de Coomeva EPS; (ii) Inexistencia de prueba de los elementos estructurantes de la responsabilidad civil extracontractual médica por parte de los demandantes; (iii) Inexistencia de nexo de causalidad (prueba de diligencia y cuidado en la atención médico asistencial por parte del personal médico a la paciente Sandra Milena Velandia Correa y a su hija no nacida Silvana Salazar Velandia); (iv) Causa extraña: caso fortuito o fuerza mayor; (v) Falta de diligencia exclusiva del asegurado – culpa exclusiva de la víctima; (vi) Inexistencia de solidaridad entre clínica versalles y Coomeva eps y (vii) Excesiva tasación de perjuicios (enriquecimiento sin causa). Finalmente llamó en garantía a la compañía aseguradora de fianzas S.A – CONFIANZA S.A.

⁷ 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf – Fl 386

⁸ 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf – Fl 387

⁹ 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf – Fl 390

¹⁰ 002CuadernoescaneadoFolio301hasta451.pdf – Fl 64 a 101

● **La Clínica Versalles S.A** se opuso a la prosperidad de la acción incoada por la parte actora, como soporte de su oposición propuso las excepciones de mérito que llamó (i) acto medico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de los protocolos; (ii) inexistencia de responsabilidad de la clínica versalles S.A; (iii) inexistencia de culpa en la atención medica prestada al paciente por clínica versalles S.A; (iv) inexistencia de la obligación de indemnizar; (v) obligación de medios y no de resultados a la atención brindada por parte de la clínica Versalles al paciente; (vi) cobro de los no debido; (vii) exceso de pretensiones y violación del juramento estimatorio; (viii) carga de la prueba de los perjuicios sufridos y (ix) innominada

● **El llamado en garantía Dr. Javier Enrique Pieruccini Murillo** se opuso a las pretensiones de la demanda y propuso como medios exceptivos: (i) ausencia de culpa (diligencia y cuidado); (ii) adecuada práctica médica – cumplimiento de la lex artis; (iii) improcedencia de imputación jurídica del daño; (iv) riesgo inherente del trabajo de parto y/o cesárea; (v) ausencia de nexo causal; (vi) indebida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos; Finalmente contra el llamamiento en garantía realizado por la clínica Versalles, propuso (i) improcedencia llamamiento en garantía; (ii) ausencia de culpa; (iii) obligaciones de medio en la relación médico paciente y (iv) tasación excesiva de los perjuicios.

● **La llamada en garantía Dra. Lina María Zuluaga García** contra el llamamiento en garantía realizado por la clínica Versalles, propuso (i) falta de legitimación en la causa para llamar en garantía y (ii) inexistencia de solidaridad; además pidió se nieguen los pedimentos del libelo introductor fincado su defensa en los medios exceptivos que nominó: (i) sujeción al cumplimiento de protocolos; (ii) cumplimiento de lex artis; (iii) ausencia de culpa; (iv) inexistencia de nexo de causalidad; (v) inimputabilidad del daño.

● **La llamada en garantía Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Toro** no se allanó a las pretensiones de la parte activa e interpuso como medios exceptivos: (i) adecuada práctica médica – cumplimiento de la lex artis; (ii) ausencia de culpa; (iii) ausencia de nexo causal; (iv) ausencia de reproche jurídico frente al daño, en contra de la médica Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Toro; (v) la genérica; En defensa al llamamiento en garantía realizado por la clínica

Versalles, propuso (i) inexistencia de fundamentos fácticos y jurídicos para el llamamiento en garantía en contra de la médica general Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Toro; (ii) obligaciones de medios y no de resultado en relación al actuar médico de la Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Toro y (iii) falta de legitimación en la causa por pasiva de parte de la clínica Versalles.

- **El llamado en garantía Dr. Juan Esteban Sosa Bohórquez** rechazó las pretensiones de la parte actora en base a las excepciones: (i) acto anestésico ejecutado conforme a protocolos y sin complicaciones; (ii) ausencia de nexo de causalidad subjetivo; (iii) causa de muerte natural, no relacionada con los procesos de atención de los profesionales de la salud; (iv) cobro excesivo de perjuicios y (v) excepción genérica.

- **La llamada en garantía Chubb Seguros de Colombia S.A** frente al llamamiento en garantía efectuado por la clínica Versalles, presentó como excepciones (i) responsabilidad de la aseguradora dentro de los límites de la vigencia de la póliza 12/40878; (ii) límite del valor asegurado y deducible pactado de la póliza 12/40878; (iii) disponibilidad del valor asegurado de la póliza 12/40878 y (iv) excepción genérica; para terminar expuso su desacuerdo con las pretensiones de la actora, esgrimiendo como excepciones las siguientes (i) los actos médicos realizados por los diferentes profesionales de la salud vinculados a clínica Versalles S.A cumplieron con la debida diligencia y cuidado, conforme con la lex artis y sin culpa; (ii) ausencia de nexo causal; (iii) caso fortuito; (iv) la responsabilidad médica es por culpa probada; (v) excesiva tasación de daños materiales e inmateriales y (vi) excepción genérica.

- **La llamada en garantía Allianz Seguros S.A** no aceptó las pretensiones de los demandantes, para lo cual expuso, (i) las excepciones planteadas por quien efectúa el llamamiento en garantía a mi procurada; (ii) la conducta desplegada por la clínica Versalles y por los funcionarios de salud que intervinieron y atendieron la situación médica y la intervención quirúrgica de la señora Sandra Milena Velandia Correa fue diligente, idónea y oportuna; (iii) el contenido obligacional que conlleva el servicio médico es de medio y no de resultado; (iv) el régimen de responsabilidad aplicable a este particular es el de la culpa probada – reiteración de jurisprudencia de la corte suprema

de justicia y de la corte constitucional;- (v)injustificada tasación del perjuicio denominado "daño emergente" y (vi) tasación indebida e injustificada de los supuestos perjuicios inmateriales pretendido por los demandantes, titulados como daño moral y daño a la vida de relación; ahora, frente al llamamiento en garantía esgrimió las excepciones de (i)inexistencia de cobertura frente al caso en particular, de las pólizas de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022121026/0 y 022300905/0; (ii)no realización del riesgo asegurado, y por consiguiente, no existe obligación indemnizatoria alguna a cargo de Allianz seguros S.A; (iii)límites máximos y las condiciones pactadas en el contrato de seguro documentado en las pólizas de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales N. 022121026/0 y 022300905/0; (iv)el contrato es ley para las partes; (v)enriquecimiento sin justa causa; (vi)prescripción y (vii) genérica o innominada.

- **La llamada en garantía AXA Colpatría Seguros S.A.** formuló seguidamente los medios de defensa de fondo con respecto del libelo genitor: (i)inexistencia de falla en la prestación del servicio médico – atención médica ajustada a la lex artis; (ii)obligación de medios por parte del personal médico de la clínica Versalles S.A; (iii)ausencia del nexo o vínculo de causalidad; subsidiariamente formuló (i)exceso de pretensiones por perjuicio material; (ii)improcedencia de indemnización por daño emergente; (iii)coadyuvancia y (iv)la innominada. Finalizó plantando su defensa al llamamiento en garantía con las excepciones:(i) sujeción a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro suscrito; (ii) ausencia de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales – opera bajo la modalidad claims made; y de manera subsidiaria anotó (i)cobertura en exceso; (ii)daños extra patrimoniales tasados a través de sentencia judicial; (iii)límite del valor asegurado y deducible; (iv)eventual obligación de indemnizar de ser por reembolso; (v)reducción del valor asegurado y (vi) la innominada.

- **La llamada en garantía Seguros Confianza S.A** no contestó la demanda y el llamamiento en garantía dentro de los términos establecidos, por lo cual se da por no contestada; decisión adoptada mediante auto notificado por estado electrónico No. 090, del 16 de junio de 2021.

Fallo de primera instancia

El Juez a quo negó las pretensiones de la demanda arguyendo que luego de analizar todo el material probatorio, no se evidenció claramente que el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS –por sus siglas en ingles), asociado al choque séptico alegado por los demandantes como causa de la muerte de Sandra Milena Velandia Correa y de la mortinata; fuera un hecho imputable dentro del marco de un actuar negligente a las demandadas, toda vez que no está acreditado el nexos causal, ni la culpa de los galenos encargados de la atención.

Precisó que la falta endilgada a las demandadas consistía en el mal manejo y errado diagnóstico que se le dio a la madre y al feto, atención donde no se siguieron los protocolos establecidos para el SIRS y desconociendo los síntomas iniciales de las pacientes, tesis que se descartó, en base a los dictámenes periciales aportados por las partes en el proceso, los cuales resaltan que la causa de la muerte se basó en conjeturas, sin lograrse establecer a ciencia cierta las causas de ambos decesos; lo anterior llevó al judicial a inferir que las complicaciones y muerte por causa de choque séptico, no se logró probar.

En el mismo sentido se descartó que la causa de la muerte de la mortinata fuere causada por las complicaciones derivadas de el SIRS, que sufría la madre, como lo alegó la parte actora; pues según los dictámenes periciales que concurrieron en el proceso no se logró probar que su muerte haya ocurrido por choque séptico, sumado a que, en el informe de necropsia no se refirió infección placentaria, quedando sin sustento la hipótesis del perito de la parte actora, Dra. Elia Beany Lasso Cerón.

Finalmente, condenó en costas a los demandantes, fijando las agencias en derecho por la suma de siete millones de pesos (\$7.000.000).

Impugnación.

- **La parte demandante** fincó su alzada aduciendo que el juez de instancia ha desconocido en la fundamentación del fallo, los elementos teóricos que

gobiernan el esquema de la responsabilidad médica extracontractual; omitiendo examinar y evaluar el material documental aportado en el recorrido del proceso, así como los antecedentes de paciente de alto riesgo obstétrico (basado en la sintomatología presentada antes del parto), en los cuales se evidenció que existió sospecha de sepsis en el organismo de las fallecidas, desconociendo los manuales y guías vigentes en la fecha de la atención para el manejo de la sepsis y la contraindicación de practicar procedimientos quirúrgicos (cesárea) en tal situación; con el agravante de la inaplicación de batería farmacológica para contrarrestar la infección que avanzaba en su cuerpo.

Alegó la poca evaluación que se le dio a los dictámenes periciales de la Dra. Elia Beany Lasso y Jesús María Jácome, pues de haber sido contrastado correctamente con lo reportado en historias clínicas, el juzgador se hubiera topado con la relación existente del diagnóstico de sepsis, gastroenteritis y el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS –por sus siglas en inglés) con la posterior muerte de Sandra Milena Velandia Correa. Añadió además que, no fueron tenidas en cuenta las confesiones espontáneas dadas por la demandada Coomeva EPS, en la sesión del Comité Epidemiológico de Política Pública (COVE DEPARTAMENTAL), informe en el cual, se realizó el diagnóstico postmortem de las posibles causas de muerte del binomio materno-fetal.

Esgrimió su descontento con la evaluación irrazonable dada por el despacho, a los informes periciales emitidos por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, argumentando la estrecha relación entre este, las historias clínicas y los dictámenes periciales aportados por la activa, pues se vislumbraba el posible diagnóstico de sepsis con suficiencia; así las cosas, el fallo de instancia vio la luz totalmente contaminada. Por si fuera poco, indicó que en un principio el diagnóstico de embolia de líquido amniótico fue descartado, pero se utilizó este para generar dudas en la acreditación del diagnóstico séptico que dio como resultado la posterior muerte de las afectadas.

Finalmente, refirió que debió evaluarse a través de los medios de prueba aportados, el déficit de capital humano encargado de la atención en la

Clínica Versalles, los días 26 y 27 de septiembre de 2014, donde se observó con claridad, la carencia de personal en relación con los pacientes internados en la institución.

- **La Clínica Versalles, hoy Ospedale** se pronunció frente al recurso interpuesto por la activa, alegando la extemporaneidad de su presentación, pues el término dado para presentar la apelación vencía el 20 de mayo de 2022 y no 5 días después, ocasionando la deserción del mismo. Ahora, frente a la materia del litigio indicó que los documentos aportados en el proceso, demostraron el buen manejo interdisciplinario que recibió Sandra Milena Velandia Correa, durante su estadía en la IPS, equipo, que contaba con los estándares de idoneidad y cantidad para la atención de pacientes en las fechas del triste suceso.

Resaltó que los testimonios e interrogatorios rendidos por los galenos y peritos evidenciaron que la fallecida no cumplió con los criterios de sepsis materna, al no registrar signos de alarma de infección, presentando en su organismo únicamente síndrome de respuesta inflamatoria que, al ser resuelto, descartaba la posibilidad de administrar antibióticos de amplio espectro; por lo tanto, consideran, tuvo un manejo acertado y acorde al tratamiento requerido para la condición que la aquejaba.

Finalmente agregó la nula responsabilidad que le asiste a la demandada, toda vez que no se demostró que el fallecimiento del binomio fuera ocasionado por una mala práctica obstétrica y tampoco se logró acreditar la culpa en el caso de análisis, resaltando que la labor efectuada por los miembros del personal médico, son obligaciones de medios, no de resultados.

- **Coomeva EPS** por su parte indicó la inexistencia del nexo causal entre la atención médica para el diagnóstico de sepsis y el fallecimiento de las afectadas, basándose en la diligencia que sostuvo el personal médico para la patología que se había presentado en la paciente, señaló que aunque la activa alegó que el diagnóstico de inflamación de respuesta sistémica (RIS) fue la causa de la sepsis, y a su vez está del fallecimiento, se logró argumentar, gracias a los testimonios e interrogatorios rendidos en las diligencias, que el

diagnóstico de RIS, puede presentarse en diferentes patologías, incluida la deshidratación, siendo esta una de las condiciones que presentaba la paciente al ingreso en la institución, donde una vez fue rehidratada sus signos vitales mostraron mejoría y buena reacción al tratamiento dado por los especialistas de turno; según los médicos peritos del proceso, la sospecha de sepsis se descartó al evidenciar la mejoría de los síntomas y signos vitales, algo que no es coherente para el diagnóstico alegado.

Finalmente expuso las causas que llevaron al personal médico a realizar una cesárea y el evidente panorama de tristeza y desasosiego por el que atravesaba la madre tras la muerte de su aún no nacida hija, de la cual, tampoco se logró acreditar causa de muerte.

- **AXA Colpatria Seguros** solicitó declarar desierto el recurso en razón de no dar cumplimiento a lo reglado en el artículo 14 del Decreto 806 de 2020, frente a la extemporaneidad del mismo; se refirió a las declaraciones dadas por el Dr. Jesús María Jácome frente a las supuestas medidas que se debieron implementar en el diagnóstico y tratamiento de Sandra Milena Velandia Correa, resaltando que, el mismo perito había aceptado que los documentos utilizados en el informe realizado no eran guías de manejo adoptadas por el ministerio de salud, sino artículos de literatura médica, que debían servir de guía para los galenos tratantes, pero no implicaba que debían ser cumplidas. En la misma línea atacó la experiencia del perito Elia Beany Lasso Cerón en materia de ginecología, refiriendo que su experiencia en esta área, se debía únicamente a la atención de partos naturales entre los años 2004 y 2005, sumado a ello, indicó, las guías utilizadas para elaborar su peritaje tampoco eran de obligatorio cumplimiento.

Frente a la causa de la muerte de la señora Sandra Milena respaldó la tesis del despacho de primera instancia, donde no se logró probar que la muerte de ambas pacientes se debiera a un choque séptico, ocasionado por el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, además, no había sustento clínico para apoyar la tesis de la propagación de una infección en el organismo de las fallecidas.

Finalmente expresó que, de ser el fallo desfavorable a sus intereses, se tengan por probadas las excepciones propuestas en la contestación de la demanda, en especial las que se relacionan con ausencia de cobertura del contrato de seguro.

- **Allianz Seguros** expresó la ausencia de elementos probatorios que acreditaran que las muertes fueron causadas por un choque séptico; además, reprocho las afirmaciones de la activa al referirse a la cesárea practicada, precisando que la misma fue atendida bajo expreso consentimiento de la fallecida, pues, según los testimonios y anotaciones de historia clínica, se evidenció claramente que los especialistas de turno realizaron las advertencias necesarias antes del procedimiento e informaron la contraindicación del mismo. Aseguró además que la atención brindada a la paciente durante su estancia en la Clínica Versailles, fue totalmente oportuna, tal como se vislumbra en las historias clínicas allegadas al proceso.

Finalmente indicó que al no configurarse los requisitos para estructurar la responsabilidad médica y que los hechos no acaecieron en vigencia de las pólizas contratadas, su responsabilidad no tendría cabida en el presente caso.

- **La Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Toro** al igual que los anteriores, solicitó se declare desierto el recurso de apelación interpuesto por los demandantes, en base al decreto 806 de 2020 por la extemporaneidad en que se presentó. Agregó que las conductas médicas adoptadas en el tratamiento de la señora Sandra Milena Velandia Correa fueron acordes a los síntomas y diagnósticos que presentaba al momento de la atención en salud, quedando probado durante el trámite de primera instancia que no existió impericia por parte del personal encargado, además, no se logró probar la configuración de los elementos principales que componen la responsabilidad civil médica. Finalizó expresando que en el presente caso de controversia no existió un actuar contrario a la *lex artis ad hoc*, pues su actuar fue prudente, diligente, cuidadoso y oportuno.

- **La Dra. Lina María Zuluaga** en primera medida pidió que se declara desierto el recurso presentado, por el no cumplimiento de la sustentación del

mismo en los tiempos establecidos; continuó describiendo que, a través de las historias clínicas, las pruebas periciales y testimoniales se logró demostrar que la atención brindada se ciñó a las indicaciones establecidas en las guías de atención materna, donde al no presentar una infección evidente, el tratamiento a seguir no eran los antibióticos de amplio espectro, ni la realización de una especuloscopia en razón de que la paciente no había roto membranas, pues, fue suficiente como punto de partida los paraclínicos ordenados para establecer una hoja de ruta.

Terminó refiriéndose a la falta de elementos estructurales de la responsabilidad civil, al no existir un nexo causal y la falta de culpa de los profesionales de la salud.

- **El Dr. Juan Esteban Sosa Bohórquez** expresó su satisfacción con la sentencia proferida en primera instancia, indicando que la prueba científica no dejó duda alguna al juzgador sobre el debido acatamiento de protocolos y toma de decisiones basadas en el análisis racional de la situación esbozada en el escrito principal; en su actuar desplegó todos los conocimientos necesarios para la debida atención a la paciente, resaltando que en lo que respecta a la atención general y principalmente su papel en la misma, fue totalmente acertado, tal como se logró demostrar en las audiencias realizadas.

- **El Dr. Javier Enrique Pieruccini Murillo** se pronunció sobre los puntos debatidos en la apelación, concluyendo que las atenciones siempre se dispensaron a la medida de los protocolos médicos y la *lex artis*, por tal razón no existió culpa alguna en la prestación del servicio, pues la actuación de los profesionales fue acorde al cuadro clínico que presentaron las pacientes, aunado a que la parte activa no acreditó el actuar negligente, imprudente o impericia del personal médico a cargo de la atención; por tal razón y al no configurarse los elementos de la responsabilidad médica, solicita se confirme la sentencia proferida en primera instancia.

CONSIDERACIONES

Atendiendo los alegatos presentados por las demandadas y llamados en garantía en razón de la extemporaneidad de la sustentación del recurso de apelación; se tiene que la providencia proferida el día 12 de mayo del presente año, se notificó por estado electrónico el día 13 de mayo y tuvo como término de ejecutoria 3 días hábiles siguientes, tal como lo reglamenta el artículo 302 del C.G.P:

"Las que sean proferidas por fuera de audiencia quedan ejecutoriadas tres (3) días después de notificadas..."

Transcurridos los tres días de la ejecutoria, sin que ninguna parte solicitara pruebas adicionales, inició el término de cinco (5) días de traslado a la parte apelante para sustentar su recurso, los cuales transcurrieron los días 19, 20, 23, 24 y 25 (inhábiles 21 y 22 de mayo), en concordancia con el decreto 806 de 2020 (vigente en ese momento) en su artículo 14:

"Ejecutoriado el auto que admite el recurso o el que niega la solicitud de pruebas, el apelante deberá sustentar el recurso a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes"

Al verificar la trazabilidad que se dio a los correos electrónicos recibidos, se encuentra que la actora envió la sustentación del recurso al correo de la "Secretaría Sala Civil Tribunal Superior" el día 20 de mayo de 2022 a las 4:59 pm¹¹,



De igual manera envió copia de la sustentación del recurso a la pasiva el día 25 de mayo de 2022 a las 9:09 am, como consta a continuación:

¹¹ C02Tribunal/08Correo.pdf, Fl 1

----- Forwarded message -----

De: **Fernando duque garcia** <ferduqueg@gmail.com>
Date: mié, 25 may 2022 a las 9:06
Subject: SUSTENTACIÓN - RECURSO DE APELACIÓN - 1700-31-03-006-2019-00275-04
To: <estadosjudiciales@ospedale.com.co>, <andreacanal329@gmail.com>, <radacaja950@gmail.com>, <notificaciones@gha.com.co>, <abogazo@hotmail.com>, <ricardo.galeano@galeanosas.com>, <lamoerbe401@gmail.com>, <dvalenc3@hotmail.com>, <nmachri219@gmail.com>, <notificacionesatenas@gmail.com>, <joha_re20@hotmail.es>, <astrid_reyes@coomevaeps.com>, <amoscoso@confianza.com.co>

Cordial saludo.

En mi calidad de apoderado de la parte activa del proceso de la referencia y estando en los términos establecidos, me permito trasladar sustentación del recurso de apelación.

Realizadas entonces las verificaciones de rigor y la trazabilidad de los documentos que sustentan la apelación y su aparente extemporaneidad, la cual generó una discusión de las demandadas y llamados en garantía; este Juzgador Colegiado estima que según los registros que desbordan el expediente (incluyendo constancia secretarial que detalla el envío y recepción de correos, traslados y notificaciones) ¹²y la normativa aplicable para el presente caso, la parte actora si sustentó la apelación interpuesta dentro de los términos establecidos en nuestro ordenamiento, por consiguiente:

1. Advendrá una sentencia de mérito habida cuenta de que no se observa ningún vicio de nulidad procesal y, de otro lado, los presupuestos procesales no admiten reparo; registrando además que de la conducta procesal de las partes no hay indicios por deducir en los términos del artículo 280 del C.G.P.

Es menester precisar que conforme lo impone el canon 328 del Estatuto Ritual Civil esta Sala de decisión se pronunciará "*...solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley*".

2. Para comenzar diremos que desde hace algún tiempo se ha sostenido, de acuerdo con los conceptos jurisprudenciales y doctrinales encargados de precisar en qué consiste y en qué se diferencia la denominada "Responsabilidad Civil Médica" enfrente de otras especies tradicionales de

¹² C02Tribunal/06Constancia.pdf

responsabilidad, que la obligación médica esencial con el paciente (tanto del profesional como de la institución a que eventualmente puede pertenecer), es la de cumplir de manera ética y diligente la labor encomendada, colocando al servicio de éste los conocimientos, experiencia y las reglas y técnicas del arte médico en procura de su salud y bienestar. La responsabilidad médica, como especie de la responsabilidad civil, requiere para su configuración, como regla general, la presencia de tres elementos constitutivos, que son: la conducta culposa, el daño y el nexo causal.

- La culpa se manifiesta en una conducta irregular en la que no está presente la intención de generar un daño, pero que resquebraja los mínimos preceptos de prudencia, conocimiento, pericia y diligencia al acometer la acción, constituyéndose en el presupuesto jurídico necesario para la atribución de responsabilidad; al respecto, la Sala se remite a la sentencia de ocho (8) de agosto de 2011 de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Magistrado Ponente: Dr. Pedro Octavio Munar Cadena. Expediente No. 2001 00778 01; allí se citó la sentencia de 26 de noviembre de 2010. Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01.
- En cuanto al daño, corresponde a las lesiones físicas o psíquicas padecidas por la persona afectada y los consecuentes perjuicios patrimoniales o extra patrimoniales en cabeza no sólo de ésta, sino de sus familiares o personas cercanas; en este punto, la Sala da por reproducidas las sentencias de la H.C.S.J, Sala de Casación Civil, de 30 de agosto de 2010 (Exp. 1999-06826, Magistrado Ponente Dr. Jaime Arrubla Paucar), y de nueve (9) de julio de 2012 (Expediente No. 11001-3103-006-2002-00101-01. Magistrado Ponente, Dr. Ariel Salazar Ramírez).
- Y en relación con el nexo causal, se debe establecer si existió una relación de génesis a efecto adecuada, entre el comportamiento asumido por el médico, paramédico o la institución tratante y el daño padecido por el paciente; para ampliar este concepto la Corporación prohíja lo indicado en la sentencia de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, de 13 de septiembre de 2002, expediente No. 6199.

3. El sustento de la decisión de primera instancia se fincó, en resumen, la parte demandante incumplió con la carga probatoria de demostrar los elementos volitivos de la acción de responsabilidad médica, merced que no se evidenció que el choque séptico derivado de una mala atención médica hubiera sido la causa de la muerte de Sandra Milena Velandia Correa y el feto que esperaba. De otro lado, descartó también una demora en la atención brindada a la señora Sandra Milena Velandia Correa o que los procedimientos efectuados a las pacientes no fueran lo adecuados. Por su parte, la recurrente sostiene que, a diferencia de lo vertido en la sentencia de instancia, sí se configuraron los elementos axiológicos de la acción reclamada.

Avanzando, corresponde determinar si existe una relación en la prestación del servicio de salud prestado entre el 26 y el 27 de septiembre de 2014, a la señora Sandra Milena Velandia Correa con su producto de gestación y su posterior fallecimiento a consecuencia de fallas en el diagnóstico realizado, fallas en la prestación del servicio y la inaplicabilidad de protocolos médicos preestablecidos, y por tanto, como aduce la censora se configuraron los elementos axiológicos de la responsabilidad reclamada.

Del dictamen pericial y la historia clínica

En el caudal probatorio se cuenta con el enfrentamiento conceptual de siete (7) profesionales, dos (2) de ellos aportados por la parte demandante:

"Elia Beany Lasso Cerón, médica cirujana y especialista forense donde indicó que la atención en salud brindada fue inadecuado, no se le dio el manejo oportuno a los síntomas de la paciente que desencadenaron en sepsis; sumado a que el mal manejo dado a Sandra Milena favoreció a la muerte del feto; se tiene también al Dr. Jesús María Jácome Bohórquez, médico cirujano y especialista en ginecología y obstetricia, con más de 20 años de experiencia en el área de ginecología y obstetricia, tanto como docente como en ejercicio de su profesión, que en su dictamen de contradicción a las experticias de la parte demandada expuso que la causa de la muerte fue debido a la progresión del cuadro infeccioso y al desencadenamiento de un shock tóxico por estreptococo Pyogenes en el postquirúrgico de la cesárea".

Por la parte demandada y llamados en garantía se tiene a:

"Gloria Mercedes Jiménez Rodríguez médico especialista en patología forense, con más de 20 años de experiencia en diferentes IPS, además de 8 escritos publicados en relación a su área de trabajo, sugiere la presencia de un cuadro de embolismo amniótico en la madre, y en el feto una muerte súbita que amerita

estudio genético el cual no se realizó. Frente a este peritazgo se debe aclarar que el mismo fue desistido por la parte llamada en garantía que lo presentó, la Dra. Luisa Fernanda Rodríguez Toro.¹³

Martha Helena Caro Sambrano, abogada y médico cirujano, con especialización en gerencia de la calidad en salud y diplomado en verificación de condiciones de habilitación de prestadores de salud, cuenta con 10 años de experiencia en servicios de consulta externa y urgencias de alta complejidad, y 9 años de experiencia como asesor de calidad en servicios de salud con diferentes IPS y privados su peritaje se centra en analizar y conceptuar la función del COVE Departamental dentro de los actores del sistema de salud.

Javier Eduardo Pérez Puerta médico especialista en ginecología y obstetricia con 20 años de experiencia, concluye que el manejo dado a la paciente fue el adecuado, dados los síntomas que presentaba, la cual falleció por una embolia de líquido amniótico y la mortinata a causa de hipoxia fetal por compresión del cordón umbilical.

Ricardo Arturo Martínez García médico cirujano, especialista en medicina interna, con maestría en enfermedades infecciosas y tropicales, maestría en epidemiología (formación para atención integral de pacientes con patología infecciosa), con más de 17 años de experiencia (cuestionario, pregunta 23), concluyó que la paciente no curso un cuadro de choque séptico, y que la causa más probable de muerte fue el embolismo de líquido amniótico, debido al cuadro de rápido avance de severidad que se presentó durante la atención, además indicó que la atención y manejo fue el adecuado.

Sandra Ximena Olaya Garay médico especialista en ginecología y obstetricia con formación en medicina crítica y cuidado intensivo, cuenta además con 12 artículos publicados, tres (3) capítulos en diferentes libros publicados, dos (2) libros publicados, directora del grupo de investigación MEOCRI (medicina obstetricia crítica), investigadora junior en COLCIENCIAS, y miembro de 3 sociedades científicas, esta concluyó que el manejo por parte del personal médico fue adecuado y la causa de la muerte se debió a un embolismo de líquido amniótico".

El medio probatorio por excelencia para establecer la impericia o negligencia médica lo es la prueba pericial, que lleve a inferir negligencia o impericia en el establecimiento del tipo de trauma que presentó el paciente o en la naturaleza misma de aquél, o que a consecuencia de aquello se ordenaron procedimientos de diversa índole inadecuados que pudiesen haber agravado su estado de salud. Se tiene en el presente caso de estudio a 7 profesionales de la salud, con especialidades en diferentes áreas por lo que esta sala en busca de lo sucedido con la fallecida, y en mérito de los campos de trabajo especializados de los peritos, le prestara especial atención (sin obviar las conclusiones de los demás profesionales) a los dictámenes rendidos por los Dres. Sandra Ximena Olaya Garay y Ricardo Arturo Martínez García por ser los especialistas con mayores logros académicos y experiencia en el área de estudio.

¹³ 285Audiencia21Febrero2022Parte1.mp4/ minuto 7:14

Ahora, es importante acotar los pronunciamientos realizados por el Dr. Jacome, en interrogatorio rendido en audiencia el 17 de febrero de 2022, donde a los cuestionamientos realizados por la apoderada de la Clínica Ospedale sobre las guías en las que se basó para la elaboración de los dictámenes periciales, este, indicó que los mismos se hicieron con base a literatura que en primer término no era de obligatorio cumplimiento, agregando que, para la fecha de la atención las clínicas tenían la potestad de elaborar sus propias guías de manejo de sepsis, previa aprobación del Ministerio de Salud, o a las creadas por el mismo Ministerio, y que, para su peritaje, no le fueron suministradas las guías utilizadas por la Clínica Ospedale sobre el manejo de la sepsis materna. Además, aclaró que, su dictamen no se hizo en base a las guías aprobadas del Ministerio, ni las que tenía la clínica, sino que, se basó exclusivamente en literatura sobre el manejo de este tipo de enfermedades y diagnósticos¹⁴.

Para generar claridad, esta Corporación a lo largo de la parte considerativa de la presente providencia expondrá de forma amplia y suficiente las razones de peso por las cuales prima la tesis prohijada por la pasiva y respaldada en las pruebas periciales aportadas por ellas, en atención a la experiencia y experticia de los peritos, dejando claro que de manera preliminar no se descarta, sino que se procederá a hacer un análisis pormenorizado para establecer cuál de las tesis de las partes se le da mayor credibilidad.

De la actividad médica:

Debe resaltarse que en asuntos de esta envergadura, en los que la ciencia y la técnica juegan papel preponderante ya que, una experticia, para casos como el de ahora, sin ser prueba única y determinante, le permite al juez aproximarse al conocimiento que requiere para definir la litis, pues con ella se puede descubrir el comportamiento, tanto del galeno, como de las instituciones que contribuyen a la prestación de un servicio de salud y concluir si se cumplieron las reglas que aconseja la ciencia médica.

En este sitio las cosas, se trae en mención lo expresado por la Honorable Corte Suprema de Justicia en sentencia de Casación Civil de 26 de septiembre de

¹⁴ 276Audiencia17Febrero2022Parte5.mp4, minuto 30:43 a 33:10

2006, expediente N° 6878, Magistrado Ponente Dr. Jorge Santos Ballesteros, y según la cual:

“cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia -no conocidos por el común de las personas y de suyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquéllos que la practican- y que a fin de cuentas dan, con carácter general, las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa. En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan, pero no ocasionan ...”.

Es menester manifestar que por regla general la historia clínica no es suficiente para acreditar la mala praxis del médico, si es que se quisiera hacer alguna reflexión sobre este aspecto; se necesita más que eso para establecer que lo que allí se consigna es contrario a lo que aconseja el devenir médico para un caso concreto. Por ello, retomando la importancia de la prueba técnica, y haciendo alusión a la historia clínica, dijo también la máxima Corporación, en la sentencia SC003-2018, radicación: 11001-31-03-032-2012-00445-01, del 12 de enero de ese año, con ponencia del Magistrado Luis Armando Tolosa Villabona, que:

“3.4.1. No obstante, denunciándose mal apreciada la prueba documental, únicamente, contentiva de las historias clínicas, de las fórmulas médicas y de la guía de manejo de eventos de cefalea, debe seguirse, a tono con lo señalado por el ad-quem, que en el proceso efectivamente no existía ningún medio distinto, dirigido a determinar si la atención médica brindada a la señora Blanca Margarita Rojas Carreño, durante su paso por las entidades demandadas, el 21 y 22 de mayo de 2003, estuvo conforme a la lex artis.

En otras palabras, la historia clínica, en sí misma, no revela los errores médicos imputados a los demandados. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad médica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son especializados, se requiere esencialmente que las pruebas de esa modalidad demuestren la mala praxis.

Existiendo en la materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que “(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)”.

Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente citado, "(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)".

- Así las cosas, se tiene en el presente caso como antecedentes relevantes:

"El 26 de septiembre de 2014, en Manizales, SANDRA MILENA VELANDIA CORREA, de 29 años, afiliada a Coomeva E.P.S., consultó al servicio de urgencias de la Clínica Versalles debido a que contaba con un embarazo de 38 + 2 semanas. La paciente no presentaba antecedentes quirúrgicos ni alérgicos; al examen físico encontraron taquicardia, fiebre de 39.3 grados, deshidratación, intolerancia a la vía oral y polipnea, por lo que se decidió la hospitalización de la madre para hidratarla con fluidos intravenosos y solicitar paraclínicos, la paciente presentaba un presunto diagnóstico de una respuesta inflamatoria sistémica sin foco evidente, se consideró que la paciente estaba en fase latente del trabajo de parto y fue hospitalizada en la sala de trabajo de partos, descripción en la historia clínica de una progresión normal del trabajo de parto, hasta las 4:11 am del día siguiente, cuando no detectaron fetocardia, por lo que se diagnosticó óbito fetal, se decidió continuar con el trabajo de parto hasta el nacimiento por la vía vaginal, pero la paciente manifestó el deseo no pujar y la solicitud de cesárea porque no se consideraba capaz de pujar ni de continuar soportando el trabajo de parto, y al no estar contraindicado a las 04:30 AM el Dr. JAVIER PIERUCCINI solicitó una cesárea de emergencia, la paciente siempre estuvo enterada de los diferentes riesgos que podían suceder en la atención del parto y por tal motivo suscribió los consentimientos informados para el parto, cesárea y anestesia, sin embargo la paciente de manera impredecible se dio al deterior. Continuaron el manejo con hidrocortisona, Meropenem, Oxitocina, ácido tranexánico y vitamina K, con útero hipotónico, sangrado moderado y en choque. A las 10 AM presentó bradiarritmia extrema que ameritó reanimación avanzada con masaje cardiaco externo y bolos de adrenalina, de bicarbonato de glóbulos rojos y de plasma, con lo cual salía a ritmo sinusal de manera transitoria y tornaba a bradiarritmias y luego a actividad eléctrica sin pulso, por lo que a las 10:45 colocaron un marcapasos externo. A las 11:00 entró en asistolia, que no respondió a las maniobras de reanimación y falleció".

- Acudiendo al peritazgo de la Médica Especialista Forense Elia Beany Lasso Cerón y aportado por la parte demandante, quien según se evidencia no es especialista en ginecobstetricia esgrimen como hallazgos relevantes de la historia clínica, los siguientes:

"En el servicio de urgencias de la Clínica Versalles se registran 5 ingresos: a las 15 semanas de embarazo por infección urinaria, a las 26 semanas de gestación por infección vaginal, a las 31 semanas por gastroenteritis, a las 36.5 semanas (15 de septiembre de 2014, doce días antes de fallecer) por ausencia de movimientos fetales por lo que realizan monitoria fetal; es preciso comentar que en esta atención no encuentro registro de haberse realizado especuloscopia vaginal ni ecografía obstétrica en busca de pérdidas de líquido amniótico por ruptura de membranas; y a las 38 semanas de embarazo, siendo el 26 de septiembre de 2014 veinte horas antes de fallecer, la cual se amplía más adelante. Llama la atención que en estos dos últimos ingresos al servicio de urgencias no hay registro de haberse realizado ecografía obstétrica".¹⁵

¹⁵ C10/04PruebaPericial/001Informe pericial Responsabilidad Médica Sandra y Silvana Rdo Elia 13 ago 18.pdf, Fl 19,20

En el mismo dictamen, la especialista en medicina Forense frente a la necropsia realizada a la señora Sandra Milena Velandia Correa, indicó:

"El 28 de septiembre de 2014 la Dra. Mercedes Jurado hace la necropsia médico legal a Sandra Velandia, encontrando signos de trastorno de la coagulación determinando como manera de muerte: natural y causa de muerte hemorragia uterina. El 11 de febrero de 2015 la Dra Mercedes complementa su informe de necropsia con el reporte del Patólogo forense, Dr. Collazos, de las muestras de órganos recolectadas en la necropsia médico legal del 28 de septiembre, registrando manera de muerte natural y causa de muerte: choque séptico y hemorrágico. Llama la atención en la conclusión del informe del patólogo forense lo siguiente "La paciente cuando ingresó tenía evidentes signos de sepsis la cual no tiene origen claro, pero por el hallazgo de inflamación aguda entre fibras musculares del útero es posible determinar un probable origen en este lugar..."¹⁶

Sobre la necropsia médico legal realizada a la mortinata, producto de la gestación de la señora Sandra Milena Velandia Correa, la perita expresó:

"Ese mismo 27 de septiembre a las 12:28, la doctora Diana Jaramillo, realiza necropsia médico legal a la mortinata hija de Sandra Velandia a quien se nombra como Silvana Salazar Velandia encontrando "feto de sexo femenino sin malformaciones evidentes" y signos inespecíficos de hipoxia. El 28 de noviembre de 2014 el Patólogo forense, Dr. Collazos, de los cortes de placenta recolectados en la necropsia determina la existencia de una necrosis placentaria isquémica asociada a una hipoperfusión secundaria al choque materno, esto quiere decir que, al no llegar sangre suficiente a la placenta, por el padecimiento materno, esta se necrosa".¹⁷

Frente al informe rendido en la sesión del Comité Epidemiológico de Política Pública (COVE DEPARTAMENTAL) la Dra. Elia Beany Lasso Cerón, anotó:

"(...)como conclusiones del Acta ya mencionada se registra: "el comité concluye que se trató de una muerte perinatal evitable secundaria a la sepsis tan severa que presentaba la madre...Demora tipo IV (calidad de la atención)...no adherencia al flujograma de la Emergencia Obstétrica y la HPP...Actualización en la Clínica de la Guía de Sepsis Materna en la clínica Versalles...Escasa humanización del personal de salud de las Instituciones lo que conlleva a las malas experiencias en los usuarios acerca de los servicios de salud..."¹⁸

En cuanto a las conclusiones dadas en el informe del COVE en relación a la mortinata:

"(...) El feto no evidencio malformaciones, signos de estado fetal no tranquilizador, y finalmente Sepsis Bacteriana Materna. Causa de sepsis neonatal temprana y tardía poco frecuente en la Actualidad, la Bacteria causa infección intrauterina y posteriormente la Muerte Fetal...así no se tenga claro el foco infeccioso con Hidratación oportuna, manejo de Antibiótico adecuado pueden ser evitable los eventos..."¹⁹

¹⁶ C10/04PruebaPericial/001Informe pericial Responsabilidad Médica Sandra y Silvana Rdo Elia 13 ago 18.pdf, Fl 21

¹⁷ C10/04PruebaPericial/001Informe pericial Responsabilidad Médica Sandra y Silvana Rdo Elia 13 ago 18.pdf, Fl 23

¹⁸ C10/04PruebaPericial/001Informe pericial Responsabilidad Médica Sandra y Silvana Rdo Elia 13 ago 18.pdf, Fl 23

¹⁹ C10/04PruebaPericial/001Informe pericial Responsabilidad Médica Sandra y Silvana Rdo Elia 13 ago 18.pdf, Fl 23 y 24

- **Consideraciones frente al COVE departamental**

Alega la actora la omisión de contrastar razonablemente las confesiones espontáneas dadas por la demandada Coomeva EPS en la sesión del COVE departamental y los conceptos y recomendaciones allí plasmados, de los cuales se extrae un fragmento de los hallazgos encontrados en el COVE, relacionados en el dictamen pericial rendido por la Dra. Elia Beany Lasso Cerón:

"(...) Y según lo escrito por el equipo multidisciplinar en el acta el acta del COVE de la Dirección Territorial de Salud de Caldas las omisiones fueron:

d. "No se manejó como una sepsis, no se identificó el problema"

e. "Cuando la usuaria se lleva a cirugía se debió manejar la sepsis primero y luego realizarle la cesárea, primero se debía estabilizar"

f. "Faltó hidratación oportuna, manejo de Antibiótico adecuado en el servicio de urgencias y en la hospitalización".

g. "No existió adherencia a la Guías y Protocolos de maternidad." (...)

Frente a los pronunciamientos expresados por el perito de la activa, donde se le brinda gran importancia al informe realizado por el COVE departamental, la llamada en garantía Dra. Lina María Zuluaga García, en el dictamen aportado, realizado por la Dra. Martha Elena Caro Zambrano, (médica cirujana, verificadora de condiciones de habilitación y especialista en gerencia de la calidad en salud); se resaltan como relevantes las preguntas y respuestas absueltas:

"6.6 ¿Qué es un Comité de Vigilancia Epidemiológica – COVE?"

Es un grupo funcional que actúa como Comité de Vigilancia en Salud Pública, que hace parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA- y que tiene como objetivo el análisis periódico del comportamiento de las patologías de vigilancia en un área determinada, o en una institución, con el fin de orientar las acciones de prevención y promoción.

6.7Cuál es el objetivo de los COVES o Comités de Vigilancia Epidemiológica?"

(...) Se debe tener en cuenta que la vigilancia en salud pública de la mortalidad materna se ha incluido dentro de los eventos del componente de mortalidad por causas evitables, pero es importante dar alcance al concepto de Evitabilidad, pues abordar el análisis de la mortalidad desde el concepto de evitabilidad es buscar un potencial transformador de un indicador de mortalidad. Lo que realmente se quiere expresar con el concepto de evitabilidad es la relación del proceso salud-enfermedad-muerte con la potencialidad que tiene la sociedad para transformarlo.

Esta aclaración se da ya que tiende a definirse lo evitable o no, como un indicador de culpabilidad de las instituciones o profesionales que tuvieron contacto con la materna, cuando en realidad el análisis de una muerte materna

tiene un enfoque proactivo, que busca evitar que una situación similar tenga el mismo desenlace.

6.8 En el Cove realizado con ocasión de la muerte de la gestante Sandra Milena Velandia, se concluye: "Se trató de una muerte perinatal EVITABLE". En el Contexto de un análisis, como el que corresponde a un Comité de Vigilancia Epidemiológica, ¿qué significado representa la palabra EVITABLE?:

(...) se trata de un análisis de una muerte materna con un enfoque proactivo, que busca evitar que una situación similar tenga el mismo desenlace. El análisis de la mortalidad desde lo institucional y asistencial se relaciona predominantemente con la calidad de la prestación de los servicios de salud y no incluye criterios de valoración de la *lex artis*.

6.9 En el Cove realizado con ocasión de la muerte de la gestante Sandra Milena Velandia, se concluye: Se presentaron demoras por: - Ausencia de reconocimiento de signos y síntomas de alarma por parte de la gestante - Falta de oportunidad en la toma de decisiones de buscar ayuda y asistir a la institución - Fallas en el acceso a los servicios de salud - Fallas en la calidad de la atención: no consulta preconcepciones, ausencia de evaluación de Guías y Protocolos, no valoración por nutrición, no adherencia al flujograma de emergencia obstétrica, no reclasificación del riesgo obstétrico, ausencia de registros en historia clínica. ¿Estas conclusiones, indican que, en el Cove, se determina responsabilidad de los médicos tratantes, en la muerte de la gestante Sandra Milena Velandia Correa?

(...) Es claro, que lo consignado en los mismos, no constituye un documento médico legal para el juzgamiento de las acciones de los profesionales que intervinieron en el proceso de la atención en salud, pues no es una instancia punitiva".²⁰

Para rebatir lo anterior, es menester tener presente que las anteriores conclusiones fueron dadas cuando ocurrió el fallecimiento de la madre y el feto, es decir, luego de la atención médica que se endilga inadecuada; sin embargo, vale recordar que en tratándose de la responsabilidad médica, el Juzgador debe ubicarse en el momento de la prestación del servicio de salud que se aduce contrario a la praxis médica, tal como lo ha sostenido el Consejo de Estado: "(e)n realidad, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica *ex post*, ya que no es difícil encontrar, en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática", conforme lo anterior y como se expondrá en su momento se desplegaron los exámenes requeridos tendientes a esclarecer la condición de la paciente, sin evidenciarse signos claros para realizar otros más invasivos que incrementaran el riesgo al que estaba expuesta; por tanto, se adelantaron

²⁰ C01PrimerInstancia/C02/52DictamenPericialMarthaCaro.pdf, Fl 5, 6 y 7

los procedimientos propios de la *lex artis*, descartándose de tajo la responsabilidad que se endilga a los mismos.

- **Desarrollo de la actividad médica que rodeo el fallecimiento de Sandra Milena Velandia Correa y la mortinata:**

Se contrastarán entonces las conclusiones dadas en el peritaje aportado por la actora y los aportados por los demandados y llamados en garantía; en esa línea, tenemos que frente a los puntos planteados por la Dra. Lasso Cerón:

"No se realizó especuloscopia vaginal en busca de signos de infección o salida del líquido amniótico tanto en la consulta del 15 de septiembre, 12 días antes del fallecimiento, ni en las valoraciones médicas realizadas entre el 26 y 27 septiembre de 2014" ²¹

En el dictamen pericial realizado por la por la Dra. Sandra Ximena Olaya Garay, especialista en ginecología y obstetricia, así como en medicina crítica y cuidados intensivos, con 12 artículos publicados, tres (3) capítulos en diferentes libros publicados, dos (2) libros publicados, directora del grupo de investigación MEOCRI (medicina obstetricia crítica), investigadora junior en COLCIENCIAS, y miembro de 3 sociedades científicas, indicó:

"(...) Es de resaltar en la historia clínica, que la paciente no informó la posibilidad de presentar pérdida de líquido amniótico, por tal motivo no fue abordada como una Ruptura Prematura de Membranas, y dicho diagnóstico se hace basado en el interrogatorio de la paciente (En este caso la paciente nunca refirió pérdida de líquido a nivel vaginal) (...)"²²

Se tiene también dentro del dictamen pericial rendido por el Dr. Javier Eduardo Pérez Puerta, especialista en Ginecología y Obstetricia, donde a la pregunta #14 respondió:

"(...) se debe realizar especuloscopia a una embarazada cuyo motivo de consulta sea "salida de líquido por vagina (también llamada amniorrea o hidrorrea). También debe realizarse dentro del examen ginecológico de una paciente que refiera sangrado vaginal o leucorrea (flujo vaginal). Si la gestante refiere pérdida de sangre, líquido o flujo, el examen para constatar este hallazgo es la especuloscopia.

A la paciente Sandra Velandia no se le realizó especuloscopia, porque nunca refirió pérdidas vaginales, y quedó anotado en las respectivas historias clínicas. Tampoco se justificó durante la valoración de los cambios del cuello en el trabajo de parto porque nunca se vio la salida de líquido y las membranas se palparon

²¹ C10/04PruebaPericial/001Informe pericial Responsabilidad Médica Sandra y Silvana Rdo Elia 13 ago 18.pdf, Fl 26, literal (a)

²² C06/64DictamenPericialMedicoSandraXimenaOlayaGaray.pdf, Fl 26

íntegras por varios examinadores entre ginecólogos y médico general, hasta el momento de la muerte fetal".²³

Las declaraciones que anteceden dejan sin sustento lo afirmado por la Dra. Lasso Cerón, toda vez que no existe registro en la historia clínica, ni nota alguna donde la paciente o el personal de salud haya referenciado la pérdida de líquido a nivel vaginal; por lo que esto (a criterio de los médicos especialistas en el área) no debe tomarse entonces como un mal diagnóstico del personal médico, pues la paciente durante su estancia en la IPS nunca expresó a sus cuidadores pérdida de líquido alguno, y estos no estaban (según el diagnóstico) en la necesidad de realizar la especuloscopia vaginal en busca de signos de infección o salida del líquido amniótico, actuando acorde a los protocolos establecidos.

De cara a lo informado por el perito de la activa en relación a la necesidad de ecografía obstétrica:

"(...) Se omitió la realización de la ecografía obstétrica para corroborar factores de riesgo de sufrimiento fetal y medición del líquido amniótico, en el servicio de urgencias el día 15 y 26 de septiembre de 2014. (...)"²⁴

La Dra. Sandra Ximena Olaya Garay dentro de las preguntas que absolvió apuntó:

"4. Dentro de la apreciación realizada por la Dra. Elia Beany Lasso Cerón, respecto de la necesidad de realizar ecografía para evaluar bienestar fetal en el trabajo de parto, ¿considera usted que haya sido necesario hacerla?"

R//. Teniendo en cuenta que la paciente Sandra Milena Velandia (Q.E.P.D), no refirió pérdida de líquido amniótico a la hora de ingreso al trabajo de parto, no era necesario realizar ecografía. De igual modo es importante aclarar que no es un procedimiento de rutina el solicitar ecografía a pacientes en trabajo de parto, no obstante, al revisar la historia clínica y el control prenatal, se evidencia un reporte de ecografía en el tercer trimestre (...)

La ecografía del tercer trimestre fue considerada como normal, adicionalmente la valoración del bienestar fetal fue realizado tal como lo plantea la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, la cual indica: Tanto la monitoria electrónica fetal continua (MEFC) como la monitoria electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de auscultación intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto, la actuación de los médicos en la valoración inicial fue adecuada.²⁵

12. ¿Durante la actuación del Dr. Pieruccini hay alguna evidencia objetiva de sufrimiento fetal?"

²³ 014DictamenesClinicaVersallesRicardoArturoMartinezJavierEduardoPerez.pdf, Fl 13 y 14

²⁴ C10/04PruebaPericial/001Informe pericial Responsabilidad Médica Sandra y Silvana Rdo Elia 13 ago 18.pdf, Fl 26, literal (b)

²⁵ C06/64DictamenPericialMedicoSandraXimenaOlayaGaray.pdf, Fl 10

No hay evidencia de sufrimiento fetal, no hay taquicardias ni bradicardias fetales, el monitoreo que le hicieron antes de su turno era insatisfactorio categoría 2, pero NO patológico. Obligaba a repetirlo luego de hidratar a la paciente. Cuando lo hizo, ya fue normal, sin ningún signo de sufrimiento fetal, el líquido amniótico siempre fue claro sin meconio, podemos decir que el feto no dio muestras de que se estaba deteriorando".²⁶

A la luz de lo manifestado en este punto que lo alegado por los actores frente a la necesidad de realizar la ecografía obstétrica en busca de conocer el bienestar fetal y la medición del líquido amniótico; esta, no era necesaria para el diagnóstico de las fallecidas, toda vez que como lo plantea la Dra. Garay, las valoraciones realizadas a la madre y al feto fueron de la mano con las guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, sumado a que la paciente en ningún momento de las atenciones en salud prestadas refirió pérdida de líquido amniótico, que de haberse producido se tornaría necesaria la medida de ecografía obstétrica.

Sumado a los dos puntos anteriores expuestos por la perito Elia Beany Lasso Cerón, y ya contrastados con las pericias importantes rendidas; se tiene que, esta consideró un tercer punto adicional relevante de la historia clínica de la fallecida, en cuanto a las infecciones vaginales repetitivas que sufrió con anterioridad; indicó que los 3 factores ya expuestos, y en conjunto, favorecen la aparición de corioamnionitis (infección intra-amniótica) que invade el útero y posteriormente el torrente sanguíneo (causa de la sepsis); revisando entonces, se encuentra esta Superioridad que el diagnóstico alegado por la Dra. Cerón, el cual desencadenó en la muerte de Sandra Milena Velandia Correa y el feto, no se encuentra en la línea de visión de ninguno de los demás peritos recurrentes en el proceso, incluso, está fuera de la órbita del perito Jesús María Jácome (parte demandante), que indicó:

"La revisión de la Historia clínica de la materna no permite diagnosticar ni descartar el diagnóstico de corioamnionitis, pero el resultado de la necropsia médico legal practicada a la mortinata, no reporta signos histopatológicos de infección fetal, ni de las membranas corioamnióticas"²⁷

²⁶ C06/64DictamenPericialMedicoSandraXimenaOlayaGaray.pdf, Fl 25

²⁷ 193DictamenContradicciónJesusMariaJacome.pdf, Fl 33

El Dr. Javier Eduardo Pérez Puerta, dio luces del porque existieron hemocultivos positivos, por lo que en su postura no estuvo de acuerdo con lo concluido por el perito de la parte actora, informando:

"(...) la infección aparentemente se diagnosticó post-mortem por los hallazgos anatomopatológicos del miometrio y los hemocultivos positivos. Al ingreso, presentaba hallazgos clínicos y de laboratorio de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, muy probablemente secundario a una gastroenteritis de origen viral.

En la autopsia los hallazgos en el miometrio, capa muscular del útero, donde se concentró el estudio histopatológico, queda un compartimiento más interno que el endometrio, capa del útero donde está adherida la placenta, y es lógico entender que si la placenta ni el endometrio ni el feto presentaban hallazgos relacionados con infección, los micro abscesos del miometrio son siembras que vienen del compartimiento interno, por el mecanismo de translocación bacteriana, en el caso de Sandra Velandia, secundario a su estado crítico, y sobre todo por la hipoxia tisular". ²⁸

Se tiene que, como fue expresado por el Dr. Pérez Puerta, no había rastro de infección en el endometrio, ni el feto, y en línea a lo expresado por el Dr. Jácome, al no aprobar la hipótesis de corioamnionitis, debido a los expuesto en la necropsia de la fallecida; esta colegiatura infiere que lo indicado por la Dra. Elia Beany, no logra probar el diagnóstico de sepsis, pues para probar el errado manejo que se le dio a la fallecido, la perito expone 3 razones principales (ya desarrolladas) que fueron desvirtuadas por los demás profesionales de la salud, pues, no existía razón de peso para realizar especuloscopia vaginal en busca de infección ni ecografía obstétrica para corroborar signos de sufrimiento fetal, además, basa su argumentación en que el personal médico no detectó ruptura de membranas (la cual hubiera derivado en exámenes adicionales, que hubieran favorecido la detección temprana de infecciones en el organismo), de la cual no aporta prueba alguna, pues al revisar la historia clínica arrimada, no se evidenció este diagnóstico por parte del personal médico, o nota alguna donde la paciente lo hubiere reportado, pues para detectarse debe ser informado por el paciente, o evidenciarse en uno de los exámenes físicos que realizan los galenos, aunado a que como fue verificado por la Dra. Sandra Ximena Garay, (cuestionario preguntas 6, 7, 8, 9 y 10)²⁹ las atenciones tanto del personal médico, como asistencial, fue basta y suficiente, para los síntomas que presentaban las hoy fallecidas.

²⁸ 014DictamenesClinicaVersallesRicardoArturoMartinezJavierEduardoPerez.pdf, Fl 8

²⁹ C06/68DictamenPericialUnidoAplicativoMedicoXimenaOlayaGaray.pdf, Fl 12 al 15

Tampoco era procedente la administración de antibióticos de amplio espectro, como lo manifestó la perita Sandra Ximena Olaya Garay:

"3. ¿Es correcta la apreciación que realiza la Dra. ELÍA BEANY LASSO CERÓN (Médica Especialista Forense), donde afirma que la paciente Sandra Velandia (QEPD), al no tener la previamente el cultivo vaginal para estreptococo del grupo B se espera inicio de antibiótico con alguna de las penicilinas de amplio espectro, según la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio?"

R//. Tanto la apreciación y la referencia que cita la Dra. Lasso Cerón respecto a la guía que se menciona es incorrecta, porque la guía referenciada señala:

"Se recomienda administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM que hayan iniciado el trabajo de parto, excepto a aquellas con cultivos negativos para EGB en las 5 semanas previas. Se recomienda realizar cultivos y administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM preterido que no tengan resultados de tamización"

Claramente se indica que el manejo con penicilina debe realizarse en pacientes con Ruptura prematura de Membranas que hayan iniciado el trabajo de parto, en el caso de la paciente Sandra Velandia (Q.E.P.D) no tenía diagnóstico de RPM, por lo cual esa apreciación es incorrecta y mal citada para el presente caso".³⁰

En lo que antecede no se vislumbra objetivamente que la causa de muerte de la señora Sandra Milena Velandia Correa, fuere ocasionada por una corioamnionitis, que derivara en una sepsis materna.

Alegó también la parte demandante que existió en la paciente Sandra Milena Velandia Correa un diagnóstico de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) que desencadenó en un diagnóstico de sepsis materna los cuales no fueron identificados de manera correcta, resultando en la inaplicabilidad del tratamiento para los síntomas de la paciente; se debe contrastar entonces si la fallecida realmente atravesó por un proceso de SIRS y el posterior choque séptico que habría sufrido. En primer lugar, se trae a colación lo dicho por el Dr. Jesús María Jácome donde indicó que es el SIRS y los parámetros médicos para su detección:

"El SIRS (del inglés Systemic Inflammatory Response Syndrome) es una situación clínica de respuesta inflamatoria general a una agresión, ya sea esta por una infección (sepsis), un traumatismo o una cirugía, aunque otras situaciones clínicas son también capaces de producirlo (TEP, ICC, etc.) (1,2). Se detecta clínicamente por la presencia simultánea en un paciente de dos o más de entre los siguientes criterios: frecuencia cardíaca superior a 90 lpm, frecuencia respiratoria mayor de 20 rpm, temperatura axilar superior a 38 °C o inferior a 36 °C, presencia de más de 12.000 leucocitos/mm³ o menos de 4.000 leucocitos/mm³ o la aparición de más de un 10% de cayados en el recuento diferencial (3)".³¹

³⁰ C06/68DictamenPericialUnidoAplicativoMedicoXimenaOlayaGaray.pdf, Fl 10

³¹ C01/193DictamenContradicciónJesusMariaJacome.pdf, Fl 25

Esta definición del SIRS nos indica que es una condición presente en casos de infección en el cuerpo de un paciente (como ha sido resaltado en varias oportunidades por los demandantes), pero, también abre la posibilidad de que su origen no es única y exclusivamente de infección en el organismo, sino que puede presentarse por distintos factores y diagnósticos médicos. Se tiene que durante el ingreso al centro hospitalario del día 26 de septiembre de 2014 la fallecida presentaba algunos de los síntomas que podrían indicar la presencia de SIRS) donde se ordenó la hospitalización y la toma de paraclínicos.

Se extrae la respuesta dada por el Dr. Ricardo Arturo Martínez García en la pregunta #1, donde explica que las alteraciones que presentaron el bienestar fetal y la madre, podían ser ocasionadas por la deshidratación con la que llegó a la clínica:

"(...) durante el monitoreo inicial se evidenció una frecuencia cardiaca fetal basal de 100 por minuto con descensos de hasta 90 latidos por minuto y ascensos de hasta 200 latidos por minuto, sin presencia de taquicardia fetal sostenida. Estos hallazgos eran signos del potencial compromiso fetal por el estado clínico y deshidratación de la embarazada debido a la presencia previa de vómito y diarrea; de manera concomitante la gestante presentaba elevación de la frecuencia cardiaca con un valor reportado de 128 por minuto".

Agregó en la pregunta #3 absuelta en su peritaje, donde se indagó sobre la procedencia del manejo médico inicial, al comparar los hallazgos anormales del primer monitoreo fetal y el segundo:

"Considero que el manejo fue adecuado (...) tras el manejo inicial con solo medidas de hidratación es decir la prescripción de líquidos intravenosos para tratar el estado de deshidratación con el que llego la paciente a servicio de urgencias se evidencia una clara mejoría en los datos aportados durante el monitoreo fetal de control. También se evidencia la normalización de la frecuencia cardiaca de la madre, frecuencia cardiaca inicialmente elevada y que se normaliza tras el tratamiento inicial con líquidos intravenosos.

Es de anotar que la frecuencia cardiaca pasa de 128 a 88 por minuto. A demás se establece adecuada recuperación en monitoreo fetal con frecuencia cardiaca fetal basal de 150 por minuto sin evidencia de desaceleraciones (estos cambios favorables se reportan tras el manejo e hidratación aportada a la paciente)

En nota realizada el día 26 de septiembre siendo las 23:01 pm y a las 23:03 pm, se indicó estado fetal satisfactorio. El día 27 de septiembre siendo la 1:43 am se menciona en nota de evolución medica que existe adecuada evolución y progresión del trabajo de parto con bienestar fetal y materno, frecuencia cardiaca con valor de 137 por minuto".³²

³²C01/ 023DictamenPericialRicardoArturoMartinez.pdf, Fl 193 y 194

De lo anterior se extrae que a pesar de que en la historia clínica el médico ginecólogo registró inicialmente como posible diagnóstico el SIRS sin foco específico, este, al surtir el manejo inicial, con líquidos intravenosos y antipiréticos, logró estabilizar los signos vitales de la paciente, tal como consta en los documentos clínicos del expediente; una vez se tuvo la normalización de los signos que podían indicar el SIRS (frecuencia cardíaca alterada de madre y feto, fiebre, etc.) se continuó con la vigilancia de la paciente indicando bienestar materno y fetal. Es evidente entonces que, según los criterios médicos, no existieron parámetros claros para continuar el manejo intrahospitalario con un diagnóstico de SIRS, pues después del manejo inicial se evidenció gran mejoría en la paciente; como consecuencia, tampoco se registraron síntomas relativos a sepsis, la cual como alegan los demandantes, y confirmaron los médicos especialistas en sus dictámenes, precede a la SIRS. Del asunto se refirió al Dr. Sandra Ximena Olaya Garay:

"Durante la actuación del Dr. Pieruccini NO hay alguna evidencia objetiva de sepsis materna, para diagnosticar una sepsis, dice la literatura:

5.5 SEPSIS Y EMBARAZO.

Mujer en amenorrea con prueba de embarazo (+) ó gestante en cualquier trimestre del embarazo ó materna durante su etapa de puerperio con signos de SIRS:

Criterios (2 o más):

- T > 38 o < 36
- Fc > 90 x min
- Fr > 20 x min o PaCO₂ < 32 mmHg
- Leuc > 12000 o < 4000 o bandas 10%

Y foco séptico identificado o cultivo positivo

Los síntomas que presenta el enfermo variarán dependiendo de dónde esté el foco de la infección que origina la sepsis. Uno de los signos que primero aparece es una alteración en el estado mental del enfermo. En general, se manifiesta con una caída de la presión arterial que desemboca en un estado de shock. Los órganos fallan y dejan de funcionar con normalidad y la circulación comienza a ser deficiente. Los síntomas más frecuentes son: Escalofríos. Delirios o confusiones. Fiebre o hipotermia (bajadas de temperatura). Mareos. Aumento de la frecuencia cardíaca. Temblores. Erupciones cutáneas que implican cambios de textura o de colores en la piel. Incremento de la temperatura de la piel."

Como se puede documentar en la historia, durante el horario en que el doctor "Pieruccini evaluó a la paciente, esta no presentaba ninguno de los anteriores síntomas de SEPSIS. En ningún momento de las actuaciones del Dr. Pieruccini consignadas en la historia que me fue aportada, aparecen estos criterios de sepsis. De hecho, a las 12:42 anota que la PA era 120/70 y el pulso de 70, lo que demuestra que la paciente estaba estable y no se estaba deteriorando, siempre las tensiones registradas en la historia clínica estuvieron dentro de los parámetros normales".

Además, en la pregunta 20 del cuestionario resaltó:

"20. ¿Considera usted que se presentó adherencia a las guías de manejo en flujograma sepsis?

R//. Según las guías de manejo, al realizar la valoración inicial la paciente presentaba un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, en ese momento no se tenía foco séptico identificado ni cultivo positivo, por tal razón al ingreso fue orientada de esa manera, y al tener un síndrome de respuesta inflamatoria sin foco se deben solicitar laboratorios, y realizar vigilancia de cifras tensionales, y manejo inicial con líquido.

Es importante resaltar en este punto, que la presencia de fiebre es un síntoma inespecífico y que solo la presencia de fiebre no condiciona iniciar manejo de antibiótico, porque la fiebre puede ser producida por distintas causas que no sean de origen infeccioso, como medicamentos; enfermedades inmunológicas, lesiones neurológicas que alteren el centro regulador de la temperatura entre otros, por tal razón hasta no tener un foco de infección, pasar a Sepsis, sepsis severa o Choque séptico, no se inicia antibiótico. Cuando la paciente fue llevada a cesárea durante el procedimiento quirúrgico, presentó shock mixto por hipovolemia y por sepsis, y en ese momento se inició manejo antibiótico (cefalexina) según las guías de manejo de las emergencias obstétricas".³³

Se entiende entonces que previo al diagnóstico de sepsis, el cual debe ser manejado con medicamentos antibióticos que contrarresten la infección, se deben cumplir cierto requisitos o factores específicos, dentro de los que se encuentra el diagnóstico de SIRS, pero como se ha evidenciado, los criterios para calificar y manejar la respuesta inflamatoria se normalizaron con el manejo inicial y seguimiento, que tal como se indicó con anterioridad la variación o alteración en los signos de las pacientes, podían tener como causa la deshidratación causada por el vómito y diarrea que presentaban al ingreso, y una vez se manejó, su estado de salud mejoró.

Aunado a lo discutido se tiene lo manifestado por el Dr. Jacome en interrogatorio rendido el 17 de febrero del 2022, a pregunta realizada por la apoderada de Lina María Zuluaga García: "usted nos indicó que no tuvo de presente para proferir su dictamen pericial las guías establecidas en la clínica Versalles y después indicó que la actuación de los médicos había sido negligente, ¿Cómo llega usted a esa conclusión sin haber hecho un análisis de las guías de la institución?", a lo que contestó el Dr. Jesús María Jacome: "en ningún momento he hecho la aseveración de que el manejo haya sido negligente, segundo, las guías de manejo de la clínica no están dentro del expediente o no se me fueron puestas de presente, tercero, se basa el peritazgo en las guías de manejo de sobreviviendo a la sepsis del 2012, del

³³ C06/68DictamenPericialUnidoAplicativoMedicoXimenaOlayaGaray.pdf, Fl 19, 20 y 21

manejo de sepsis y shock séptico en el embarazo del 2013 y otra mucha literatura científica que fue revisada para dar respuesta a cada una de las preguntas que hizo el grupo de abogados ³⁴, de lo que se colige que, el perito, basó sus argumentos en guías que no eran de obligatorio cumplimiento para el personal médico de la época, lo que afecta el resultado de su experticia y le resta credibilidad a la misma.

Esta Corporación resalta las conclusiones dadas por el perito que antecede en la nota citada:

"1. Se revisó la historia clínica y no se evidenció registro de pérdida de líquido amniótico, la paciente no lo refiere, por tal razón no se registra diagnóstico de Ruptura Prematura de Membrana, en tal caso la especuloscopia no es un examen indicado en esta paciente; es importante tener en cuenta que la Especuloscopia vaginal no es un examen que se realiza de rutina en las pacientes gestantes, tiene sus indicaciones las cuales son salida de líquido vaginal y sangrado vaginal.

2. No es necesario realizar ecografía de rutina al paciente que ingresan en trabajo de parto, y es importante resaltar que la paciente tenía reportada en el control prenatal una ecografía en el tercer trimestre, la cual se señala como normal.

3. Al revisar la historia clínica se evidencia que se encontró adherencia en el manejo de sepsis obstétrica entendiendo que la paciente no presentó sepsis, la paciente presentó un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, se realizó un adecuado manejo de la hemorragia obstétrica.

4. Se encuentra continuidad en el servicio, una atención multidisciplinaria, en donde se enfoca a la paciente como centro de la atención, el manejo de la paciente en su etapa más crítica fue realizada por un equipo multidisciplinario, no fue asumida de manera única por el Dr. Javier Pieruccini, lo cual brinda la posibilidad de la mejor atención posible para la paciente".³⁵

Frente a la aplicabilidad de guías clínicas

Se tiene que, dentro del presente proceso, el Juez de instancia realizó un requerimiento³⁶ al Ministerio de Salud por medio del Oficio 62 del 31 de enero de 2022, para absolver algunas dudas sobre la aplicabilidad y obligatoriedad que ostentaban para la fecha de los hechos, las guías de manejo clínico emitidas por la referenciada entidad, entre otros temas relacionados; en la respuesta³⁷ al cuestionamiento número uno (1) dada por el Ministerio de Salud se extrae lo siguiente:

"(...)1. Se indique si la Resolución N° 13437 de 1991, y la 004312 de 2012, emitida por el Ministerio de salud y Protección Social, la cual contiene los derechos de los

³⁴ 276Audiencia17Febrero2022Parte5.mp4 minuto 44:55 a 46:00

³⁵ C06/68DictamenPericialUnidoAplicativoMedicoXimenaOlayaGaray.pdf, Fl 28

³⁶ C01/ 202OficioInformacionMinSalud.pdf

³⁷ C01/ 330OficioMinsalud.PDF

pacientes, como postulados básicos de humanización en la prestación del servicio público de salud, son actos de obligatoria aplicación para las entidades prestadoras de servicios de salud privadas, en lo relativo al servicio de obstetricia.

Se indique si los mencionados actos se encontraban vigentes para la atención de pacientes, en el servicio de obstetricia para el día 26 de septiembre de 2014.

RESPUESTA: Teniendo en cuenta que la Resolución 13437 de 1991 adopta el decálogo de los derechos de los pacientes y que en su artículo 1 establece: "ARTICULO 1o. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas 1 , los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación (...)" su contenido es de obligatoria aplicación en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas.

Ahora bien, dado que los derechos de los pacientes deben ser universales independiente de la patología o cuadro clínico que presenten, los derechos promulgados en la citada norma aplican para cualquier servicio, incluyendo el de obstetricia.

De otra parte la Resolución 4343 de 2012, tiene por objeto "expedir la regulación unificada acerca de los lineamientos que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud –EPS– de los Regímenes Contributivo y Subsidiado 2 , para la elaboración y entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño, que les permita a los afiliados contar con información adecuada y suficiente para el ejercicio de sus derechos en cumplimiento de la orden 28 de la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto de Seguimiento número 264 de 2012 a la mencionada sentencia. Adicionalmente, se establecen las obligaciones operativas para su efectivo cumplimiento".

En tal sentido los sujetos regulados por dicha norma, son las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, como quiera que son las entidades encargadas de elaborar y entregar las citadas cartas.

Sin perjuicio de lo expuesto la citada norma contempla en su artículo 4º numeral 4.2 los derechos que todo afiliado o paciente tiene en el Sistema de Salud, derechos que deben ser acatados por las entidades prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, por cuanto en su ámbito se da la prestación del servicio y aplican para cualquier especialidad, incluyendo la de obstetricia.

Finalmente, se informa que para el día 26 de septiembre de 2014 los mencionados actos administrativos se encontraban vigentes.

En la respuesta a la pregunta número dos (2):

"(...)Atendiendo que a folio 230 de la Guía técnica de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, emitida por el Ministerio de Salud, hace específica referencia a la Guía de control prenatal y factores de riesgo de la secretaria Distrital de Salud de Bogotá, solicito cordialmente se indique por vía escrita si ambas guías son documentos obligatorios o de vinculante aplicación para el mes de septiembre de 2014 en los servicios de obstetricia.

RESPUESTA: La Guía técnica de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, publicada por el Ministerio en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridadpaciente2010.pdf>

Vigente para septiembre de 2014. No hace una mención específica a la guía de control prenatal y factores de riesgo de la secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Ahora bien, refiriéndose a la obligatoriedad de las guías de práctica clínica, para la fecha de la consulta, el Ministerio de Salud y Protección Social, dispuso la

Resolución 2003 de 2014 "por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", en todos los servicios, estándar de procesos prioritarios, criterio d. procesos seguros, estableciendo lo siguiente:

"La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio. Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social"

Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia."

"Según el anterior anunciado, es la entidad prestadora de servicios de salud, de acuerdo con las patologías más frecuentes y según le aplique, quien debe disponer de guías de práctica clínica, en concordancia con el portafolio de servicios ofertado por su institución, y es cada institución quien definirá el alcance y contenido para cada uno de los documentos, que den respuesta a los requerimientos de la prestación de servicios que oferte.

Ahora bien, si el prestador no disponen de GPC para manejo de la condición de salud priorizada que oferte en su institución, éste debe gestionar un procedimiento o protocolo, con lo cual se ratifica que corresponde a la institución interesada, el desarrollo de sus propios procedimientos o protocolos de atención según las condiciones de salud priorizadas o actividades ofrecidas en su portafolio de servicios".

Y a la pregunta número tres (3):

3. Solicito comedidamente se enuncien las guías que regulan la seguridad y trato digno de la madre gestante, con fines de evitar y tratar de evitar eventos adversos prevenibles, las cuales eran de obligatorio cumplimiento en la salvaguarda del binomio madre hijo, para el mes de septiembre de 2014.

RESPUESTA: Para la fecha de la consulta, como se evidenció en la respuesta anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, dispuso la Resolución 2003 de 2014 "por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", en todos los servicios, estándar de procesos prioritarios, criterio d. procesos seguros, estableciendo lo siguiente:

"La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio. Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social."

Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia."

"No obstante, lo anterior, Las acciones de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud para la prevención de complicaciones

evitables en gestantes se consignan en la norma técnica adoptada por Resolución 412 de 2000. Se anexa su link".

A la pregunta cinco (5), seis (6) y siete (7):

"5. ¿Solicito se indique si la Resolución 2003 de 2004 emitida por el Ministerio de Salud y Protección social es de obligatorio acatamiento por parte de las instituciones prestadoras de servicio de salud, en lo que atañe a la prestación de servicios?"

RESPUESTA: Si.

6. Solicito se indique si la guía de sepsis en obstetricia emitida por la secretaria Distrital de salud de Bogotá es aplicable y vinculante para la totalidad de prestadores del servicio de obstetricia a nivel nacional.

RESPUESTA: No, por las razones expuesta en las respuestas 1, 2 y 3.

7. Solicito se indique si la Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y "tratamiento" del embarazo, parto o puerperio Bogotá; 2013 es aplicable y vinculante para la totalidad de prestadores del servicio de obstetricia a nivel nacional.

RESPUESTA: Respecto de la obligatoriedad de las guías de práctica clínica que establezcan las IPS para las patologías meas prevalentes, para la fecha de la consulta la Resolución 2003 de 2014 estableció:

(...)“Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico.”(...)

Como se mencionó anteriormente, Las acciones de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud para la prevención de complicaciones evitables en gestantes se consignan en la norma técnica adoptada por Resolución 412 de 2000. Se anexa su link.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-tempranaembarazo.pdf>

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

Al analizar las respuestas dadas por el Ministerio de Salud respecto a la normativa aplicable a la época, se tiene que existen dos (2) normas técnicas de **obligatorio cumplimiento** (las cuales se estipulan en los dos (2) links que anteceden); pero, aparte de esas normas técnicas, existen guías de práctica clínica para la atención de patologías, de las cuales se deben seguir en primera medida las que creó el Ministerio de Salud, dando la posibilidad de apartarse de estas según contextos médicos, y basarse en evidencia científica nacional e internacional, con la salvedad de que, si la IPS busca basarse en guías apoyadas en **evidencia científica** debe acogerse a la Guía

Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social. (establecido en el manual anexo ³⁸de la resolución 2003 de 2014³⁹):

“La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio. Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social”.

Es claro entonces, que al analizar los dictámenes periciales aportados, se debe hacer una verificación exhaustiva de que guías de manejo clínico se utilizaron para rendir el respectivo dictamen, enfocado para este caso en el manejo inicial que se le debió dar al cuadro de **“sepsis”**; para tal efecto se tiene que para abordar los cuadros de sepsis y su manejo el Dr. Jacome, no se baso en guías expedidas por el Ministerio de Salud en la época sino, en literatura internacional y nacional con fechas, en su mayoría, de publicación posteriores a la muerte de Sandra Milena.

Ahora, la Dra. Olaya Garay en su dictamen pericial rendido hace la siguiente aseveración:

19 durante la actuación del Dr. Pierucini hay alguna evidencia objetiva de sepsis materna?

Durante la actuación del Dr. Pierucini NO hay alguna evidencia objetiva de sepsis materna, para diagnosticar una sepsis, dice la literatura:

5.5 SEPSIS Y EMBARAZO.

Mujer en amenorrea con prueba de embarazo (+) ó gestante en cualquier trimestre del embarazo ó materna durante su etapa de puerperio con signos de SIRS:

Criterios (2 o más):

- T > 38 o < 36
- Fc > 90 x min
- Fr > 20 x min o PaCO2 < 32 mmHg
- Leuc > 12000 o < 4000 o bandas 10%

Y foco septico identificado o cultivo positivo

³⁸ https://www.suin-juriscal.gov.co/imagenes//18/10/2017/1508362421292_Manual.pdf

³⁹ <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=30034014>

Y, en los anexos aportados por la Dra. Olaya Garay, se encuentra el Diagramas de flujo para la Atención de Emergencia Obstétrica⁴⁰, el cual en su folio seis (6) se lee:

“Este lineamiento técnico corresponde con las guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana, y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.”

Y al analizarlo a la luz de lo ya expuesto con la respuesta brindada por el Ministerio de Salud, significa, que, si la clínica no tenía una guía específica para el manejo de sepsis desarrollada bajo los lineamientos del Ministerio de Salud al momento de la atención, debía acogerse a las guías vigentes expedidas por la mencionada entidad; al analizar la guía, se encuentra lo expuesto por la Dra. Garay para el manejo de la sepsis, y las formas de identificarla:

5.5. Sepsis y embarazo

Mujer en amenorrea con prueba de embarazo (+) o gestante en cualquier trimestre del embarazo o materna durante su etapa de puerperio con signos de SIRS:

Criterios [2 o más]:

- T > 38 o < 36
- Fc > 90 x min
- Fr > 20 x min o PaCO₂ < 32 mmHg
- Leuc > 12000 o < 4000 o bandas 10%

Y foco séptico identificado o cultivo positivo

Norma Técnica Diagramas de Flujo para la Atención de la Emergencia Obstétrica

Es evidente lo indicado en la guía de manejo clínico aplicable, al referir entre varios criterios uno en específico “Y foco séptico identificado o cultivo positivo”; lo que para el presente caso no se cumplió, pues durante toda la atención, según las historias clínicas, **no había foco evidente de infección y el cultivo**, a pesar de que se tomó, su resultado no salió hasta después de haber fallecido la paciente (por razones científicas, estos cultivos deben pasar por un proceso en laboratorio, lo que impide que los resultados salgan de manera inmediata).

⁴⁰ C06/166AnexoDictamenPericialEmergenciasObstetricas .pdf

En conclusión, esta Colegiatura puede decir que, según las guías de atención clínica traídas a colación, y a falta de una guía adoptada por la IPS Clínica Ospedale, el Dr. Javier Enrique Pieruccini debía basarse en las expedidas por el Ministerio de Salud, la cual entrega criterios para determinar el cuadro de sepsis, y según los datos obrantes en el expediente, los mismos no se cumplieron, pues como ya se dijo no existía un foco evidente de infección ni un cultivo positivo; además frente a los síntomas que determinan el SIRS, los cuales deben ser 2 o mas síntomas, se colige que, aunque la paciente llegó con varios de los síntomas enunciados:

"con signos de SIRS: Criterios (2 o más): - T > 38 o < 36 - Fc > 90 x min - Fr > 20 x min
o PaCO₂ < 32 mmHg - Leuc > 12000 o < 4000 o bandas 10%"

Los mismos se estabilizaron en valores normales, después de aplicar las maniobras de reanimación (suero y antipirético), sumado a la falta de cultivo positivo o foco evidente de infección, no debía entonces, el galeno asumir que la paciente cursaba un cuadro de sepsis, por lo que se considera que el manejo estuvo adecuado a las guías de manejo clínico expedidas por el Ministerio de Salud, las cuales además fueron usadas por la perito Sandra Milena Olaya Garay, para referirse al aparente cuadro de Sepsis que cursaba la paciente. Así las cosas, claramente se aplicó el protocolo médico vigente expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social para la época de la atención médica, diluyéndose con ello la falta de observancia de los protocolos médicos al momento de la prestación del servicio.

Frente a la necropsia

Ahora, el Dr. Ricardo Arturo Martínez García médico cirujano, especialista en medicina interna, con maestría en enfermedades infecciosas y tropicales, maestría en epidemiología (formación para atención integral de pacientes con patología infecciosa), con más de 17 años de experiencia hizo un análisis de los datos reportados en la necropsia aportada al proceso, donde en peritaje presentado anotó:

"Pregunta 30: ¿son los hallazgos aportados por la necropsia concordantes de una manera absoluta con presencia previa de choque séptico y falla orgánica multisistémica asociada?"

Respuesta: No⁴¹

Pregunta 31: ¿son los micro abscesos en el miometrio (capa muscular del útero) una condición que se correlaciona de manera absoluta como marcador de sepsis en la paciente?

Respuesta: No⁴².

Definió el miometrio como: "capa muscular del útero, gruesa, situada entre el perimetrio (por fuera) y el endometrio (mucosa, por dentro), sus contracciones provocan la salida del feto y de las cubiertas fetales/amnióticas de la cavidad uterina"⁴³, por lo que a la pregunta 33 y 35 respondió:

"Pregunta 33: ¿existe relación anatómica o contacto cercano entre el miometrio y la placenta?"

Respuesta: sí⁴⁴

Pregunta 35: ¿debido a su continuidad anatómica, se hubiera esperado la verdadera presencia de amnionitis o infección placentaria en el caso que los micro abscesos del miometrio referido en la necropsia estuvieran en una clara relación con un componente infeccioso en la gestante?

Respuesta: sí⁴⁵

Al indagar sobre si en el informe de necropsia se evidencio presencia de infección placentaria el Dr. Martínez García, afirmó que "no"⁴⁶; donde en la misma línea sobre la existencia de infección activa en el feto, respondió:

"Pregunta 8: ¿existían en el feto o mortinato signo de evidencia de presencia de infección activa como causa de su muerte?"

Respuesta: no, al revisar los datos de la necropsia realizada al mortinato (...) se describe por parte del Dr. Carlos Hernán Collazos Gamboa (medico patólogo) que histológicamente, es decir mediante estudio realizado por microscopia, hay placenta con marcada necrosis de probable origen isquémico (falta de irrigación sanguínea) con presencia de hipoperfusión placentaria (disminución en el aporte de flujo sanguíneo) condición que ocasiono la muerte. En la placenta hay necrosis sin evidencia de infiltrado inflamatorio.⁴⁷

Es prudente mencionar que el infiltrado es la presencia de células como neutrófilos, polimorfo nucleares, macrófagos y se encuentran presentes ante la clara o verdadera presencia de infección / en los datos de patología del mortinato no existía infiltrado inflamatorio

Pregunta 9: si no se evidencio en la necropsia realizada al mortinato signo de infección ¿significa esto que no se presentaban signos de amnionitis o signos secundarios a infección después de rotura de membranas en la madre?

Respuesta: los hallazgos de necropsia del mortinato no señalaban la presencia de signos de amnionitis o infección amniótica".

⁴¹ 023DictamenPericialRicardoArturoMartinez.pdf, Fl 217

⁴² 023DictamenPericialRicardoArturoMartinez.pdf, Fl 217

⁴³ 023DictamenPericialRicardoArturoMartinez.pdf, Fl 217

⁴⁴ 023DictamenPericialRicardoArturoMartinez.pdf, Fl 218

⁴⁵ 023DictamenPericialRicardoArturoMartinez.pdf, Fl 219

⁴⁶ 023DictamenPericialRicardoArturoMartinez.pdf, Fl 218

⁴⁷ 023DictamenPericialRicardoArturoMartinez.pdf, Fl 198

Lo mencionado es claro en indicar lo poco concluyente que fue el dictamen de necropsia para determinar la causa exacta de la muerte, donde incluso el perito de la demandante Jesús María Jácome, en su dictamen de contradicción (pregunta 57), indicó que no se identificó exactamente la causa de la muerte (expone que pudo ser un choque séptico vs hemorrágico); sumado a que como se resaltó previamente, la responsabilidad médica debe ser mirada es al momento de la atención médica que se juzga, para determinar si la actuación de los galenos estuvo ajustada a la praxis médica.

Frente a la utilización de medidas quirúrgicas y la violencia de género

En este punto entonces, es preciso entrar a analizar si en el caso que nos ocupa, se pudo haber configurado una violencia de género frente a las fallecidas en el entendido de los pronunciamientos jurisprudenciales realizados por la H. Corte Constitucional en sentencia T-357 de 2021:

"Violencia Obstétrica: una forma de violencia contra las mujeres

1.1. La violencia obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres que envuelve todos los maltratos y abusos de los que son víctimas en los servicios de salud reproductiva⁴⁸ y durante los procesos de atención del embarazo, parto y posparto.⁴⁹ Sin embargo, se trata de un problema que apenas está siendo examinado, visibilizado y discutido, pues *"sólo desde hace poco las mujeres han empezado a hablar sobre las burlas y los reproches, insultos y gritos que sufren por parte de los trabajadores sanitarios"*.⁵⁰

1.2. En 2014, la Organización Mundial de la Salud -desde ahora OMS- publicó la Declaración *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. En este documento, dicha organización recordó el *"derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto"*. Asimismo, informó que *"muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto"*.⁵¹

1.3. Por tanto, es indispensable e inaplazable avanzar en el proceso de identificación de las prácticas que constituyen violencia obstétrica con el fin de comenzar con la implementación de medidas para su erradicación. Con esta finalidad, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas dedicó su informe temático de 2019 para examinar este tipo de violencia, escuchar *"las dolorosas historias contadas por las mujeres"*⁵² y enlistar los

⁴⁸ Naciones Unidas. *Informe temático presentado por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer*. 2019. Pág. 2.

⁴⁹ Alnemari, B y otros. 2020. *Violencia obstétrica experimentada durante el alumbramiento*. Citado en *Violencia Obstétrica: Análisis jurídico abordado desde la perspectiva del Derecho Internacional y el marco legal colombiano*. Universidad del Cauca. 2020.

⁵⁰ Naciones Unidas. *Informe temático presentado por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer*. 2019. Pág. 12.

⁵¹ Documento disponible en

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=23D38A7B5D44E3C08F4BC3E030008ECB?sequence=1

⁵² Naciones Unidas. *Informe temático presentado por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer*. 2019. Pág. 8.

comportamientos que hasta ese momento se habían identificado como manifestación de la violencia obstétrica y que, a juicio de la Relatora, deben estar prohibidos por los ordenamientos jurídicos de los países:

(i) "La técnica conocida como 'sinfisiotomía', considerada ya como una violación de los derechos humanos y una forma de violencia contra la mujer que puede llegar a constituir tortura, consiste en la separación y ampliación quirúrgicas de la pelvis para facilitar el parto".

(ii) "La esterilización forzada y el aborto forzado constituyen delito y son sendas formas de violencia de género contra la mujer".

(iii) "En algunos países, las mujeres encarceladas son inmovilizadas físicamente durante el parto mediante esposas que las atan a la cama, y son amordazadas. Además, hay informaciones de que las mujeres embarazadas recluidas en las prisiones y cárceles o detenidas a causa de su situación de inmigración son esposadas e inmovilizadas durante el parto, el posparto y el periodo de recuperación posterior durante horas e incluido días, pese al hecho de que en todo momento hay con ellas guardias armados".

(iv) "La detención posterior al parto de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad para pagar los gastos de hospitalización es otro ejemplo de violación de los derechos humanos".

(v) "La cesárea o el parto por cesárea es el uso de la cirugía para alumbrar a los niños cuando médicamente es necesario y cuando un parto vaginal pondría a la madre o al niño en situación de riesgo. Cuando está justificado desde el punto de vista médico, es un procedimiento que salva vidas. Sin embargo, recientemente ha habido una tendencia creciente al uso excesivo de la cesárea en todo el mundo, y en América latina y Europa este tratamiento está sustituyendo al parto vaginal o se está eligiendo como forma preferida de alumbramiento".

(vi) "La episiotomía es un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante".

(vii) "El uso de personal médico sin experiencia para llevar a cabo los exámenes ginecológicos puede causar daño a las mujeres embarazadas, y el uso excesivo de la oxitocina sintética como agente utilizado para inducir las contracciones y el alumbramiento, también presenta un daño para la salud".

(viii) "La práctica de la presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento, también conocida como 'maniobra Kristeller', ya no está recomendada por la OMS".

(ix) Irrespeto a la intimidad y confidencialidad durante el alumbramiento, cuando se realizan exámenes vaginales y "permiten que los estudiantes de medicina observen a las mujeres durante el parto, y comparten con terceros la información sobre su salud, por ejemplo, su condición de seropositivas".

(x) "Procedimientos quirúrgicos por aborto espontáneo, el legrado y la sutura tras el parto, así como la extracción de óvulos durante el procedimiento de reproducción asistida, se realizan a menudo sin anestesia".

(xi) "Procedimiento tras la episiotomía, "que aplica más puntos de los necesarios, los llamados 'puntos para el marido', se lleva a cabo, supuestamente, en pro de la satisfacción sexual del esposo".

(xii) "Falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones, incluida la posibilidad de elegir su posición de parto preferida en los hospitales públicos, mientras que sobre la posición para dar a luz hay una mayor flexibilidad en las maternidades privadas".

1.4. Adicionalmente, es relevante lo expuesto por la OMS en su Declaración del 2014, según la cual: "*en los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a (...) negligencia hacia las mujeres durante el parto -lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables*".⁵³ Posteriormente, otros investigadores han identificado

⁵³ OMS. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. 2014. Pág. 1.

que constituye violencia obstétrica la “negligencia y abandono, largas demoras y asistencia médica calificada ausente al momento del parto”.⁵⁴

1.5. Además de estas prácticas, en artículos académicos pueden encontrarse otras conductas que son consideradas violencia obstétrica. Así ocurre con la revisión manual uterina, que se realiza después del parto y se suele justificar en la necesidad de verificar la expulsión completa de la placenta, es decir, que en el útero no queden restos placentarios. Para las autoras, si bien es un procedimiento válido en algunas circunstancias, también sucede que se realiza de forma “automática”.⁵⁵ Al respecto, la OMS sostiene:

“La placenta se ha de examinar cuidadosamente para detectar anomalías (infartos, hematomas, inserción anómala del cordón umbilical), pero ante todo para asegurarse de que esté completa. Si existe alguna sospecha de que no está completa, habrá que realizar una exploración uterina (...) En algunos países es obligatorio explorar la cavidad uterina después de cada parto. No existe la más mínima evidencia de que dicha política sea de alguna utilidad, al contrario, puede producir infecciones o traumatismos mecánicos o incluso shock. Lo mismo se aplica para las duchas uterinas después del parto”.⁵⁶

1.6. Ahora bien, para complementar el panorama del maltrato hacia la mujer durante el parto, resulta útil referirse a una tipología de violencia obstétrica, pues permite su comprensión a partir de una clasificación de las distintas conductas que las constituyen, aunque no es exhaustiva y allí no están todas las prácticas que estructuran esta forma de violencia.

Tabla 1. Tipología de prácticas que constituyen violencia obstétrica

Abuso	Cirugía forzada	- Cesáreas forzadas - Episiotomías forzadas
	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	Coerción por intervención judicial	Las directivas de hospitales buscan intervención judicial para obligar a la mujer a someterse a una cesárea. ⁵⁷
	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.
	Coerción por negación de tratamiento,	Las directivas de hospitales amenazan a las mujeres con retrasar tratamientos para

⁵⁴ Bohren, M. y otros. 2015. Promoviendo respeto y prevención del maltrato durante el alumbramiento. Citado en *Violencia Obstétrica: Análisis jurídico abordado desde la perspectiva del Derecho Internacional y el marco legal colombiano*. Universidad del Cauca. 2020. Pág. 19.

⁵⁵ Camacaro, Marbella y otros. *Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: revisión manual uterina como rutina*. En Revista Inclusiones. Artículo disponible en [1_vol_6_num_4saludycomunidad2019octubdiciemb19incl_Revisión manual de cavidad uterina.pdf](#)

⁵⁶ Organización Mundial de la Salud. 1996. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Pág. 63.

⁵⁷ En un caso, por ejemplo, a una mujer en Estados Unidos le dijeron que requería cesárea para evitar que su hijo naciera con alguna discapacidad, pero ella se negó y solicitaron a una Corte que ordenara la realización de la cirugía. La Corte negó la solicitud y fundamentó su decisión en que se trataba de un procedimiento intrusivo. Otros casos pueden consultarse en [Obstetric Violence by Elizabeth Kukura :: SSRN](#)

	manipulación de información o presión emocional	que acepten la realización de cirugía.
Falta de respeto	<p>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.</p> <p>- Las mujeres son ignoradas cuando hacen preguntas sobre el tratamiento o las hacen sentir culpables de sus decisiones cuando sobrevienen complicaciones.</p>	

(...) 6.33 Finalmente, con relación a la histerectomía subtotal que fue practicada a Leydi Tatiana, la Sala estima pertinente resaltar que la misma no solo debe verse como un procedimiento quirúrgico, sino que debe ser entendida como la pérdida parcial de una parte del cuerpo, como pueden ser los dedos de la mano. Sin duda, el cuerpo de la mujer ha perdido parcialmente uno de sus miembros; por tanto, los jueces deberían valorar los efectos que estos tiene sobre el bienestar general de la mujer, más allá de los efectos en su capacidad reproductiva.

6.34 Del mismo modo, respecto a la práctica de la histerectomía parcial, la Sala recuerda el informe temático presentado por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, citado en la parte considerativa de esta providencia, y a partir del mismo se identificó una variable que permite establecer cuándo una práctica médica constituye violencia obstétrica: la realización de procedimientos que no están justificados desde el punto de vista médico y que, por tanto, eran innecesarios. Así ocurre cuando se hace un "uso excesivo de la cesárea", pues este procedimiento sólo debe practicarse "cuando está justificado desde el punto de vista médico". Del mismo modo, la episiotomía debe realizarse "en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico".

6.35 En este sentido, la Sala encuentra necesario llamar la atención para que, en el marco de procesos ordinarios de responsabilidad médica por la práctica de histerectomías, se examine si dicho procedimiento era necesario y si estaba justificado desde el punto médico o era un sufrimiento evitable, con el fin de descartar que hubiese sido una práctica constitutiva de violencia obstétrica".

Ahora, se entrará a analizar la razón y necesidad de las medidas quirúrgicas utilizadas en la paciente Sandra Milena Velandia Correa:

Indicó el Dr. Jesús María Jácome que era totalmente contraproducente la realización de la cesárea efectuada a la fallecida, debido al estado de sepsis que presentaba su cuerpo, para tal efecto manifestó:

"(...) No había indicación obstétrica materna, ni mucho menos fetal, de realizar una cesárea, al parecer esta conducta se toma por solicitud expresa de la materna, lo más prudente y teniendo en cuenta que el trabajo de parto se encontraba avanzado era continuar hacia un parto vaginal, que evitaría sumar a la condición materna, las posibles complicaciones y aumento de la morbi mortalidad de la cirugía. (...)"⁵⁸

⁵⁸ 193DictamenContradicciónJesusMariaJacome.pdf/ FI 65 y 66

Por su lado, el Dr Javier Eduardo Pérez Puerta indicó sobre la pertinencia de la cesárea cuando se presentan síntomas de inflamación sistémica sin foco evidente:

"No. Cuando se sospecha una infección materna o se está frente a una paciente que tiene hallazgos clínicos o laboratorios que orientan hacia la existencia de una posible infección, la terminación del embarazo estará determinada por varios factores (...) si el embarazo es de término y la condición fetal y maternas son adecuadas, el parto vaginal es la mejor opción (...) la cesárea tiene indicaciones precisas y ciertamente la inflamación sistémica sin foco evidente no es una de ellas"⁵⁹

Por otro lado, como ya había sido resaltado anteriormente la Dr. Olaya Garay indicó en respuesta a la pregunta 19 del cuestionario que "Durante la actuación del Dr. Pieruccini NO hay alguna evidencia objetiva de sepsis materna, para diagnosticar una sepsis", para lo que a la pregunta 18 del mismo cuestionario afirmó:

"Uno de los argumentos que presenta la Dra. Elia Beany Lasso Cerón, era la necesidad de estabilizar a la paciente antes de ser llevada a cirugía, ¿según su experticia lo considera usted necesario?"

Durante las notas de enfermería y de las evoluciones médicas plasmadas en la historia clínica de la señora Sandra Velandía (Q.E.P.D), la paciente no presentó ninguna cifra tensional baja que indicara inestabilidad hemodinámica, por lo cual la paciente se encontró estable durante el tiempo de vigilancia en el trabajo de parto, entendiendo que la paciente se llevó con los signos vitales estables al procedimiento quirúrgico, por tal razón no era necesario realizar ninguna intervención antes de ingresar al procedimiento quirúrgico".⁶⁰

Se abstrae de lo anteriormente dicho por los peritos y en línea con lo expuesto por la H. Corte Constitucional que, el procedimiento normalmente indicado para dar término al nacimiento del bebé, es el parto natural, y la cesárea es una opción secundaria, que presenta varios riesgos inherentes al ser un procedimiento de carácter quirúrgico, además, solo debe ser usado en casos estrictamente necesarios, de lo contrario podría configurarse la violencia de género contra la mujer; ahora, las contraindicaciones de la cesárea para el caso de estudio, es que ante la presencia evidente de síntomas relacionados con inflamación sistémica sin foco evidente (sospecha de infección materna), no se debe realizar cesárea, tal como lo afirmó el Dr. Jácome y el Dr. Pérez en su informe, pero debemos tener en cuenta, que como lo explicó la perito Olaya Garay, la señora Sandra Milena al momento de ingresar al quirófano,

⁵⁹ 014DictamenesClinicaVersallesRicardoArturoMartinezJavierEduardoPerez.pdf, Fl 7

⁶⁰ C06/68DictamenPericialUnidoAplicativoMedicoXimenaOlayaGaray.pdf, Fl 18 y 19

no presentaba síntomas asociados a las inflamación sistémica, pues como consta en los registros médicos y de acuerdo a los monitoreos que se le realizaron, sus signos se encontraban en buen estado, y se resalta que el procedimiento adecuado (aun cuando tuviera signos vitales estables y sin evidencia de SIRS) era el parto por vía vaginal; aquí aparece entonces otro factor y era el estado psicológico de la paciente, después de recibir la noticia de la muerte de su bebé aún sin nacer, quedando anotado en la historia clínica la negativa de la paciente para colaborar con el trabajo de parto y la petición expresa hecha al médico de culminar su tarea por cesárea⁶¹.

Para dicho procedimiento se firmó el debido consentimiento de la cirugía (inmerso en el caudal probatorio) ⁶², donde se le explicaron a la paciente los riesgos y contraindicaciones que conllevaba (incluido el embolismo de líquido amniótico y la sepsis), además, le fue indicado por el Dr. Pieruccini, que el mejor procedimiento en su caso era el parto natural.

Finalmente, encuentra esta instancia que las atenciones previas (15 de septiembre y 26 de septiembre de 2014) a la muerte de las pacientes, no configuran violencia de género, en razón de que Sandra Milena Velandia Correa, a la luz de lo discurrido anteriormente en esta Providencia, recibió una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto, por parte de los galenos encargados de su cuidado, pues la lex artis aplicada en su caso, estuvo acertada y acorde a los diagnósticos que presentó en el momento de su atención.

Frente al diagnóstico de embolia de líquido amniótico

Este diagnóstico fue el más aceptado (como hipótesis de la muerte) por los profesionales en salud que concurrieron al proceso (Jorge Eduardo Pérez Puerta, Javier Arturo Martínez García y Sandra Ximena Olaya Garay); diagnóstico que se caracteriza como:

El embolismo de líquido amniótico es un evento súbito, no predecible e inevitable, se presenta en dos etapas, una etapa inicial del choque compensado, en esta paciente la etapa inicial en donde solo hay una pequeña

⁶¹ 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf, Fl 379 y 380

⁶² 001CuadernoEscaneadoFolio1hasta300.pdf, Fl 378

disminución en el transporte de oxígeno, se presentó de una manera muy rápida. El choque se instauró de manera súbita y pasó rápidamente a un choque agudo irreversible: cuando no se recupera nunca el control hemodinámico. El paciente se mantiene con hipoperfusión tisular y muere en colapso cardiovascular por falla ventricular derecha.⁶³

Al ser un evento de carácter fortuito, la perito Sandra Ximena Olaya Garay, explicó su teoría de la forma en que se desencadenó en el organismo de la paciente:

"Pienso que entre la finalización de la cesárea y el posoperatorio inicial, la paciente empezó a desaturarse, con dificultad respiratoria y palidez, fue entubada ya terminada la cirugía, pero la respuesta fue muy pobre, se deterioró y concluyó con su muerte. Hay indicios clínicos para pensar que la paciente sufrió un embolismo de líquido amniótico que la llevó al colapso. Este es un estado imprevisible, no prevenible y de una alta mortalidad".

Visto el contenido que antecede en esta providencia nos encontramos ante dos diagnósticos diferentes alegados por los extremos del proceso, el primero, un cuadro de inflamación sistémica SIRS, que pudo haber desencadenado en una sepsis materna (no tratada adecuadamente), y el segundo el embolismo de líquido amniótico (severo y de rápido avance); como se ha discutido a lo largo de estas páginas, y apoyados en los conocimientos científicos de los profesionales de la salud (dando un mayor valor a los dictámenes rendidos por estos, dado su alto nivel de conocimiento en el tema), no se logra evidenciar a ciencia cierta que el diagnóstico de sepsis materna haya afectado el organismo de Sandra Milena, pues existen dudas de la causa de muerte hasta en el informe de necropsia, y según los parámetros que han arrojado los peritos y contrastados con sus pares, la paciente se mantuvo estable fisiológicamente (después de tomar medidas iniciales de hidratación y antipiréticos) hasta la intervención quirúrgica a la que fue sometida; allí toma fuerza la hipótesis del embolismo de líquido amniótico, pues como se evidenció en las historias clínicas, después de la cesárea, la paciente inició una cascada de complicaciones que llevaron a su muerte inminente en menos de 7 horas; ahora, ambos diagnósticos son meramente especulativos pues no se cuenta con evidencia científica suficiente para probar uno u otro, pero para esta Corporación el diagnóstico que más se acerca al triste desenlace de las fallecidas, es el embolismo del líquido amniótico, por todas las razones anteriormente expuestas.

⁶³ C06/68DictamenPericialUnidoAplicativoMedicoXimenaOlayaGaray.pdf Fl 24

Carga de la prueba, indicios y elementos que fincan la responsabilidad médica

Se estima, entonces, que la parte actora no logró demostrar con certeza la ocurrencia de la responsabilidad médica endilgada, porque no se acreditaron todos sus elementos y menos se demostró la culpabilidad de los galenos tratantes.

Bajo tal horizonte, es palmario que no existe prueba contundente que demuestre que los fatídicos desenlaces padecidos por las pacientes fueron originados por desidia del servicio médico y como corolario de la aplicación de malas prácticas galénicas; por consiguiente, se diluye cualquier acusación enfilada en tal perspectiva.

A *contrario sensu*, no se comprobó que el comportamiento médico fuera una causa eficiente en la ocurrencia de los padecimientos sufridos por la parte activa, ni se demostró fehacientemente imprudencia, impericia, negligencia o inobservancia de los deberes propios de los facultativos intervinientes en el proceso; aunado a que la Sala observa que no se incurrió en malas prácticas médicas por parte del personal galénico durante el procedimiento; esto, cimentado en que se cumplieron y siguieron los procedimientos establecidos para atenderlas, en las condiciones especiales en que se encontraban.

Resulta oportuno traer a colación que la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 15 de enero de 2008, expediente radicado 11001-3103-037-2000-67300-01, tiene dicho que:

"[...] En suma, en asuntos semejantes al de ahora, es aceptado que la responsabilidad médica depende del esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el cliente. Por lo tanto, el médico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando éstas hayan sido las determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o, en otros términos, debe demostrar los hechos de donde se desprende aquella" **(SE CITA LA GACETA JUDICIAL TOMO 49, PÁGINA 120)**⁶⁴

⁶⁴ Sala de Casación Civil, M.P. Edgardo Villamil Portilla, 15 de enero de 2008, Exp. 11001-3103-037-2000-67300-01.

Concordante con lo analizado, el tratadista Javier Tamayo Jaramillo en su libro Tratado de Responsabilidad Civil Tomo I, Segunda edición 2007, Editorial Legis S.A. páginas 287 y subsiguientes, tiene expuesto que:

"LA PRUEBA DEL NEXO CAUSAL EN LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

En principio, la responsabilidad médica supone, también, la prueba del nexo causal entre el hecho del agente y el daño. Así las cosas, tratándose generalmente de una responsabilidad basada en la culpa probada, el demandante debe establecer un nexo de causalidad entre la culpa del médico y el daño sufrido por el paciente. [...]

PRUEBA DEL NEXO CAUSAL EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA, MEDIANTE LA PÉRDIDA DE UNA OPORTUNIDAD

[...] Es lo que sucede en el problema de la responsabilidad médica. Ocasionado el daño al paciente, es evidente que la culpa del médico fue o no fue la causa del daño. Lo que pasa es que no es posible probar lo uno o lo otro. En consecuencia, en aquellos casos en que no sea posible establecer la relación de causalidad entre la culpa del médico y el daño del paciente, el médico deberá ser absuelto, pues de lo contrario se estaría incurriendo en una injusticia con el demandado, ya que éste se vería abocado a pagar una indemnización por un daño que, posiblemente, no causó. [...]"

Las declaraciones, peritazgos y documentos a la postre desvirtúan la conjetural existencia de responsabilidad médica deprecada por la parte demandante, con fundamento en que exponen la observancia por parte del personal médico de los procedimientos previstos para el tipo de diagnóstico que mostraba el paciente al momento de la atención, a fin de que pudiera obtenerse un resultado exitoso; y, a su turno, dejan sin soporte la tesis de la parte demandante que asevera que los padecimientos sufridos por la señora Sandra Milena Velandia Correa y la mortinata fueron propiciados por negligencia en el servicio a partir de la falta de diagnóstico y por el uso de malas prácticas médicas por parte del personal de la Clínica accionada, las que como se mencionó no son lesivas, porque de lo contrario estarían prohibidas.

Por ello, no se desprende indiscutiblemente la culpabilidad endilgada a la pasiva, en vista de que no se acreditó que el choque séptico o incluso el embolismo de líquido amniótico hubiese tenido relación directa con las presuntas actuaciones u omisiones desplegadas por los médicos tratantes, que aquí no se observan, pues como quedó demostrado, las pacientes fueron atendidas adecuadamente de acuerdo a la sintomatología que presentaban.

No está por demás concluir que la queja residió en que el Despacho Cognoscente les dio importancia a los profesionales aportados por la demandada y no les dio el valor probatorio correspondiente a sus profesionales. Se plantea entonces, que hay dos versiones frente a los hechos discutidos. Así las cosas, resulta de suma importancia aludir la sentencia de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M. P. William Namen Vargas, del dos (2) de 2011, expediente 25899-3103-001-2005-00050-01 que, en un caso semejante, expuso:

*“en situaciones similares a la problemática planteada, o sea, “cuando se está frente a dos grupos de pruebas, el juzgador de instancia no incurre en error evidente de hecho al dar prevalencia y apoyar su decisión en uno de ellos con desestimación del restante, pues en tal caso su decisión no estaría alejada de la realidad del **proceso**” (SE CITA LA SENTENCIA DE CASACION CIVIL de 18 septiembre de 1998, expediente No. 5058), salvo que “incurra en absurdos o riña con la lógica”, en tanto “cuando militan pruebas en diversos sentidos, el acogimiento por el sentenciador de las que le ofrezcan mayores bases de credibilidad con desestimación de otras, no conforma **yerro**” (SE CITA LA SENTENCIA DE CASACION CIVIL DE 5 de diciembre de 1990 y 7 de octubre de 1992).*

Y agregó:

*“**Justamente**, el juzgador de instancia en su discreta autonomía apreciativa de las pruebas puede optar por el sentido ofrecido por uno de los grupos, sin incurrir por esto, de suyo y ante sí en yerro fáctico generatriz de preferición o alteración de los medios probatorios no acogidos, porque el acogimiento del conjunto testimonial de la parte demandada para hacerlo prevalecer y la prescindencia del de la parte demandante para negarle cualquier fuerza de convicción, constituye el ejercicio cabal y legal de la facultad del fallador de instancia que es autónomo en la apreciación de las pruebas; a lo que cabe agregar que cuando se está frente a dos grupos de pruebas, el juzgador de instancia no incurre en error evidente de hecho al dar prevalencia y apoyar su decisión en uno de ellos con desestimación del restante, pues en tal caso su decisión no estaría alejada de la realidad del **proceso**” (SE CITA LA SENTENCIA DE CASACION CIVIL DE 18 septiembre de 1998, exp. 5058).*

Por tanto, conforme a la jurisprudencia transcrita surge con caracteres irrefutables que no le asiste razón a la parte recurrente, por cuanto lejos de configurarse un error en la decisión adoptada, lo que se plantea es una simple inconformidad por la selección que realizó el operador jurídico de los elementos de juicio arrimados al proceso, escogencia que encuentra su apoyo en el hecho de que los peritos de la parte pasiva son expertos con mucha más preparación profesional en la materia de que se trata -a diferencia del traído por la parte actora (que aunque también preparados en la materia, no igualan los perfiles profesionales de sus pares)-, y porque sus explicaciones no rayan con lo ilógico o absurdo, por el contrario lucen razonables.

Se agrega⁶⁵ que, en gracia de discusión de aceptarse los argumentos del censor, tal como lo ha sostenido el Consejo de Estado: *“(e)n realidad, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar, en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática”*, en su momento se desplegaron los exámenes y controles requeridos tendientes a esclarecer y estabilizar la condición de las pacientes, sin evidenciarse signos claros para realizar otros más invasivos en busca de tratar otras patologías; por tanto, se adelantaron los procedimientos propios de la *lex artis*, descartándose de tajo la responsabilidad que se endilga a los mismos.

Así las cosas, se termina diluyendo cualquier conexión entre el servicio prestado entre el 26 y el 27 de septiembre de 2014, a la señora Sandra Milena Velandia Correa y los sufrimientos padecidos por los demandantes; de ahí que de existir algún perjuicio sufrido por los demandantes el mismo no puede ser indemnizado por faltar la actividad contraria a la práctica médica de los demandados.

Corolario: Al no doblegarse la presunción de acierto y legalidad merced de la falta de acreditación de los elementos de la responsabilidad, no encuentra más esta Sala que proceder a convalidar la sentencia de primer grado que desembocó en la inexistencia de los supuestos mínimos para deducir una responsabilidad médica. Se condenará en costas a los demandantes señora María Enith Correa Duque y otros.

En armonía con lo expuesto, el H. Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, Caldas, en Sala de Decisión Civil Familia, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley

FALLA :

⁶⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejero Ponente: Hernán Andrade Rincón, 9 de julio de 2014.

Primero: **CONFIRMAR** la sentencia calendada el cuatro (4) de abril de 2022, proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, en el proceso verbal de responsabilidad médica promovido por la señora María Enith Correa Duque y otros en contra de Coomeva EPS S.A y Clínica Versalles S.A -hoy Ospedale-, trámite al que fueron llamados en garantía Lina María Zuluaga Vargas, Luisa Fernanda Hernández Toro, Juan Esteban Sossa, Javier Enrique Pieruccini Murillo, Allianz S.A, Axa Colpatria S.A, Seguros Confianza S.A y Chubb Seguros S.A. Expediente radicado con el número 17001-31-03-006-2019-00275-04.

Segundo: **CONDENAR** en costas a la parte demandante, señora María Enith Correa Duque y otros, en favor de los demandados y llamados en garantía. Las agencias en derecho en esta Sede serán tasadas oportunamente por el Magistrado Sustanciador (art. 366-3 C.G.P.).

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA

RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

Firmado Por:

Jose Hoover Cardona Montoya
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 5 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Ramon Alfredo Correa Ospina
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 1 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Sandra Jaidive Fajardo Romero
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 8 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **9029f17255c5d0d59abd3bdd9b888f1b1f351f04bbfbb715cbe2292c1383e64**

Documento generado en 09/03/2023 03:27:34 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>