San Andrés Isla, veinte (20) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

Sentencia No.066

Medio de Control	Reparación Directa
Radicado	88-001-33-33-001-2016-00188-01
Demandante	Erika Isabel Jiménez Ortiz y otros
Demandado	IPS Universitaria y otros
Magistrada Ponente	Noemí Carreño Corpus

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Surtido el trámite de ley, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, y debidamente integrada la Sala, procede la Corporación a resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado judicial de la parte demandante contra la sentencia No. 0001-21 de fecha primero 1° de febrero de 2021, proferida por el Juzgado Único Contencioso Administrativo de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, dentro del proceso iniciado por los señores Erika Isabel Jiménez Ortiz, Asaris Morales Costa, Noris del Carmen Ortiz Casiano y Sergio Jiménez Ortiz, en contra de la IPS Universitaria de Antioquia sede San Andrés Isla y el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, mediante la cual se dispuso lo siguiente:

> "**PRIMERO: DECLÁRANSE** no probadas las excepciones de méritos planteadas por las demandadas y llamados en garantía.
>
> **SEGUNDO: NIÉGANSE** las pretensiones de la demanda, acorde a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: De conformidad con el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, **CONDÉNASE** en costas a la parte demandante, así como en agencias en derecho las cuales se fijan en un 4% de lo pedido.
(…)".

II.- ANTECEDENTES

- **DEMANDA**

La señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, Asaris Morales Costa, actuando en nombre propio y en representación de la menor Shaiel Morales Jiménez, Noris del Carmen Ortiz Casiano y Sergio Jiménez Ortiz, por intermedio de apoderado judicial, y en ejercicio del medio de control de reparación directa consagrado en el artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, presentó demanda con el objeto de que se acceda a las siguientes pretensiones:

- **Pretensiones**

"**PRIMERO:** Que se declare al **DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA,** en calidad de propietario del Hospital Departamental y la **IPS UNIVERSITARIA** servicios de salud Universidad de Antioquia, sede San Andrés Isla, en calidad de administradora del Hospital Departamental, responsables solidarios de los perjuicios morales, materiales, daños fisiológicos y daños a la vida de relación sufridos por la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, esposo, hija, madre y hermano y, por consiguiente de la totalidad de los perjuicios causados a:

ERIKA ISABEL JIMENEZ ORTIZ (víctima), **ASARIS MORALES COSTA** (esposo), **SHAIEL MORALES JIMÉNEZ** (hija), **NORIS DEL CARMEN CASIANO** (Madre) y **SERGIO JIMENEZ ORTIZ** (Hermano).

A.- POR PERJUCIOS MORALES SUBJETIVOS.

Se debe a cada uno de los demandantes por los perjuicios MORALES, o a quien o quienes sus derechos representaren al momento de la sentencia y o conciliación el equivalente en SMMLV, así:

El equivalente a 100 SMMLV a:

ERIKA ISABEL JIMENEZ ORTIZ (víctima), **ASARIS MORALES COSTA** (esposo), **SHAIEL MORALES JIMÉNEZ** (hija), **NORIS DEL CARMEN CASIANO** (Madre) la cantidad de 100 SMMLV para cada uno de ellos, a la fecha de la ejecutoria de la sentencia y/o conciliación judicial.

El equivalente a 50 SMMLV, a

SERGIO JIMNEZ ORTIZ, (hermano) de la afectada a la fecha de la ejecutoria de la sentencia y/o conciliación.

B. – POR DAÑOS FISIOLOGICOS.

Que se condene respecto a los daños fisiológicos causados a la víctima **ERIKA ISABEL JIMENZ ORTIZ**, a la suma de 100 SMMLV a la fecha de ejecutoria de la sentencia y o conciliación, al precio que se encuentre este.

Y demando la cantidad de 100 SMMLV de acuerdo a la gravedad de la lesión, error o falla médica, cometida al momento de la episiotomía infringida a la señora **ERIKA ISABEL JIMENEZ ORTIZ.**

C. – POR DAÑOS A LA VIDA DE RELACIÓN.

Que se condene a pagar a la Sra. **ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ**, por parte de las demandadas a la suma de 100 SMMMLV por daños a la vida en relación al momento de la sentencia y o conciliación, al precio que se encuentre el SMMLV al momento de la ejecutoria.

D. - POR PERJUICIOS MATERIALES. LUCRO CESANTE.

Que se condene a las convocadas a pagar a la Sra. **ERIKA ISABEL JIMENEZ ORTIZ** la suma de $30.000.00.00 por cuanto labora, percibe dinero devengado el SMMLV o sea la suma de $689.454.00 laborando en el servicio doméstico.

Igual suma ($30.000.000.00) a el Sr. **ASARIS MORALES COSTA** (ESPOSO) y **SHAIEL MORALES JIMÉNEZ** (hija), es decir, la suma de $15.000.000.00 para cada uno.

E. – INTERESES.

A los actores se pagará o a quien o a quienes sus derechos representaren al momento de la sentencia y o conciliación, los intereses que se causen desde la fecha de la ejecutoria de la sentencia y o conciliación."

- **HECHOS**[1]

La parte demandante fundamenta sus pretensiones en los hechos que a continuación se sintetizan así:

Señala que el miércoles 30 de marzo de 2016, la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, al sentir los dolores de parto acudió de inmediato a las instalaciones del hospital departamental Amor de Patria, con el fin de ser asistida en el proceso de alumbramiento, pero que esta labor fue atendida por la médica general en turno, la doctora Jacinta Gisela Livingston Bent, y no por una profesional especialista en ginecobstetricia.

Asegura que durante el procedimiento se le realizó una incisión en el periné, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, denominada "*episiotomía,*" con el fin de facilitar la expulsión de la criatura y evitar posibles desgarros en los tejidos durante el nacimiento; proceso que finalizó con la sutura correspondiente de la incisión y el alta sin mayor complicación al día siguiente, el 31 de marzo de 2016.

Sostiene que el día 04 de abril de 2016, la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, al acudir al sanitario advirtió heces fecales en su toalla higiénica, razón por la cual, luego de asearse acudió a su madre para ponerla en conocimiento de aquel hecho

[1] Ver folios 21 al 54 del cuaderno principal del expediente.

extraño. Refiere que el 05 de abril de ese año, al acompañarla al baño, su madre también pudo constatar la presencia de excreciones en el área genital.

Expone que esta suma de acontecimientos llevó a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, a presentarse en las instalaciones del hospital departamental, el sábado, 09 de abril de 2016 a diez (10) días del puerperio, siendo atendida en urgencias por la gineco-obstetra Magola Manotas Mejía, quien refiere le manifestó que tenía una fístula ano-rectal o recto-vaginal, de dos centímetros de horadación, que se podía corregir con una cirugía previa evacuación del endometrio. Añade que, la profesional le ordenó tratamiento con antibióticos.

Indica que, el día 21 de abril de 2016, la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, nuevamente acudió al hospital sin complicaciones u otra sintomatología distinta a la salida de material fecal por el introito vaginal, con diagnostico ginecológico de "*dehiscencia*" de mucosa rectal, en tercio inferior vaginal, con orificio de dos centímetros, "*IC/Desgarro perineal GIV con compromiso de mucosa rectal*" ordenándole en consecuencia control al mes.

Afirma que a la fecha de presentación de la demanda la situación médica de la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, no ha sido subsanada, responsabilizando a las entidades demandadas, de las lesiones ocasionadas al suturar incorrectamente la incisión recto-vaginal realizada, producto de la negligencia, omisión, imprudencia, impericia, culpa grave o culpa lata del personal de salud, que obró sin diligencia, esmero, protección o cuidado a la paciente.

Resalta que, a raíz del infortunado suceso, la familia de la demandante ha sufrido sentimientos de dolor, aflicción y congoja, por la evidente afectación al estado de salud de quien en su hogar representa la figura de madre, hija, esposa y hermana, tras la perturbación de carácter funcional causada por el procedimiento médico realizado por la doctora Jacinta Gisela Livingston Bent.

- **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Invoca como fundamentos jurídicos el artículo 2 del inciso 2, art. 86, en concordancia con lo establecido en los art. 20, 23, art. 90 de la Constitución Política, art. 176,177 y 178 del C.C.A, Decreto 2191 de 1991, Ley 23 de 1981, Resolución No. 1995 de julio 08 de 1999, art. 13 de la Ley 1285 de 2009 y demás normas concordantes.

La parte actora considera que el daño resulta imputable a la demandada bajo el régimen de responsabilidad de falla presunta del servicio por error en el procedimiento médico, en que reitera incurrió el galeno al no suturar en debida forma la incisión perineal que comunica la zona recto- vaginal.

- **CONTESTACIÓN**

Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina[2]

En la oportunidad procesal correspondiente, la apoderada judicial de la Gobernación del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se opuso a todas y cada una de las pretensiones formuladas. La entidad considera que las pretensiones son infundadas y carentes de todo sustento legal, al desconocer que la prestación de los servicios de salud en el departamento insular no radica en cabeza de la entidad territorial sino, en la IPS Universitaria de Antioquia, por lo que solicita ser excluida de la integración pasiva de la relación procesal.

Propone como excepciones de mérito o fondo:

Inexistencia de causal de conexidad entre la causa y el daño

Niega que el ente territorial como dueño de las instalaciones del Hospital departamental sea el responsable de la producción del presunto daño. Refiere que

[2] Ver folio 91 al 100 del cuaderno principal del expediente

según los hechos y las pruebas aportadas a la instancia las posibles acciones y omisiones causadas deben ser imputadas a la EPS o a la IPS Universitaria de Antioquia, por cuanto el departamento Archipiélago, no tuvo participación en la intervención médico-quirúrgica que originó la lesión en la salud de la demandante. Entendiéndose así la inexistencia de relación de causalidad entre la falla en el servicio y el daño producido.

Inexistencia del daño

Hace énfasis en que la demandada no ha cometido daño alguno y mucho menos el alegado, dado que el presunto daño lo produjeron la EPS y la IPS Universitaria de Antioquia.

Cobro de lo no debido

El ente territorial no ha cometido el daño señalado, por lo que la demandante le está cobrando una deuda que no le corresponde.

Hecho de un tercero

Como eximente de responsabilidad alega la culpa de un tercero, de conformidad con las pruebas aportadas al proceso. Sostiene que, en el eventual caso de comprobarse el presunto daño, dicha responsabilidad estaría radicada en la IPS Universitaria de Antioquia y la EPS, a la cual se encontraba afiliada la demandante, al ser las entidades encargadas de la prestación del servicio de salud.

Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia "I.P.S. UNIVERSITARIA"[3]

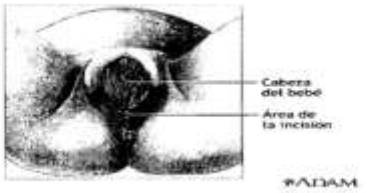
[3]09. Contestación de la Demanda IPS.pdf

La IPS Universitaria al dar contestación a la demanda se opuso a sus pretensiones y llamó en garantía a la Federación Gremial de Trabajadores de la Salud “Fedsalud” y a la compañía de Seguros del Estado S.A.

Sobre los hechos, afirma no constarle la constitución familiar de la actora, ateniéndose a lo que resulte probado en el proceso; niega que las acciones u omisiones de la entidad dieran origen al presunto daño alegado y sostiene que a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz se le dispensaron todas las atenciones médicas requeridas de manera oportuna, diligente, y adecuada, de acuerdo con las particularidades propias de su estado de gestación.

Acepta que

durante la labor de parto a la paciente se le realizó una episiotomía con el fin de facilitar el proceso de alumbramiento, que la intervención fue realizada por la médica general Jacinta Gisela Livingston Bent y que a su finalización el corte recomendado para la incisión fue suturado a la perfección. Sin embargo, contradice lo expuesto por los demandantes, al señalar que: i) la profesional que asistió el parto contaba con la experticia, entrenamiento, capacidad e idoneidad, para llevar a cabo la expulsión satisfactoria de la criatura y ii) que la episiotomía era el procedimiento médico más recomendado para el trabajo de parto a fin de disminuir el riesgo de un posible desgarro.



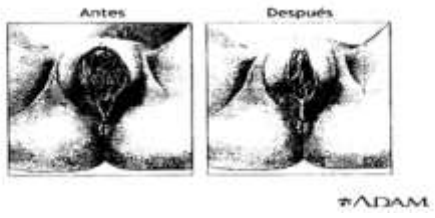


Imagen 1. Cuaderno de contestación de la demanda IPS Universitaria.

Ilustra como se muestra en la imagen a anterior[4], el procedimiento médico realizado en la aludida intervención, explicando, que: "*la episiotomía es la indicación preventiva tendiente a evitar el desgarro perineal, (sic) prevenir el prolapso del uterino (caída del útero hacia la vagina) y evitar la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o mediano plazo en madres primigestantes, con periné corto, parto precipitado, desgarro perineal inminente, entre otros*."[5]

Explica que la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, madre primigestante, se encontraba en una de las categorías relacionadas al presentar un parto precipitado, es decir, con un proceso de evolución menor a tres (3) horas de duración, a una velocidad de dilatación de 3 a 5 cm por hora, relacionada con contracciones anormalmente fuertes, unida a una disminución de la resistencia de las partes blandas del canal de parto y que, en este estado, cobraba vital importancia asegurar la expulsión del feto con la menor implicación de desgarro, razón por la cual, se tornaba necesario llevar a cabo el acto quirúrgico señalado.

Ratifica que, el día 31 de marzo de 2016, la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, fue dada de alta, en estado clínico favorable, lo cual evidencia, la evolución adecuada de la episiorrafia realizada por la doctora Jacinta Gisela Livingston Bent.

Aclara que la atención brindada por la especialidad de ginecobstetricia, los días 09 y 21 de abril de 2021, estaba ajustada a la ciencia y a los protocolos médicos prescritos en la materia, y, el diagnóstico brindado era el más acertado, por cuanto, la paciente se presentó con un cuadro clínico de cuatro días de evolución, determinada por expulsión de excreción fecal por el introito vaginal, sin evidencia de dolor u otra complicación.

[4] Página 5, folio 4 del cuaderno de contestación de la demanda de la IPS.
[5] Ibídem

Precisa que las fístulas ano-rectales o recto-vaginales nombran la comunicación (trayecto fistuloso) entre la cara posterior de la vagina y la salida de "*secreción purulenta*," secundaria en la mayoría de los casos al parto, por compresión de la cabeza fetal o desgarros, que, la fístula presentada por la paciente fue posterior a la sutura de la episiotomía y que su origen se debe única y exclusivamente a la materialización de un riesgo inherente al trabajo de parto. De allí, que no le asiste responsabilidad a la parte demandada por mala praxis alegada.

Aduce que, en la concreción del riesgo, fue determinante la patología de base con que la paciente entró en la labor de parto, pues, refiere que la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, padecía de una enfermedad de transmisión sexual denominada "*condilomatosis*," que produce un estado de inmunosupresión, que facilita la ruptura de suturas e impide una adecuada cicatrización, lo cual escapa del actuar cuidadoso, diligente, oportuno y perito del talento humano que presta su servicios en favor de la institución.

Por todo lo anterior, la entidad demandada solicita desestimar las pretensiones de la demanda, sin dejar de cuestionar el monto deprecado por la parte activa al ser fruto de una serie de perjuicios que jurisprudencialmente no son susceptibles de ser reconocidos y menos en el monto solicitado, máxime al ser exorbitantes y no estar sumariamente probados.

En su defensa, expresa que de los documentos aportados y la misma historia clínica allegada por la demandante, ninguna prueba de falla del servicio en la intervención quirúrgica (episiotomía y episiorrafia) practicada sobresale, principalmente cuando de las notas operatorias y de evolución, se desprende claramente que la cirugía se desarrolló y culminó sin ninguna complicación. Y que, contrario a lo que afirmado, la lesión de la fistula recto-vaginal se debió a la concreción de un riesgo inherente al trabajo de parto realizado en el mes de marzo de 2016, y a la cual, coadyuvaron circunstancias propias de la paciente, específicamente la enfermedad de

transmisión sexual que por sus características verrugosas prolongan en el tiempo la oportunidad de sanar.

Plantea como excepción de mérito, las denominadas:

Ausencia de falla en el servicio por parte de la IPS Universitaria

Manifiesta el apoderado que la obligación que el médico contrae es de medio y no de resultado, de tal manera que si no se logra el objetivo propuesto en el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al paciente o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos, o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar de que sabía que era el indicado" (sentencia del 26 de noviembre de 1986. M.P. Héctor Gómez Uribe- subraya propias).

Asimismo, indica que el H. Consejo de Estado, ha reiterado en varias ocasiones que cuando se busca la declaratoria de responsabilidad de la administración por falla en el servicio médico o de salud, estaremos bajo la óptica del sistema de falla probada del servicio. Lo anterior implica para la parte demandante demostrar de manera fehaciente, que la conducta u omisión médica que reprocha ha sido contraria a los protocolos y la ciencia médica, o bien, que ha sido negligente, imperita o imprudente; de lo contrario, no surgirá a la vida jurídica el elemento culpa o falla en el servicio.

Afirma que en el presente caso la parte actora en ningún momento aporta prueba que permita demostrar de manera clara, que se haya presentado una falla en el servicio por parte de la IPS Universitaria – Hospital Amor de Patria, solo se limita a narrar la historia clínica de la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz. Además, la paciente presentaba una condición de base, la condilomatosis, enfermedad de transmisión

sexual que genera un tipo de inmunosupresión y por lo tanto dificultaba la capacidad de los tejidos para cicatrizar y que ocasionó en la paciente una fístula recto-vaginal.

Cierra resaltando que el cuerpo médico no puede prometer o asegurar la cura al enfermo o un resultado específico, pues el único resultado que se puede ofrecer es que se podrá poner todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para la correcta ejecución, tal y como ocurrió en el presente caso.

Materialización de un riesgo inherente

Sostiene que la literatura médica ha establecido, que uno de los riesgos más comunes en la realización de un parto natural o vaginal, es la presentación de desgarros perineales, los cuales son inevitables por el actuar médico y para prevenirlos solo se puede realizar una episiotomía.

Reitera que el actuar médico respecto del caso, fue diligente y oportuno, tanto, que, para evitar un desgarro perineal, se le realizó a la paciente la episiotomía recomendada, seguida de una episiorrafia, preparada para suturar la herida causada, la cual se ejecutó de manera satisfactoria.

Ausencia de nexo causal

Asegura que no existe un nexo de causalidad jurídica, entre la atención que se le brindó a la señora Jiménez Ortiz en la IPS Universitaria- Hospital Departamental Amor de Patria, y la fístula recto-vaginal presentada con posterioridad, siendo la causa del daño una enfermedad de transmisión sexual que impide la plena cicatrización la fístula inicialmente suturada.

Tasación excesiva de los perjuicios

Los perjuicios que se solicitan en la presente demanda son exagerados y desconocen los referentes jurisprudenciales existentes en la materia de

indemnización por responsabilidad extracontractual. (Exp. 26.251 del 20 de agosto de 2014 del Consejo de Estado).

- **CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.[6]

En escrito de contestación al llamado en garantía formulado por la IPS Universitaria, la aseguradora respondió la demanda, afirmando no constarle los hechos materia de debate, oponiéndose a las pretensiones invocadas y asegurando que el manejo dado a la paciente fue adecuado, oportuno, diligente y plenamente ajustado a los cánones de la *lex artis*, y por ende no existe nexo de causalidad entre la atención brindada y el daño alegado.

Al caso concreto, señala que, el corte realizado por la médica que atendió el parto era necesario para evitar un desgarro y que la fístula recto-vaginal sufrida por la paciente es un riesgo inherente de la maniobra quirúrgica practicada cuya concreción no constituye una afectación a su salud.

Propone como excepciones a la demanda: i) excepción genérica; ii) ausencia de responsabilidad de parte de la IPS Universitaria; iii) riesgo inherente; iv) indebida tasación de perjuicios morales; y, v) ausencia de pruebas sobre los perjuicios materiales ocasionados / lucro cesante.

Se allana a los hechos del llamamiento en garantía, afirmando ser cierto que, entre la IPS Universitaria y Seguros del Estado S.A., se celebró un contrato de responsabilidad civil, contenido en la póliza No. 65-03-101023398, cuya vigencia se extiende del 30 de noviembre de 2015 al 30 de noviembre de 2016, con cobertura

[6] 06.Llamamiento en garantía Ips a Seguros del Estado.pdf

para los siniestros que se presenten en la sede de San Andrés y Providencia en hospital Amor de Patria.

Informa que, el 30 de marzo de 2016, se le practicó a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, una episiotomía con posterior episiorrafia estando en labor de parto. A consecuencia de la fístula recto-vaginal presentada con posterioridad al alumbramiento se demanda la responsabilidad extracontractual del llamante, por error en la sutura de la episiorrafia y, que, de dicha obligación se derivan una serie de perjuicios materiales e inmateriales por la salida anormal de heces fecales.

A las pretensiones del llamado contestó que la IPS Universitaria no es responsable de los hechos que se demandan; empero, que en el caso hipotético de ser hallada responsable resulta necesario sopesar la relación jurídica por la cual Seguros del Estado S.A., está compareciendo al proceso con base en los estipulado en el contrato de seguros en cuestión.

Aduce que la responsabilidad de Seguros del Estado no puede ser considerada como absoluta e ilimitada, sino que se encuentra legítimamente delimitada por las estipulaciones contenidas en el contrato de seguros.

Invoca como excepciones de fondo: i) sublímites establecidos dentro de la póliza No. 65-03-101023398; ii) límite de responsabilidad de la póliza / suma asegurada; iii) excepción genérica.

FEDERACIÓN GREMIAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD - FEDSALUD[7]

La llamada en garantía por la IPS Universitaria, al descorrer el traslado de la demanda, manifiesta frente a los hechos ser algunos ciertos, otros no serlo y otros no constarle. De igual manera expresa su oposición a todas y cada una de las pretensiones formuladas.

[7] 04. Llamamiento en garantía

Plantea las siguientes excepciones a la demanda: i) Ausencia de culpa o falla en el servicio de la Federación Gremial de Trabajadores de la Salud, ii) Materialización de riesgos probables; iii) Excesiva tasación de perjuicios morales; iv) inexistencia del perjuicio denominado "daño a la vida de relación"; iv) Doble clasificación de perjuicios morales e, v) inexistencia de prueba del perjuicio material pretendido en su modalidad de lucro cesante.

Responde a los hechos del llamamiento ser parcialmente ciertas las obligaciones del contrato de seguros suscrito entre el llamante y Fedsalud, vigente desde el mes de agosto de 2012, ateniéndose a lo que resulte probado a lo largo del proceso. Formula como excepciones las de i) inexistencia de hechos que fundamenten las pretensiones del llamante; ii) ausencia de culpa; iii) inexistencia de nexo causal; iv) hecho de un tercero; v) tasación excesiva de perjuicios; e, vi) inexistencia de solidaridad.

COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A.[8]

La compañía de seguros se pronunció sobre el llamamiento en garantía formulado por la Federación Gremial de Trabajadores de la Salud – Fedsalud, contestando de manera exclusiva los hechos que se demandan, indicando ser unos ciertos y afirmado respecto de otros, no constarles. Manifiesta su oposición a todas y cada una de las pretensiones de la demanda e invoca como excepciones de mérito: i) límite del valor asegurado y deducible pactado; ii) disponibilidad de pago y agotamiento del valor asegurado; iii) sublímite del valor asegurado por perjuicios extrapatrimoniales; iv) inexistencia del nexo causal; v) inexistencia del lucro cesante; vi) la tasación de los perjuicios morales no cumple con los lineamientos jurisprudenciales; vii) inexistencia de perjuicios; y viii) excepción genérica.

[8] 08. Llamamiento en garantía de Fedsalud a La Previsora.pdf.

ORGANIZACIÓN SINDICAL PROFESIONAL EN SALUD – PROENSALUD[9]

La llamada en garantía contestó oportunamente la demanda y el llamamiento en garantía de la Federación Gremial de Trabajadores de la Salud - Fedsalud, oponiéndose a las pretensiones de la demanda y ateniéndose a lo que resulte probado respecto al llamamiento.

Propone como excepciones de mérito a la demanda i) ausencia de responsabilidad por inexistente falla en el servicio; ii) inexistencia de culpa; iii) ausencia de nexo causal; vi) tasación excesiva de perjuicios; e, v) improcedencia del perjuicio a la vida en relación y daño fisiológico. Así mismo, invoca frente al llamamiento las siguientes excepciones: i) inexistencia de los fundamentos esbozados por el llamante, ii) Ausencia de responsabilidad; ii) Inexistencia de culpa; iii) Ausencia de nexo causal e inexistencia de falla en el servicio; iv) inexistencia de solidaridad, v) Hecho de un tercero.

Así mismo formula llamamiento en garantía a la profesional en medicina, doctora Jacinta Gisela Livingston Bent y a La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

DOCTORA JACINTA GISELA LIVINGSTON[10]

La llamada en garantía, una vez notificada en la forma establecida en la ley, guardó silencio.

COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A.[11]

[9] 03. Llamamiento en garantía Fedsalud a Proensalud.pdf
[10] 02. Llamamiento en garantía de Proensalud a Jacinta Gisela Livingston.pdf
[11] 05 y 07. Llamamiento en garantía de Proensalud a la Previsora.pdf.

No obra constancia en el expediente de la aceptación del llamamiento en garantía formulado por la Organización Sindical Profesional en Salud – Proensalud a la compañía de seguros.

- **SENTENCIA RECURRIDA**

Cumplido el trámite legal correspondiente, el Juzgado Contencioso Administrativo de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, mediante sentencia proferida el 01 de febrero de 2021, negó las pretensiones y excepciones de la demanda.[12]

El Despacho contrajo el problema jurídico a determinar si el Departamento – Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y la IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia, son administrativa y patrimonialmente responsables de la totalidad de los perjuicios de orden moral y material causados a los actores, con ocasión a la atención médica dispensada a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, en la cual se asegura se incurrió en falla del servicio que conllevó a las afecciones padecidas por la demandante.

El *a quo*, indicó que el reproche que se hace a las demandadas consiste esencialmente en la falta de atención especializada oportuna, en tanto la institución hospitalaria no satisfizo la obligación de que la paciente fuese valorada por especialista ginecobstetra y no por un médico general, este último, que en sentir de los demandantes realizó un mal procedimiento (episiotomía) que ocasionó una fístula recto-vaginal a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz.

Luego del análisis probatorio de las piezas procesales aportadas por las partes y trasladadas al proceso, el Despacho encontró plenamente probadas las lesiones físicas padecidas por la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, evidenciadas al onceavo día del postparto con ocasión a la fístula recto-vaginal diagnosticada el 09 de abril de

[12] 26. Fallo de Erika Isabel Jiménez Ortiz y otros vs IPS Universitaria y otros

2019. Sin embargo, también encontró probado que: i) después de la expulsión de la placenta y aplicación de medicamentos, a la demandante se le realizó episiorrafia, siendo el procedimiento tolerado por la paciente, ii) en el postparto la paciente fue valorada por médico especialista en ginecobstetricia quien ratifica la tolerancia al procedimiento y la ausencia de complicaciones inmediatas y iii) y que durante el curso de la gestación no se advirtió que el embarazo implicara un alto riesgo que hiciera necesaria la atención de un especialista en ginecobstetricia al momento de atender el parto. Por todo lo anterior, concluyó que no puede alegarse una falla, negligencia o imprudencia por parte del personal médico que atendió a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, pues de la historia clínica y las pruebas practicadas dentro del expediente, se puede inferir que contrario a lo alegado por los demandantes, la paciente recibió una atención oportuna y diligente, y como lo señalaron los médicos que fueron interrogados en la audiencia de pruebas, los tratamientos realizados fueron los indicados, sin que la parte demandante cumpliera con la carga de la prueba conforme al artículo 167 del CGP que pesaba sobre su cabeza.

Es así que, al no advertir la existencia de un mínimo de elementos probatorios que permitieran establecer que la fístula recto-vaginal haya sido producto del procedimiento de episiotomía realizado, sino por la presencia de sangrado, infección vaginal y de transmisión sexual presentes, previo al cierre del desgarro perineal grado 4, como lo indicó el especialista Davis Sjogreen, negó las pretensiones invocadas, condenando en costas y agencias en derecho a la parte vencida en la demanda.

- **RECURSO DE APELACIÓN[13]**

[13] 30.Apelacion.pdf

Inconforme con la sentencia de primera instancia, el apoderado de la parte demandante interpuso recurso de apelación solicitando se revoque la decisión proferida por el Despacho, en el sentido, de declarar la responsabilidad extracontractual del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y la IPS Universitaria por las lesiones físicas y psicológicas causadas a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, con ocasión a la episiotomía y episiorrafia realizada el 30 de marzo de 2016, mientras se encontraba en trabajo de parto, a fin de que se le concedan todas y cada una de las pretensiones deprecadas en la demanda.

El apoderado judicial cuestiona la posición del Despacho, alegando indebida valoración probatoria de los elementos de juicio allegados. Sostiene que el *a quo,* al resolver el caso, desconoció la confesión otorgada por la doctora Jacinta Gisela Livingston Bent, admitiendo en estrados que durante el trabajo de parto de la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, le realizó “un corte lateral de más o menos 2 cms”, el cual, a juicio de la parte, era demostrativa de la lesión alegada y de la falta de cuidado, diligencia y prudencia que medió al llevar a cabo el proceso de alumbramiento, en contraposición a lo expuesto por la *Lex Artis*.

Insiste que en el presente caso, se presentó un error médico al asistirse el alumbramiento con personal inadecuado, por cuanto la intervención quirúrgica en el trabajo de parto no fue realizada por el especialista en ginecobstetricia, sino por la médica general en turno; por la episiorrafia inadecuada y la atención tardía de la fístula-recto vaginal diagnosticada.

Reitera que en el presente caso se encuentra probada la falla presunta del servicio, por omisión, imprudencia, impericia, negligencia, culpa, culpa grave, culpa lata y violación de los reglamentos por parte del personal médico y paramédico que asistió antes, durante y después del parto a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, al no

suturarla correctamente ocasionando la fístula recto-vaginal, que la llevó a excretar por el introito vaginal, materia fecal durante aproximadamente un año.

Menciona que durante el tiempo en que la demandante presentó la lesión, la entidad prestadora de servicio de salud, no fijó fecha para programar la intervención quirúrgica requerida, razón por la cual, los actores debieron acudir al servicio particular para la corrección del error médico causado principalmente por la intervención de la médica general.

Por último, se indica en el recurso que a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, no le quedaron secuelas de la lesión conforme a las devoluciones del médico legista Pernett Leiva.

- **ALEGACIONES**

Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia "I.P.S. UNIVERSITARIA"[14]

En sus alegatos de conclusión, la IPS Universitaria contrae los argumentos esgrimidos por la parte actora a tres cargos a saber:

> "1. Que el procedimiento de atención de parto "debió de haber sido atendido por una médica ginecobstetra."
>
> 2. Que "no se le suturó suficientemente correcto, ocasionándole la fístula recto – vaginal"
>
> 3. Y, finalmente que no se había hecho nada por corregir el "error"."

[14] 06.MemorialIPS.pdf Cuaderno digital

Manifiesta que dentro del proceso se acreditó con suficiencia que la doctora Jacinta Gisela Livingston Bent, en calidad de médica general y conforme a los protocolos médicos, era la profesional idónea para la atención del parto catalogado como de bajo riesgo.

Así mismo, refiere que el procedimiento de episiotomía era necesario para lograr la salida del bebé por el canal vaginal, evitando una hipoxia neonatal y que, una vez, se dio por terminado el parto, y a pesar de la episiotomía realizada para evitar posibles desgarros, la paciente presentó un desgarro vaginal, producto de la salida de la cabeza del bebé por el canal parto, requiriendo episiorrafia, la cual, fue realizada conforme las guías médicas invocadas.

De igual forma, asegura encontrarse probado que la episiorrafia fue adecuada y que la fístula recto-vaginal diagnosticada el 09 de abril de 2016, conforme las guías médicas, es de manejo ambulatorio en espera de la cicatrización de los tejidos comprometidos, siempre y cuando se presente ausencia total de infecciones. Razón por la cual, precisa estar desvirtuada la responsabilidad extracontractual alegada, en tanto, la IPS Universitaria actuó conforme a los protocolos médicos y los requerimientos de la paciente.

Refiere que, sin sustento probatorio, los demandantes insisten en que el procedimiento de episiotomía lo debió realizar un ginecobstetra, lo cual fue desvirtuado con las pruebas que obran en el expediente, pues los médicos que comparecieron al proceso fueron claros en afirmar que tanto el parto, como la episiotomía, pueden ser realizadas por el médico general en caso de partos de bajo riesgo como el de la señora Erika Isabel Jiménez. En este punto, trae a colación apartes de la declaración del testigo Dr. Alain Davis, profesional de la medicina que en su declaración indicó:

> **“PREGUNTADO:** ¿Qué médico y especialidad fue el médico que lo realizó?

CONTESTÓ: Un médico general.

PREGUNTADO: ¿El médico general lo puede practicar?

CONTESTÓ: Si claro, dentro de nuestro entrenamiento como médicos generales, comenzamos la primera rotación en ginecología (…) de hecho, los partos de bajo riesgo en todo el país los hace el médico general, se nos enseña todo, la atención del parto, episiotomía, cierre de la episiotomía, es un personal idóneo para hacer el procedimiento.

PREGUNTADO: ¿Su presencia en parto hubiese evitado esa fistula?

CONTESTÓ: No, es un parto de bajo riesgo, el personal idóneo es el médico general, de hecho, el parto salió bien, todo dentro de lo esperado, el reparo de la fístula como lo enseñan en la facultad, independiente que fuera atendido por médico general o gineco, la evolución a los 5 días fue una evolución adecuada, esa evolución es independiente de quien atienda el parto."

Frente al argumento esbozado por el recurrente, al expresar que: "*la doctora Jacinta Gisela Livingston Bent, "confesó" que le hizo un corte a la paciente y según los accionantes, ello constituye la falla en el servicio*"; asegura, ser cierto que la profesional explicó que al atender el parto realizó un corte lateral, es decir, de derecha a izquierda, llamado episiotomía. Sin embargo, también precisa, que en su declaración dijo y así fue corroborado por el médico ginecobstetra, que: "*este corte de episiotomía, era necesario como parte de la técnica del trabajo de parto*", tal y como lo indicó el juez de primera instancia en la sentencia, pues dentro del proceso se acreditó, que, ante la detención de las contracciones y los pujos de la paciente y la retención del bebé en el canal vaginal, era absolutamente necesaria la realización de dicho procedimiento para garantizar la vida del bebé y disminuir los riesgos de desgarro, con lo cual, reitera que no existe un daño antijurídico, ni mucho menos, una falla en el servicio imputable a la IPS Universitaria a título de culpa o violación a reglamentos.

Además, afirma que, los médicos que comparecieron al proceso fueron claros en indicar que la episiotomía era requerida en el caso de la paciente, ya que al ser primigestante, su canal vaginal no tenía la capacidad de dilatarse de tal forma que permitiera la salida de la cabeza del bebé. Hace énfasis en que "*la episiotomía era necesaria en el caso de la señora ERIKA ISABEL JIMÉNEZ, evitó que se presentara un desgarro mayor y en especial evitó que el bebé presentara hipoxias al estar mucho tiempo en el canal vaginal sin poder salir,"* y cita nuevamente al especialista en ginecología el doctor Alain Davis, en los siguientes términos:

> **"**(….) **CONTESTÓ:** (…) En la episiotomía no se indica cómo ni donde fue el corte, sin embargo, en nota de enfermería dice: 30-3-2016 siendo las 23:30 a folio 74 dice: alumbramiento de placa completa sangrado vaginal normal, se hace legrado manual, sale coágulos, queda limpia, se observa desgarro, se sutura con camunt cromado 2/0, previa colocación de anestesia local termina procedimiento, paciente tolera. Ya sabemos que en el momento del post parto estaba confirmada la fístula, no sabemos cómo fue el corte, pero si escuchamos que una enfermera hablar de desgarro.
>
> **PREGUNTADO:** ¿Este desgarro fue causado por el corte o por la fuerza al tratar de salir él bebe?
>
> **CONTESTÓ:** Se produce por la fuerza antes de salir el bebé, cuando se le enseña a un médico a atender un parto (…) si no hacemos la episiotomía no sabemos hacia donde se va a romper la vagina, (…) la vagina mide de 3 a 4 cm de ancho y va a salir una cabeza que mide 10 cm, tenemos un déficit de 6 cm, entonces nosotros debemos hacer algo para orientar hacia donde se va a ir ese desgarro o ruptura del canal vaginal, la episiotomía es para orientar ese desgarro hacia un lado, en ocasiones ocurre que aunque uno haga la episiotomía, la fuerza de la naturaleza tome otro rumbo a cualquier lado de la vagina (…)
>
> **PREGUNTADO:** ¿El desgarro lo causa el procedimiento o la cabeza del bebe?
>
> **CONTESTÓ:** La cabeza del bebé.

PREGUNTADO: ¿El procedimiento era el indicado- episiotomía?

CONTESTÓ: Si claro, la episiotomía como tal es algo que hay que hacer.

(…)

PREGUNTADO: ¿Ese procedimiento no fue el causante del desgarro ni de la fistula?

CONTESTÓ: No señor, cuando uno hace una episiotomía es un corte de no más de 2 a 3 cm dentro de la piel sin llegar al músculo (por planos tenemos la piel, la grasa que hay debajo de la piel, músculo) (…) la episiotomía corta planos superficiales la piel de la vagina o la piel del periné, corta la piel y corta la grasa sin llegar al músculo, (…) cuando uno hace un corte, ese corte en ningún momento va llegar hasta el recto, únicamente se hace corte de las capas superficiales de la mucosa vaginal, la grasa de la mucosa vaginal y a veces el músculo, pero en ningún momento el corte de la episiotomía llega al recto.

PREGUNTADO: ¿Que tan común es una episiotomía para una primegestante?

CONTESTÓ: Generalmente de un 80 a un 90% es muy común (…) ese 10% es de las pacientes que, por la rapidez del trabajo de parto, no se les alcanza a realizar y sale el bebé produciendo desgarros, es un procedimiento muy común, se hace de rutina para atender los partos (…) es un gold estándar para atención del parto (…) El hecho es que es el primer parto es la primera distensión de la vagina.

(…)

PREGUNTADO: ¿Según usted la fístula no se originó durante la episiotomía, que la originó?

CONTESTÓ: Cuando un paciente va a ser sometido a una cirugía (…) tenemos una capacidad de cicatrización propia de cada uno que puede ser alterado por su propia capacidad de cicatrización, por la presencia de bacterias o infecciones en el área de la cirugía. Al hacer un parto vaginal, se hace un procedimiento, se hace el aseo, y a partir de ahí empieza un proceso de cicatrización que demora entre 1 o dos semanas en la parte

> superficial y la profunda hasta dos meses, una vez que la paciente hace esa cicatrización puede haber complicaciones propias del lugar de la cirugía, en este caso por la cercanía del recto, la zona puede ser contaminada por las deposiciones diarias, cuando la paciente hace deposiciones se debe limpiar adecuadamente, se debe hacer aseo para disminuir la posibilidad que la sutura se sobreinfecte, en el área de procedimiento y por consiguiente la piel pierde su efectividad y se puede abrir en el lado vaginal, en el lado perineal, en la parte profunda. La Dra. encontró signos de infección (…), la fístula es una comunicación de un área con otra, en este caso se comunicó el área vaginal con el área rectal.
>
> **PREGUNTADO:** ¿Si no se hubiese hecho la episiotomía, el desagarro hubiese sido mucho peor del que presentó?
>
> **CONTESTÓ:** Si, si señora, porque en este caso el desgarro es únicamente en la parte inferior (…) este no más fue una fistula pequeña de dos (2) cm, pero pudo haber sido más grande.
>
> **PREGUNTADO:** ¿Cómo influye el proceso de cicatrización de un paciente para que la fístula aparezca o no aparezca, eso depende del proceso de cicatrización?
>
> **CONTESTÓ:** (…) comienza un proceso donde el paciente tiene que utilizar todo lo que tiene para poder cerrar o sanar el área, nosotros producimos colágeno, elastina, producimos varios tejidos de reparación en el cual interviene en todo el proceso de cicatrización, por eso se llama cicatriz, una reacción del cuerpo para poder sanar cualquier daño o incisión y es la manera como el cuerpo se repara Si nosotros tenemos un mecanismo inadecuado, débil, de poder sanar, se nos va a demorar esa sanación, sabemos que los pacientes diabéticos o de circulación pobre, los procesos de sanación van a ser muy largos.”

Alega que, en el proceso se acreditó que la señora Erika Isabel Jiménez, recibió un adecuado manejo clínico de la fístula recto-vaginal que presentó. De forma rápida y oportuna se dio el diagnóstico, se inició manejo antibiótico y antinflamatorio, se llevó a staff médico, el cual, conceptuó que se requería enfriar los tejidos (por el parto los tejidos estaban edematizados y friables) por lo que luego de tres meses se evaluaría

nuevamente. Ya en septiembre se evidencia buena evolución de los tejidos y se ordena manejo por la especialidad de coproctología, y en el mes de noviembre, en otra institución, pues IPS Universitaria no contaba con dicha especialidad, se procede al cierre de la fístula con resultados óptimos.

Señala que, tal y como lo indicaron los médicos tratantes, el manejo de este tipo de patologías es ambulatorio, con tratamiento antibiótico y seguimiento, para posterior cierre, y que ese fue el tratamiento que se le ordenó a la paciente.

Finalmente, cierra sus alegaciones solicitando que se confirme la decisión proferida en primera instancia, indicando que todas las pruebas del proceso dan cuenta que la IPS Universitaria actuó conforme lo dictan los cánones de la medicina, concluyéndose no solo que: i) la fístula recto-vaginal presentada por la señora Erika Isabel Jiménez, fue consecuencia propia de su parto, por la salida de la cabeza del bebé de 10 cm por el canal vaginal de tan solo 3 cm, siendo necesaria la realización de la episiotomía (corte lateral), sino también, ii) que, a pesar de dicha episiotomía el desagarro se presentó, se corrigió, pero que por un proceso de cicatrización propio de la paciente, se presentó la fístula recto vaginal (desgarro lineal), la cual fue manejada conforme lo dictan las guías médicas. Considera entonces que, ninguna acción u omisión dentro del proceso de atención de la paciente le es imputable bajo ningún título a la IPS Universitaria.

Federación Gremial de Trabajadores de la Salud "Fedsalud"[15]

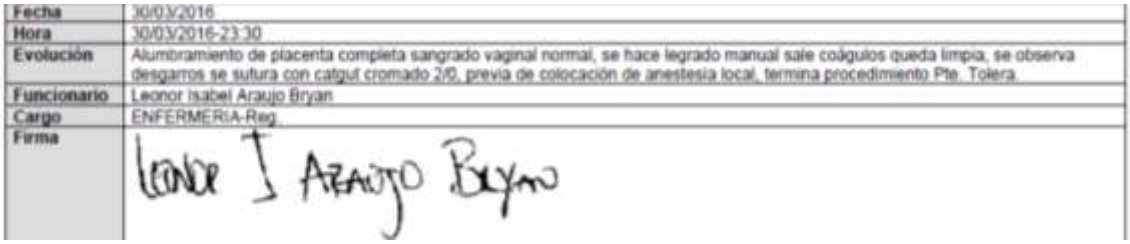
Por su parte, Fedsalud controvierte los argumentos consignados en el recurso de apelación, alegando que en los registros clínicos no se evidencia ninguna complicación en la episiotomía realizada. Por el contrario, refiere que, gracias al acto quirúrgico el bebé logra ser expulsado y nace en buenas condiciones generales y con buena adaptación neonatal, es decir, el procedimiento fue necesario,

[15] 07MemorialFedsalud.pdf Cuaderno Digital

adecuado y oportuno dada la prolongación del parto, pues, de no haberse realizado hubiese traído consecuencias incluso mortales para el feto.

Asevera que la Doctora Jacinta Gisela Livingston Bent explicó en su interrogatorio de parte, que el parto de la señora Érika Isabel Jiménez Ortiz fue prolongado, debido a que la paciente dejó de tener pujos por veinte minutos, lo que dificultaba la expulsión del bebé, ante lo cual, decide comunicarse con el ginecobstetra que se encontraba de turno, quien le ordenó, la aplicación de un medicamento para incrementar las contracciones, y posteriormente procede a realizar la episiotomía, pues recalca que la materna ya llevaba dos horas en el tocófano.

Pone de presente, que la episiotomía, fue tolerada por la paciente de forma adecuada, sin insuficiencia de sutura como lo pretende hacer ver la parte demandante, situación que quedó evidenciada en la nota de enfermería, donde se advierte la sutura con catgut cromado 2/0, previa colocación de anestesia local, así:



Fecha	30/03/2016
Hora	30/03/2016-23:30
Evolución	Alumbramiento de placenta completa sangrado vaginal normal, se hace legrado manual sale coágulos queda limpia, se observa desgarros se sutura con catgut cromado 2/0, previa de colocación de anestesia local, termina procedimiento Pte. Tolera.
Funcionario	Leonor Isabel Araujo Bryan
Cargo	ENFERMERIA-Reg.
Firma	LEONOR I ARAUJO BRYAN

Imagen 2. Memorial Alegatos de Conclusión Fedsalud. Historia Clínica IPS Universitaria.

De allí, que insista que la atención de la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, el 30 de marzo del año 2016, fue acorde con la *Lex Artis*, desvirtuándose las supuestas afirmaciones de la parte demandante. Específicamente, hace la observación sobre la ausencia de signos en la paciente que indicaran que la episiotomía fue incorrecta, o que se realizó una sutura inadecuada, eventos que se hubiesen advertido en el postparto por los profesionales en salud que estuvieron a su cuidado.

Rechaza las afirmaciones contenidas en la alzada, basado en las declaraciones atestadas por el doctor Alain Humberto Davis Sjogreen, sustentadas en los registros de la Historia Clínica obrante en el expediente, pues, asegura que, con ellos, se pudo constatar que el parto se realizó sin complicaciones y que el bebé no tuvo ninguna dificultad al nacer. Refiere que su testimonio, aclaró que la episiotomía que se practicó fue un procedimiento para ampliar la capacidad de la vagina y ayudar en la expulsión del feto, lo cual indicó en los siguientes términos:

> "**PREGUNTA DEL DESPACHO**: ¿Qué es Episiotomía?
>
> **RESPONDIÓ:** Es un procedimiento que se realiza dentro del parto para poder ampliar la capacidad de la vagina, ya, dado que, generalmente, la vagina como tal tiene cierta capacidad de dilatación y la cabeza del bebé generalmente viene entre 9 a 10 cm de diámetro, así que para que la mujer pueda expulsar el feto, se debe ayudar un poco, en ese proceso."

A renglón seguido, sostiene que el declarante indicó que la episiotomía al ser un corte que se realiza en la vagina, puede ser de dos formas: medial (de la vagina hacia el recto, sin llegar a él) o lateral (de la vagina hacia el lado derecho o izquierdo), ambas totalmente avaladas e indicadas en un parto, pues reiteró que la finalidad de la misma es la expulsión del bebé. Recalcó que, dados los registros que reposan en la historia clínica, era totalmente necesaria la realización de la Episiotomía, lo que indicó de la siguiente manera:

> "**PREGUNTA DEL DESPACHO:** ¿Según las circunstancias descritas en la historia clínica, se requería la realización de este procedimiento?
>
> **CONTESTÓ:** Sí señor."

Recuerda también, que el declarante aseguró que si no se hubiese realizado la episiotomía, el desgarro que se presentó por condiciones propias de la paciente hubiese sido peor, pues explicó que dicha situación obedece a la poca capacidad de la vagina para dilatarse y a la medida del diámetro de la cabeza del bebé,

concluyendo que el mismo no fue consecuencia de la episiotomía, pues, por el contrario, ésta se utiliza para orientar de manera adecuada el desgarro, lo cual cita, que indicó en los siguientes términos:

> **PREGUNTA DEL DESPACHO:** ¿Este desgarro fue causado por el corte o por la fuerza al tratar de salir el bebé?
>
> **CONTESTÓ:** Eso se produce por la fuerza al tratar de salir el bebé, lo explico: en la carrera de medicina cuando se le enseña a un médico a atender un parto, si nosotros no hacemos la episiotomía no sabemos hacia donde se va a desgarrar la vagina, o sea hacia donde se va a romper, porque acuérdense que el canal vaginal, haciendo un tacto vaginal no tendrá más de 3 a 4 cm de extensión lateral, de ancho, por así decirlo, y va a salir un bebé con una cabeza de 10 cm, tenemos un déficit de 7 cm. Entonces nosotros debemos hacer algo para orientar de una manera adecuada hacia donde se va a ir ese desgarro o esa ruptura del canal vaginal, entonces la Episiotomía va a orientar ese desgarro hacia un lado derecho o hacia un lado izquierdo. En ocasiones ocurre que la fuerza de la naturaleza toma otro rumbo, puede haberse los desgarros hacia el lado que uno hizo el corte o hacia abajo, hacia la vagina, o hacia arriba, involucrando los labios menores, clítoris y cualquier otra estructura de la vagina, o hacia el lado. O sea, se puede hacer una incisión o un desgarro hacia cualquier lado de vagina. (…)

Cierra la idea, afirmando que, la realización de la episiotomía no impedía que se produjera el desgarro, su finalidad era orientar el mismo, pues lo que lo causó, fue la misma naturaleza humana, al tratar de pasar la cabeza del bebé con un diámetro mayor a la dilatación vaginal.

Respecto a la atención evidenciada once días después del parto, donde la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz ingresó al Hospital Amor de Patria de San Andrés, con 5 días de evolución, con la salida de materia fecal por la vagina, refiere que el ginecobstetra llamado a rendir testimonio, indicó que valoró a la paciente por encontrarse en ronda ese día. Explica que se le ordenaron antibióticos para disminuir la inflamación de los tejidos, dado que se corría el riesgo de que se

contaminara por la materia fecal, tal como aparece en los registros clínicos. Explicó que el manejo intrahospitalario fue por tres días y luego se ordenó su egreso, para continuar el tratamiento de los antibióticos ambulatoriamente. Agrega que la paciente requería una valoración posterior, dentro de los 3 meses siguientes, en la cual, dependiendo del estado de la fístula, se podría programar una cirugía ambulatoria, con la finalidad de cerrarla, ya fuera por ginecobstetricia o proctología. Señala que en la misma valoración se encontró que la señora Érika Isabel Jiménez Ortiz presentaba unos condilomas perineales, lo cual se traduce en una enfermedad de transmisión sexual, circunstancia que impedía la cicatrización pues los tejidos se encuentran más débiles; patología que requería la cauterización de los condilomas, una vez hubiese cesado el sangrado vaginal.

En igual sentido, aduce que la episiotomía no fue la causante ni del desgarro, ni de la fístula que posteriormente se le diagnosticó a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, pues se le preguntó al especialista: *¿Usted considera que ese procedimiento (hablando de la Episiotomía) no fue el causante del desgarro ni de la posterior fístula? Y él contestó: No señor, porque para explicarle más o menos la técnica, cuando uno hace una Episiotomía es un corte que generalmente uno hace no más de 2 a 3 cm, es decir, dentro de la piel sin llegar al músculo, para que me entienda como por planos, tenemos la piel, la grasa que está debajo de la piel. (…)" Esta respuesta fue sustentada por el especialista al indicar que la Episiotomía es un corte de los planos superficiales de la mucosa vaginal, la grasa que hay debajo de la piel (…)"*

Entonces, concluye que, no puede alegarse una falla, negligencia o imprudencia por parte del personal médico que atendió a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, pues de la historia clínica y las pruebas practicadas dentro del expediente, se puede inferir que contrario a lo alegado por los demandantes, la paciente recibió una atención oportuna y diligente, y como lo señalaron los médicos que fueron interrogados en la audiencia de

pruebas, los tratamientos realizados fueron los indicados, sin que la parte demandante cumpliera con la carga de la prueba conforme al artículo 167 del CGP que pesaba sobre su cabeza.

Concluye entonces, que no puede alegarse una falla, negligencia o imprudencia por parte del personal médico que atendió a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, pues de la historia clínica y las pruebas practicadas dentro del expediente, se puede inferir que contrario a lo alegado por los demandantes, la paciente recibió una atención oportuna y diligente, y como lo señalaron los médicos los tratamientos realizados fueron los indicados, sin que la parte demandante cumpliera con la carga de la prueba conforme al artículo 167 del CGP que pesaba sobre su cabeza.

Como corolario de lo expuesto, solicita se confirme la sentencia N° 0001-21 del primero (01) de Febrero del año 2021, proferida por el Juzgado Único Administrativo del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, toda vez que los fundamentos aducidos en el recurso de apelación no demuestran que existió una falla en la atención médica dispensada a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz.

Organización Sindical Profesional en Salud – Proensalud[16]

La Organización Sindical Proensalud respondió al primer cargo esbozado por el recurrente, esto es, que existió error en el procedimiento médico al haberse practicado el acto quirúrgico con la asistencia de una profesional en medicina general y no por un especialista en ginecobstetricia, analizando el actuar de la médica general Jacinta Gisela Livingston y en ese sentido, afirma en sus alegatos, que a pesar de ser una médica general se encontraba totalmente capacitada para atender dicho parto, hecho que advierte fue confirmado el doctor Alain Davis, cuando en el minuto 56:14 responde la pregunta del Juez:

[16] 08. MemorialProensalud.pdf Cuaderno Digital

> "¿Un médico general lo puede practicar?: "dentro del entrenamiento como médicos generales comenzamos primero por las rotaciones de la unidad de ginecología y obstetricia, como requisito un médico debe saber atender un parto, de hecho los partos de bajo riesgo de todo el país y en todo el mundo los hace un médico general asignado al área de ginecología, generalmente se nos enseña todo: atención del parto, la episiotomía, el cierre de la misma y todo lo que tiene que ver con la atención del parto, así que es un personal idóneo para la atención del parto".

Y, a la pregunta de Fedsalud:

> "¿Su presencia en el parto se hubiese evitado que se hubiese producido esa fistula? El médico ALAIN DAVIS responde: "no, no señora, como le digo es un procedimiento de una paciente de bajo riesgo, un parto de bajo riesgo, el personal idóneo que estaba ahí fácilmente atendió el parto sin ningún problema, de hecho todo salió bien, todo salió bajo lo esperado, se hace el reparo de la episiotomía según la técnica que nos enseñan a todos en la escuela y la evolución de la paciente en el posparto inmediato, la evolución de los 5 días fue una evolución adecuada, independientemente que el parto fuera atendido por médico general o ginecobstetra" minuto 1:09:00"

Indica, que ello quedó demostrado cuando la médica Jacinta Gisela Livingston, desplegó todos los protocolos establecidos para estos casos, pues así lo expuso el especialista en el minuto 1:17:40 de la audiencia donde expresó:

> "La vagina de por sí tiene sus propias bacterias, por eso, cuando se va atender el parto nosotros se utiliza isodine o cualquier otra solución desinfectante para disminuir la carga bacteriana del área, se lava desde la cintura hacia abajo, se lava la parte superior de las piernas, se lava la vagina por dentro, por fuera, entre los labios y se lava el área anal, porque generalmente en el trabajo de parto al bebe descender empuja también la materia fecal que se encuentra en el recto y simultáneamente la mayoría de los partos la paciente cuando está expulsando el bebé también está expulsando materia fecal. Así, quien atiende el parto le toca estar lavando varias veces, echando agua, jabón. Para que cuando salga

> la cabeza no se contamine cabeza del bebé con popó, la idea es hacer una técnica lo más limpia posible, pero de por sí por trabajar en el área genital implica un riesgo de infección"

Refiere en este punto, que el procedimiento de lavado y desinfección si se realizó pues en la nota del 30 de marzo de 2016 a las 21:45 de la enfermera Leonor Isabel Araújo se manifiesta: *"Paciente manifiesta tener pujo se pasa a la sala de parto en presencia de médico de urgencias se hace aseo con Isodonine solución y solución salina".*

Al segundo cargo, aduce que el procedimiento de episiotomía, según lo manifiesta el ginecólogo Alain Davis es *"un procedimiento dentro del parto para poder ampliar la capacidad de la vagina, dado que generalmente la vagina como tal tiene cierta capacidad de dilatación y la cabeza del bebe generalmente viene entre 9 a 10 centímetros de diámetro así que para poder la mujer expulsar el feto se debe poder ayudar un poco en ese procedimiento. Se hace la mayoría de las veces en paciente primigestaste para poder permitir que salga el bebé adecuadamente. Cuando se ha tenido varios partos no es necesario hacer el procedimiento. Procedimiento que se hace en el futuro para la expulsión del bebé que se produce desgarros vaginales"* (minuto 26:58). Reitera que se trata de un procedimiento muy común que se le realiza a las pacientes: *"De un 80 a 90, ese 10% restante es de pronto esa celeridad de que va a tener bebe, no se le alcanza a hacer la episiotomía y sale él bebe produciendo desgarros. Es un procedimiento muy común, de hecho, se hace de rutina para la atención de un parto"* Dr. Alain Davis (minuto 58:00)

Recalca que a la señora Erika Isabel Jiménez, se le realizó tal procedimiento porque era completamente necesario ya que es muy normal que el procedimiento se realice en las pacientes que son primerizas, es decir, que se trate de su primer parto. "*Realmente la edad no influye, porque la paciente puede ser de 13 años con el primer bebé o de cuarenta con el primer bebe, es un primer parto en el cual se va a*

disentir por primera vez la vagina y es necesario hacer el procedimiento, no es por la edad, es por el primer parto" Dr. Alain Davis (minuto 59:19)

Precisa que fue completamente necesario según se ve reflejado en la respuesta de la médica Livingston Bent, a la pregunta de la apoderada de Fedsalud: "*¿Qué consecuencias traía el hecho de que usted no hubiese realizado esa episiotomía?: El hecho de que no haberla realizado, era sufrimiento fetal que él bebe hubiera salido hipóxico, débil o hasta se hubiera podido morir y primaba en ese momento, la mamá estaba muy bien y primaba la vida del bebe, sacarlo bien y que no tuviera consecuencias de problemas neurológicos, con el tiempo de una asfixia por permanecer demasiado tiempo dentro del vientre de la madre*". (minuto 2:28:30). De la misma manera, en la misma anotación se dejó claro que la médica tuvo que realizar episiorrafia, que consiste en la sutura de la herida quirúrgica, debido al desgarro que sufrió la señora Erika Isabel Jiménez, sutura en la que se cumplió el protocolo que relata el médico Alain Davis en el minuto 43:40 cuando afirma que: "*generalmente se hace aseo, se limpia, se procede a suturar, uno revisa los planos, en los cuales va a tomar para poder hacer el cierre, uno toma los bordes y los va cerrando, generalmente en la técnica ocurre que cuando uno evidencia algún desgarro, uno hace una técnica de prueba para poder determinar que todos los bordes estén bien, es decir, si uno evidencia un desgarro muy grande, uno hace un tacto para poder determinar que no haya una lesión más profunda y si uno ve que no hay nada uno procede a hacer el cierre de la episiotomía Es una técnica que se hace para poder hacer el cierre de la episiotomía o del desgarro que se hizo"*

Y, en cuanto que el desgarro fue producido por la misma expulsión del bebe y no por la episiotomía realizada durante el parto, hecho confirmado por el médico Alain Davis en el minuto 40:30 dando respuesta a la pregunta del juez: *¿El desgarro que menciona la enfermera fue causado por el corte o al momento de tratar de salir el bebé? Se produce por la fuerza para que el bebé saliera. Lo explico: en la carrera de medicina cuando se le enseña a un médico a atender a un parto. Si nosotros no*

hacemos la episiotomía no sabemos hacia donde se va a desgarrar la vagina, es decir, hacia dónde se va a romper, porque acuérdese que estamos en el canal vaginal, haciendo un reto vaginal, por ejemplo no tendrá más de 3 a 4 centímetros de extensión lateral, de ancho, por así decirlo, y va a salir una cabeza que mide 10 centímetros, tenemos un déficit de 6 centímetros, entonces nosotros debemos hacer algo para poder orientar de alguna manera adecuada, hacia donde se va a ir ese desgarro del canal vaginal. La episiotomía va a orientar ese desgarro hacia el lado derecho o hacia el lado izquierdo. En ocasiones ocurre que la fuerza natural de esa toma hacia otro rumbo. La enfermera dice que un desgarro, pero tampoco dice hacia donde fue, quiere decir que el corte que se hace que se oriente el desgarro hacia donde uno quiera que vaya, en lo posible o cualquier otra parte de la vagina. Dice que se presenta un desgarro, pero también se sutura."

Respecto del tercer cargo formulado por la parte apelante, el apoderado judicial del sindicato Proensalud hace énfasis en que a la paciente al momento de darle de alta el 31 de marzo de 2016, se le entrega fórmula médica, es decir, se le ordena una serie de antibióticos para disminuir el riesgo de una infección teniendo en cuenta que a pesar de la desinfección que se hace antes y durante del parto, sigue siendo una región muy expuesta a bacterias e infecciones por la materia fecal que se da al momento de la expulsión del bebé. En este punto, recuerda que la médica Livinsgton responde a las preguntas hechas por la apoderada de la IPS Universitaria en referencia a lo anteriormente dicho*: "las recomendaciones son que los puntos no se deben manipular, así sienta ella cualquier cosa adentro no se deben manipular, que esos puntos se reabsorben solos, si presenta síntoma como fiebre, escalofríos, secreciones por la vagina ella debe consultar nuevamente*." Y respondió a la pregunta: *¿Antes de que se le da de alta se evidencia si la paciente ha presentado deposiciones u orina normal? Minuto 2:27:39: "si antes de salir se debe evidenciar que haga deposiciones y orine perfectamente, si no se queja de esto ahí si se le da salida"*

En cuanto a la atención que recibió la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, el 5 de abril del 2016, por la médica Jenny Carolina Torres Sánchez, en donde la paciente consulta solo para saber si la herida se encontraba bien, pone de presente que las anotaciones evidencian que está en perfecta condiciones ya que no presenta fiebre, ni secreción, ni dolor, los puntos se encuentran todos y no falta ninguno, en ningún momento la paciente manifiesta o presenta sintomatología que evidencia una infección o una fístula. Adicional a lo anterior, trae a colación lo expuesto por el médico Alain Davis. En el minuto 59:45 nos habló de una atención que recibió la paciente el día 5 de abril de 2016, cinco (5) días posteriores a la atención del parto y a la episiotomía realizada, nos puede describir que pasó en esa atención: *"La paciente desea saber de cómo se encuentra la episiotomía, netamente lo describe así, la médica examina la paciente y describe que no hay signos de inflamación de la vagina, que no hay salida de flujos por la vagina"*. En el minuto 1:00:40 a la pregunta: ¿En el caso de que esa episiotomía hubiera quedado mal realizada, al quinto día ya hubiera demostrado algún síntoma de infección, de enrojecimiento, de zona de calor donde se realiza esa episiotomía? Respondió: *"(...)generalmente si una paciente va a una consulta que siente algo anormal, síntoma adverso, que se le soltó un punto o esté sangrando. Generalmente consulta una paciente porque siente dolor, inflamación, no puede orinar, ni defecar o en este caso siente alguna sensación de salida de materia fecal por vagina, o al contrario (…) todo depende de lo que refiera la paciente para que uno la examine y resuelva la inquietud."*

Finalmente, resalta que la parte demandante no aportó al proceso prueba suficiente para acreditar los tres elementos que exige la jurisprudencia para acreditar responsabilidad médica por los supuestos daños a la señora Erika Isabel Jiménez, pues, ni siquiera existen o fueron acreditados por la parte demandante y, por ende, la culpa de los demandados o llamados en garantía dentro del proceso y teniendo en cuenta los argumentos anteriores solicita que se confirme la sentencia No.0001-

21 del 1 de febrero de 2021, proferida por el Juzgado Único Contencioso Administrativo del Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

- **CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO**

El Ministerio Publico guardó silencio.

- **ACTUACIÓN PROCESAL**

El Juzgado Único Contencioso Administrativo dictó sentencia el primero (01) de febrero de 2021, en la cual se negaron las pretensiones de la demanda.[17]

La parte demandante presentó oportunamente recurso de apelación en contra del fallo.[18]

Posteriormente, mediante auto No. 045 del seis (06) de abril de 2021, [19] el Tribunal Contencioso Administrativo de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, admitió y ordenó correr traslado a las partes para alegar y al Ministerio Público para que emitiera concepto.

Durante el término de traslado, Organización Sindical Profesional en Salud – Proensalud,[20] Federación Gremial de Trabajadores de la Salud "Fedsalud"[21] e Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia "I.P.S. Universitaria"[22] alegaron de conclusión. El Ministerio Público, el demandante y demás llamadas en garantía guardaron silencio.

[17] 26. Fallo R.D. Erika Isabel Jiménez Ortiz VS IPS Universitaria y otros.pdf Cuaderno Digitalizado.
[18] 30. Apelación Erika Isabel Jiménez Ortiz VS IPS Universitaria y otros.pdf Cuaderno Digitalizado.
[19] 05Auto045 Cuaderno Digital
[20] 08. MemorialProensalud.pdf Cuaderno Digital
[21] 07MemorialFedsalud.pdf Cuaderno Digital
[22] 06MemorialIPS.pdf Cuaderno Digital

III. CONSIDERACIONES

Previa la decisión que corresponde, procede la Sala a examinar los presupuestos de la acción:

- **COMPETENCIA**

Esta corporación es competente para resolver el recurso de apelación contra las sentencias proferidas en primera instancia por los jueces administrativos, de conformidad con lo establecido en el artículo 153 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.[23] En este orden, corresponde a la Sala decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, contra la sentencia proferida el 1° de febrero de 2021, por el Juzgado Único Contencioso Administrativo de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, por medio del cual, se negaron las pretensiones de la demanda de reparación directa incoada contra la IPS Universitaria de Antioquia sede San Andrés Isla y el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

- **CADUCIDAD DE LA ACCIÓN**.

Al tenor de lo previsto por el literal i) del numeral 2º del artículo 164 del C.P.A.C.A., la acción de reparación directa deberá instaurarse dentro de los dos años contados a partir del día siguiente hábil al acaecimiento del hecho, omisión, operación

[23] **Artículo 153. Competencia de los tribunales administrativos en segunda instancia** Los tribunales administrativos conocerán en segunda instancia de las apelaciones de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos y de las apelaciones de autos susceptibles de este medio de impugnación, así como de los recursos de queja cuando no se conceda el de apelación o se conceda en un efecto distinto del que corresponda.https://leyes.co/codigo_de_procedimiento_administrativo_y_de_lo_contencioso_administrativo/153.htm

administrativa u ocupación permanente o temporal de inmueble por causa de trabajos públicos.

Destaca la Sala que, en el caso concreto, la parte actora pretende la reparación de los perjuicios sufridos como consecuencia de las lesiones padecidas por la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, a causa de una fístula recto-vaginal, diagnosticada el día 09 de abril de 2016, el cual, indica el apoderado judicial de los demandantes se encuentra relacionado con un error en la sutura de la episiotomía realizada durante el trabajo de parto de la actora, llevada a cabo el 30 de marzo de 2016, en las instalaciones del hospital departamental Amor de Patria.

A partir de lo anterior, y de acuerdo al material probatorio obrante en el plenario, el término de caducidad en el caso concreto debe contarse a partir del día siguiente hábil de la fecha en la que se señala tuvo conocimiento del daño. Esto es, al día siguiente de que la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, recibiera el diagnóstico clínico de fístula recto-vaginal, otorgado por la especialista en ginecología, pues es hasta ese momento en que se tuvo conocimiento del daño alegado.

Se observa que en el plenario obra constancia expedida por la Procuraduría 17 Judicial II Ambiental y Agraria delegada ante el Tribunal Administrativo de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, islas, en la cual se da cuenta de que la parte activa presentó solicitud de conciliación extrajudicial como requisito de procedibilidad y el 23 de junio de 2016 se dio por fallido dicho trámite[24]. Así las cosas, en atención a que el escrito introductorio del proceso se presentó el 24 de junio de 2016,[25] no cabe duda que el ejercicio del derecho de acción se realizó dentro de término bienal[26] contemplado en la disposición legal ya citada.

[24] Folios 62 a 63del cuaderno principal Expediente Digitalizado.
[25] Folio 64 del cuaderno principal Expediente Digitalizado
[26] El término para demandar inició desde el 11 de abril de 2016 -día siguiente al acaecimiento del hecho - hasta el 11 de abril del 2018.

- **LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA**

La legitimación en la causa tiene dos dimensiones: la de hecho y la material.[27] La primera surge de la formulación de los hechos y de las pretensiones de la demanda, de modo que quien presenta el escrito inicial se encuentra legitimado por activa, mientras que el sujeto a quien se le imputa el daño se encuentra legitimado en la causa por pasiva. Por su parte, la legitimación material es condición necesaria para, según corresponda, obtener decisión favorable a las pretensiones y/o a las excepciones, punto que se define al momento de estudiar el fondo del asunto, con fundamento en el material probatorio debidamente incorporado a la actuación.

Así, en relación con el extremo pasivo, la legitimación en la causa de hecho se vislumbra a partir de la imputación que la demandante hace al extremo demandado, mientras que la legitimación material únicamente puede verificarse como consecuencia del estudio probatorio, dirigido a establecer si se configuró la responsabilidad endilgada desde el libelo inicial.

Legitimación en la causa de los demandantes

Los señores Erika Isabel Jiménez Ortiz, Asaris Morales Costa, actuando en nombre propio y en representación de la menor Shaiel Morales Jiménez, Noris del Carmen Ortiz Casiano y Sergio Jiménez Ortiz; a través de apoderado judicial, comparecieron a este asunto como demandantes, de modo que se encuentra acreditada su legitimación de hecho en la causa.

Legitimación en la causa de las demandadas

Los demandantes formularon las imputaciones contra la IPS Universitaria de Antioquia sede San Andrés Isla y el Departamento Archipiélago de San Andrés,

[27] CE-SEC3-EXP2020-N63062_01399-01_ARD-_20200115

Providencia y Santa Catalina, de modo que se encuentran legitimados de hecho en la causa por pasiva, pues a ellos se les imputa el daño que los actores alegaron haber sufrido.

En relación con la legitimación material, precisa la Sala que está, por determinar el sentido del fallo -*denegatorio o condenatorio*-, no se analizará *ab initio*, sino cuando se estudie el fondo del asunto y resulte posible establecer si existió o no una participación efectiva de las demandadas en la acusación del daño que se alega.

- **PROBLEMA JURIDICO**

La Sala deberá determinar si la decisión proferida con la sentencia de primera instancia se acompasa al material probatorio y a los presupuestos jurisprudenciales emanados por el Consejo de Estado en torno a la responsabilidad extracontractual del Estado a partir de los postulados del artículo 90 de la Constitución Política de Colombia.

De manera específica, le corresponde al Tribunal establecer: ¿Si la IPS Universitaria de Antioquia sede San Andrés Isla y el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, son responsables patrimonialmente de los perjuicios materiales e inmateriales reclamados por los demandantes a título de falla del servicio, por acción u omisión del personal de salud que prestó sus servicios a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, en relación con la fístula recto-vaginal diagnosticada el 09 de abril de 2016, en las instalaciones del hospital departamental Amor de Patria?

- **TESIS**

Conforme al material probatorio aportado al plenario, la Sala confirmará la sentencia proferida en el sentido de negar las pretensiones de la demanda, en tanto que no se encuentra probada la responsabilidad patrimonial de la IPS Universitaria de Antioquia sede San Andrés Isla y el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en relación con las lesiones físicas y psicológicas padecidas por la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz. Ello, por cuanto quedó demostrado que la atención médica dispensada fue absolutamente adecuada, diligente y oportuna, según las condiciones de salud y patologías que presentaba la paciente; el acto quirúrgico practicado fue realizada por el personal médico idóneo y según los estándares y parámetros determinados. Además, la lesión que padeció la actora obedeció a la concreción de un riesgo natural del posparto, por hechos totalmente ajenos a la Ips Universitaria.

- **MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL**

Responsabilidad del Estado: Falla del Servicio Médico

De acuerdo con el artículo 90 Constitucional, el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas; responsabilidad que se hace patente cuando se configura un daño antijurídico, entendido este, como aquel sufrido por un sujeto que no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio.[28]

Así, el Consejo de Estado ha señalado que los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son en esencia el daño antijurídico, esto es la lesión patrimonial o extrapatrimonial sufrida por la víctima sin que tenga el deber de

[28] Sentencia del 13 de agosto de 2008; Exp. 17042; C.P. Enrique Gil Botero

soportarla, y la imputación, como la atribución que de esa lesión se hace al Estado a partir de la acreditación de los títulos que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad.

En relación con la falla del servicio médico, en principio la jurisprudencia habló de un régimen basado en el deber de probar a cargo del actor del proceso judicial, de suerte que a quien correspondía acreditar la totalidad de los elementos que integran la responsabilidad extracontractual era al accionante, y a su vez, la entidad hospitalaria debería demostrar que su conducta fue diligente o cuidadosa. Sin embargo, en 1992, dicho criterio fue revaluado por el Consejo de Estado, dándose campo a un régimen de presunción de la falla, al estimarse que la prueba de la diligencia y el cuidado correspondía al demandado en atención a la capacidad en que se encuentran los profesionales de la salud de satisfacer los cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos,[29] dado sus conocimientos técnicos. De suerte que se estableció en cabeza de la entidad una presunción de hecho, que en términos del Doctor Enrique Gil Botero suponía *"prima facie, en cada caso concreto, que el daño antijurídico en la atención médico – hospitalaria (…) derivaba de la ocurrencia de una falla del servicio (…).*"[30]

No obstante, la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio y las lagunas conceptuales de la misma, permitieron la postulación de una teoría de la carga dinámica de la prueba, según la cual el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar.

En efecto, señaló el Consejo de Estado,[31] que las circunstancias relevantes para establecer la actuación debida o indebida de la administración tienen implicaciones

[29]Sentencia del 30 de julio de 1992. Consejo de Estado - Sección Tercera, M.P. Daniel Suárez Hernández. Exp. 6897.
[30] Enrique Gil Botero. Responsabilidad Extracontractual del Estado, Editorial Temis S.A. Bogotá, Colombia, 2013, pág. 549
[31] Sentencia del 10 de febrero de 2000. Sección Tercera, M P. Alier Hernández Enríquez. Exp. 11878

técnicas y científicas y en tal medida habrá situaciones en las que, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos, siendo entonces necesario el dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio.

Empero, de forma reciente la jurisprudencia de la Máxima Autoridad Contenciosa Administrativa cambió su postura, haciendo énfasis en que es al actor a quien corresponde asumir la carga de probar los elementos de la responsabilidad, regresando al régimen general de la falla probada, que señala la obligación de acreditarse en el proceso todos los elementos que la configuran, a través de todos los medios probatorios legalmente aceptados, destacándose entonces la utilidad de la prueba indiciaria[32] construida con fundamento en las demás pruebas que obran en el proceso, para demostrar el nexo causal entre la actividad médica y el daño. En este sentido, consideró el órgano de cierre:

> "*La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo*."[33]

[32] Ruiz Orejuela, Wilson. Responsabilidad del Estado y sus regímenes. Ecoe Ediciones. 4°Edicion. 2019.Pp. 126
[33] Sentencia de marzo 22 de 2012 Consejo de Estado - Sección Tercera, Subsección B, M.P. Ruth Stella Correa Palacio. Exp. 23132

Por lo que no basta el cuestionamiento que hace el actor a la pertinencia o idoneidad de los procedimientos ejecutados por el personal médico de una entidad, pues a su cargo esta probar dichas falencias y la ocurrencia del perjuicio como consecuencia de las mismas, pudiendo para ello, incluso recurrir a la prueba indiciaria dada la complejidad de los conocimientos científicos que involucra dicho debate, a fin de establecer la presencia de la falla endilgada.

Así, para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, el accionante podrá hacer uso de todos los elementos probatorios legalmente permitidos, siendo los indicios la prueba por excelencia, dada la dificultad de obtener la prueba directa que compruebe la actuación contraria a los postulados de la *lex artis*, o el funcionamiento anormal del servicio médico, pues estos provienen de las pruebas documentadas y controvertidas dentro del proceso.

Régimen de responsabilidad patrimonial del Estado por falla médica en el servicio de obstetricia

En cuanto al régimen de responsabilidad patrimonial del Estado por falla médica en el servicio de obstetricia, el Consejo de Estado ha reiterado que se debe probar el daño, la falla en el acto obstétrico y el nexo de causalidad, sin perjuicio del indicativo que comporta que el daño hubiese ocurrido dentro del marco de un parto sin riesgos aparentes, con controles prenatales adecuados[34]. Ha sostenido la Sala:

> *"En relación con la responsabilidad médica en el servicio de obstetricia, la Sala se había inclinado por considerar que en los eventos en los cuales el desarrollo del embarazo haya sido normal y, sin embargo, éste no termina satisfactoriamente, la obligación de la entidad demandada es de resultado[35].*

[34] CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERA. SUBSECCION B
Bogotá, D.C., veintiuno (21) marzo de dos mil doce (2012) Radicación número: 17001-23-31-000-1996-09002-01(18991)
[35] En sentencia de 10 de febrero de 2000, exp: 11.878 dijo la Sala*: "(...) en el campo de la obstetricia, definida como 'la rama de la medicina que se ocupa principalmente del embarazo, parto y los fenómenos posteriores al alumbramiento, hasta la involución completa del útero', la responsabilidad médica tiende a ser objetiva, cuando ab initio el proceso de embarazo se presenta normal, es decir, sin dificultades o complicaciones científicamente evidentes o previsibles... En casos como estos, parte de la doctrina se inclina por encontrar una obligación de resultado, puesto que lo que se espera de la actividad médica materno-infantil, es que se produzca un parto normal, que es precisamente la culminación esperada y satisfactoria*

En decisiones posteriores se insistió en que la imputación de la responsabilidad patrimonial debía hacerse a título objetivo, pero siempre que, desde el inicio, el proceso de gestación fuera normal, es decir, sin dificultades evidentes o previsibles, eventos en los cuales era de esperarse que el embarazo culminara con un parto normal. Decía la Sala:

"Es cierto que, en forma pacífica, se ha aceptado la tesis según la cual, por regla general, en la actividad médica la obligación es de medio, no de resultado; se ha dicho que el compromiso profesional asumido en dicha actividad tiende a la consecución de un resultado, pero sin asegurarlo, pues la medicina no es una ciencia exacta. En otros términos, el galeno no puede comprometer un determinado resultado, porque éste depende no solamente de una adecuada, oportuna y rigurosa actividad médica, sino que tienen incidencia, en mayor o menor nivel, según el caso, otras particularidades que representan lo aleatorio a que se encuentra sujeta dicha actividad y a que se expone el paciente.

"Sin embargo, en el campo de la obstetricia, definida como 'la rama de la medicina que se ocupa principalmente del embarazo, parto y los fenómenos posteriores al alumbramiento, hasta la involución completa del útero'[36], la responsabilidad médica tiende a ser objetiva, cuando ab initio el proceso de embarazo se presentaba normal, es decir, sin dificultades o complicaciones científicamente evidentes o previsibles, como sucedió en el presente caso. En efecto, se trataba de una mujer joven que iba a dar a luz a su primer hijo y quien durante el curso del proceso de embarazo no registró problemas que ameritaran un tratamiento especial.

"En casos como éstos, parte de la doctrina se inclina por encontrar una obligación de resultado, puesto que lo que se espera de la actividad médica materno-infantil, es que se produzca un parto normal, que es precisamente la culminación esperada y satisfactoria de un proceso dispuesto por la naturaleza, en donde la ciencia médica acude a apoyarlo o a prever y tratar de corregir cualquier disfuncionalidad que obstaculice su desarrollo normal o ponga en riesgo a la madre o al que está por nacer. Lo especial y particular de la obstetricia es que tiene que ver con un proceso normal y natural y no con una patología.
(…)

---

de un proceso dispuesto por la naturaleza, en donde la ciencia médica acude a apoyarlo o a prever y tratar de corregir cualquier disfuncionalidad que obstaculice su desarrollo normal o ponga en riesgo a la madre o al que está por nacer. Lo especial y particular de la obstetricia es que tiene que ver con un proceso normal y no con una patología".
[36] MELLONI. Diccionario Médico Ilustrado. T. IV, p. 412.

No obstante, en providencias más recientes se recogió dicho criterio para considerar que los eventos de responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación del servicio médico de obstetricia no pueden ser decididos en el caso colombiano bajo un régimen objetivo de responsabilidad; que en tales eventos, la parte demandante no queda relevada de probar la falla del servicio, sólo que el hecho de que la evolución del embarazo hubiera sido normal, pero que el proceso del alumbramiento no hubiera sido satisfactorio constituye un indicio de dicha falla[37]. En sentencia de 14 de julio de 2005[38], dijo la Sala:

"Debe precisarse, en esta oportunidad, que las observaciones efectuadas por la doctrina, que pueden considerarse válidas en cuanto se refieren a la naturaleza especial y particular de la obstetricia, como rama de la medicina que tiene por objeto la atención de un proceso normal y natural, y no de una patología, sólo permitirían, en el caso colombiano, facilitar la demostración de la falla del servicio, que podría acreditarse indiciariamente, ***cuando dicho proceso no presenta dificultades y, sin embargo, no termina satisfactoriamente****.* ***No existe, sin embargo, fundamento normativo para considerar que, en tales eventos, la parte demandante pueda ser exonerada de probar la existencia del citado elemento de la responsabilidad. Y más exigente será, en todo caso, la demostración de este, cuando se trate de un embarazo riesgoso o acompañado de alguna patología".***

En síntesis, bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, y se reitera, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño.

[37] Sentencia de 7 de diciembre de 2004, exp: 14.767
[38] Exp. No. 15.276.

> *No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejar a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad. En otras palabras, no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño, para que automáticamente se ubique en el ente hospitalario demandado, la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad le corresponderá contraprobar en contra de lo demostrado por el actor a través de la prueba indiciaria, esto es, la existencia de una falla en el acto obstétrico y la relación causal con el daño que se produjo en el mismo, demostración que se insiste puede lograrse a través de cualquier medio probatorio incluidos los indicios, edificados sobre la demostración, a cargo del actor, de que el embarazo tuvo un desarrollo normal y no auguraba complicación alguna para el alumbramiento, prueba que lleva lógicamente a concluir que si en el momento del parto se presentó un daño, ello se debió a una falla en la atención médica"*[39]*.*

En armonía con lo expuesto, para la Sala es claro que el caso *sub lite* debe ser resuelto conforme a los hechos probados indicativos de la falla o de la correcta prestación del servicio.

- **CASO CONCRETO**

En el presente caso, la parte activa de la litis demanda la reparación directa de los perjuicios padecidos por la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, con ocasión al daño que le fuere diagnosticado al onceavo día del postparto, constitutivo de desgarro de IV grado y fístula recto-vaginal,[40] el cual, refiere fue provocado por un error en el procedimiento de episiotomía y episiorrafia realizado el día 30 de marzo 2016.

Asegura que este daño deriva del actuar negligente, imprudente y falto del deber de cuidado, siendo el título de imputación el de falla del servicio con lo cual se compromete la responsabilidad de las entidades demandadas por la precaria

[39] Sentencias de 26 de marzo de 2008; Radicación 16085; Actor: Elvira Caballero Corredor; y de 1º de octubre del mismo año, Radicación 16132; Actor: Luis Hernando García Puerta y otros. Ponente: Dra. Miryam Guerrero de Escobar.
[40] (fl.85 cdo contestación de la demanda por parte de la IPS Universitaria de Antioquía .)

atención en el servicio médico brindado a la actora durante la labor de parto, al afirmar que el proceso de alumbramiento debió ser asistido por un especialista en ginecobstetricia y no por un profesional en medicina general y, que la paciente después de ser diagnosticada no fue intervenida de conformidad, a fin de remediar la lesión

El Juzgado Único Contencioso Administrativo del Distrito Judicial de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, desestimó las excepciones de la demanda y absolvió a las entidades demandadas. El juez a *quo* consideró que i) conforme a la jurisprudencia de la Alta Corporación, el demandante debe probar que la conducta médica fue la causa eficiente y adecuada de las lesiones sufridas; ii) que el material probatorio demuestra que los médicos valoraron correctamente los riesgos del parto, practicaron episiotomía a la primigestante, corrigieron el desgarro con sutura 2-0 y dieron de alta a la señora Jiménez Ortiz en buenas condiciones de salud con las recomendaciones necesarias para su recuperación, y iii) que la actora no demostró ni siquiera de manera indiciaria que el error en la episiotomía realizada hubiera sido la causa de la "fistula recto-vaginal" revelada a 11 días del parto, como tampoco se evidenció que el daño alegado sea atribuible a un error del médico tratante por ser dicha especialidad competente para asistir el trabajo de parto.

Finalmente, dado que afirmó que la causa de la dehiscencia de la sutura aplicada a la actora no tiene relación directa o causal con la atención del parto, despachó desfavorablemente las pretensiones de la demanda.

Inconforme con la decisión inicial, el gestor judicial de la parte activa interpuso recurso ordinario de apelación, señalando que la sentencia acusada valoró de manera errada los elementos de juicio recaudados en la etapa probatoria, pues los mismos daban cuenta de la negligencia médica que se presentó en la atención brindada a la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, al ser asistida en fase latente de

parto por un profesional distinto al especialista en ginecobstetricia, ocasionando como resultado un error en el acto quirúrgico realizado, que provocó la dehiscencia de la sutura y posterior "fistula recto-vaginal," que le fuere diagnosticada en el proceso de post parto, sin que dicho error medicó hubiera sido remediado en oportunidad.

En sus alegatos de conclusión, los sujetos pasivos intervinientes coadyuvaron la posición del A quo, en tanto, encuentran probado i) que la intervención quirúrgica desplegada durante el proceso de parto fue llevada a cabo por quien tenía la competencia a nivel nacional para realizarlo, por tratarse de un embarazo de riesgo bajo y no discutirse lo contrario; ii) que las decisiones tomadas en relación con la episiotomía fueron supervisadas y aprobadas por el especialista en ginecobstetricia a cargo, iii) que la técnica de episiorrafia acometida para cerrar el desgarro y la episiotomía se practicó conforme la guía médica prediseñada; iv) que se valoraron de manera adecuadas los riesgos ante un inminente desgarro, por lo cual, las decisiones médicas adoptadas estuvieron dirigidas a minimizarlos y asegurar el mejor resultado y, v) que el procedimiento de episiotomía era necesario para lograr la salida del bebé por el canal de parto, evitando una hipoxia neonatal con resultados de fatalidad, toda vez, que el acto quirúrgico fue realizado a dos horas de trabajo de parto en tocofano, con borramiento al 100%, sin sensación de pujo y abdomen bajo englobado, indicativo de que el bebé se encontraba en el canal vaginal y que requería de un parto asistido para poderlo cruzar.

Así mismo, fueron contestes en afirmar que, de existir un error en la intervención quirúrgica, esto se hubiese podido manifestar en el tacto realizado por los galenos a los seis (06) primeros días del postparto, en que la paciente visitó por control las instalaciones del hospital, refiriendo no sentir complicaciones y con el sangrado normal.

Continúan sus alegatos, haciendo énfasis en situaciones constitutivas de eximente de responsabilidad, considerando el hecho de un tercero como causa eficiente de

la lesión original, a partir de las anotaciones en la historia clínica observada, en el sentido de indicar, que, la paciente consulta a 11 días del post parto, por presencia de material fecal en el área genital, en estado de infección y con una enfermedad de transmisión sexual denominada “Condilomas,” que no se registra en la epicrisis con anterioridad, implicando que fueron los hechos transcurridos entre el día séptimo y el onceavo al parto, causantes de la “fistula recto-vaginal.”

Concluye que, remediar la lesión padecida por la paciente implicaba un tratamiento con antibióticos y antinflamatorios con anterioridad a la atención por la especialidad de coproctología que en oportunidad se llevó a cabo por la entidad prestadora de salud que desvirtúa la negligencia, impericia o negligencia en el actuar.

Frente al planteamiento presentado, corresponde a la Sala verificar la valoración probatoria de la providencia proferida. Para poder dar solución al anterior interrogante la autoridad judicial tuvo en cuenta las pruebas obrantes en el proceso, así:

- **ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS Y HECHOS PROBADOS**

Documentales

Historia clínica de atención intrahospitalaria realizada en el Hospital Amor de Patria hoy Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, donde fue atendida la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz y otros, de la cual se extraen las siguientes anotaciones:

ATENCIÓN GENERAL
“IPS UNIVERSITARIA” Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Paciente: ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ
Hora de ingreso: 07/03/2016
PACIENTE DE 37 AÑOS G1P0A0 (…) HOY CON EMB DE 37 SEM 0/7 ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR EDAD GESTACIONAL DESCONOCIDA,

VAGINOSIS BACTERIANA, GESTANTE MAYOR. TRAE ECOGRAFÍA DEL 08/02/2016: FETO ÚNICO EN CEFÁLICA, ACTIVIDAD CARDIACA POSITIVA F.C.F 144 PULSACIONES POR MINUTO, LA ACTIVIDAD MOTORA ES NORMAL, LIQUIDO EN CANTIDAD Y ASPECTO NORMAL, PLACENTA FUNDO CORPORAL ANTERIOR GRADO III/IV, EDAD GESTACIONAL 34 S+ 4 D.F.P.P 18 DE MARZO 2016, PESO APROXIMADO 2.460 G. EN EL DÍA DE HOY ASINTOMÁTICA, AHORA CON EMB 37 SEM 0/7, ESTA EN 4 TAMIZAJE PRENATAL POR LO CUAL SE SOLICITARÁN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE ACUERDO A SU EDAD GESTACIONAL.

ATENCIÓN GENERAL
"IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Paciente: ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ
Hora de ingreso: 16/03/2016 11:12
ANTECEDENTES PACIENTE DE 37 AÑOS G1 P0A0 FUM DESCONOCIDA FPP: 28/03/16 POR ECOGRAFÍA, HOY EMBARAZO DE 38 SEM 2/7, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR FUM DESCONOCIDA, ANTECEDENTE DE **VAGINOSIS BACTERIANA** Y GESTANTE MAYOR. TRAE ECOGRAFÍA DEL 14/03/16 FETO ÚNICO EN CEFÁLICA. ACTIVIDAD CARDIACA POSITIVA. F.C.F 139 PULSACIONES POR MINUTO. LA ACTIVIDAD MOTORA ES NORMAL. LIQUIDO EN CANTIDAD Y ASPECTO NORMAL. LOS 14 CENTÍMETROS. PLACENTA FUNDO CORPORAL POSTERIOR GRADO 111/ IV. EDAD GESTACIONAL 38 S + 2 D.F.P.P 26 MARZO 2016.PESO APROXIMADO 3.391 G. TRAE LABORATORIO DEL 08/03/16 UROCULTIVO NEGATIVO, CULTIVO VAGINAL: CRIPTOCOCOSIS LUTEOLUS. HOY REFIERE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES.

"**FORMATO F3 DE ATENCIÓN DE URGENCIAS**
"IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Paciente: ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ
Hora de ingreso: 29/03/2016 16:06:06
Fecha/hora Triage: 16:49:56
Fecha/hora Atención: 16:49:56
Estado Civil: Soltera
Diagnóstico: FALSO TRABAJO DE PARTO A LAS 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN
MOTIVO DE CONSULTA: Bote flujo con sangre
Enfermedad Actual: Paciente de 27 años, (sic) primigestante Rh O positivo, con embarazo de 39 semanas + 1 día por ultrasonido del 20/06/2015 para 7 sem +3 días **sin complicaciones durante el embarazo.**
Paciente consulta refiriendo que hace aproximadamente 1 hora presento salida de tapón mucoso, niega salida de líquido o sangre por vagina, refiere sentir mover a su bebe, niega cefalea o síntomas de vasoespasmo, no edemas.
Antecedentes personales:
TORCH: Negativo
Urocultivo: Negativo

Vaginosis ya tratada.
Alérgicos: PENICILINA
Aspectos Generales: Paciente en buenas condiciones generales, alerta, reactivo, ingresa caminando por sus propios medios, afebril, hidratado, sin disnea.
Medico Finaliza: Vanessa Naranjo Serrano
Especialidad: MEDICINA GENERAL

OBSERVACION DE ENFERMERIA
IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
(…)
Fecha:29/03/2016
Hora: 19:00
Evolución: PACIENTE REVALORADA POR LA DRA VANESSA QUIEN REALIZA ORDEN DE SALIDA CON RECOMENDACIONES

FORMATO F3 DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
"IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Paciente: ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ
Hora de ingreso: 30/03/2016 05:58:23
Fecha/hora Triaje: 06:31:42
Fecha/hora Atención: 06:31:42
Estado Civil: Soltera
Diagnóstico: FALSO TRABAJO DE PARTO A LAS 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN
MOTIVO DE CONSULTA: Bote flujo con sangre
Enfermedad Actual: PACIENTE CON EMBARAZO DE SEMANAS 39.2 POR ECO DEL PRIMER TRIMESTRE (AGOSTO/222016) LA CUAL CONSULTA POR PRESENTAR DESDE EL DÍA DE AYER EXPULSIÓN DE TAPÓN MUCOSO Y PRESIÓN A NIVEL HIPOGÁSTRICO AHORA CONSULTA POR PRESENTAR EXPULSIÓN DE SANGRE Y MOCO POR LO CUAL CONSULTA AYER SE LE REALIZA MONITOREO FETAL EL CUAL ESTA NORMAL
Revisión por sistemas: refiere movimientos fetales positivos niega sangrado vaginal niega aminorrea niega sintomatología urinaria
Aspectos Generales:
(…)
Tacto Vaginal: LONGITUD, AMPLITUD Y TEMPERATURA VAGINAL NORMAL, CUELLO CENTRAL BTO:70-80% DILATACIÓN 1CM SANGRADO MODERADO ABUNDANTE

INFORME EPICRISIS
"IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Paciente: ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ
Hora de ingreso: 30/03/2016 05:58:23 am
Hora de egreso: 31/03/2016 02:47:01 pm

Resumen de atención	Posparto vaginal de 9 horas con episiotomía. Descripción operatoria: PACIENTE EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA, SE REALIZA LAVADO DE ABDOMEN Y GENITALES – PACIENTE PERMANECE **EN TOCOFANO POR DOS (2) HORAS**, **EXPULSIVO PROLONGADO**. SE REALIZA EPISIOTOMÍA. PACIENTE SIN CONTRACCIONES POR 20 MINUTOS, **SE LLAMA A GINECÓLOGO EN TURNO QUIEN ORDENA APLICAR 2 UDS OXITOCINA IV EN LEV, LENTO.** RECIBIDO RECIÉN NACIDO SEXO FEMENINO PESO 3570 GR. TALLA 52 CMS, PC: 34 CMS, PT:33.5 EN BUEN ESTADO GENERAL (…) ALUMBRAMIENTO DE PLACENTA A LOS 10 MINUTOS, COMPLETA, TIPO SCHULTZ, **SE LIMPIA CAVIDAD UTERINA MANUALMENTE**, SE APLICA OXITOCINA 10 UDS IV EN LEV Y 10 UDS IM SE REALIZA EPISIORRAFIA, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO. hallazgos operatorios: Se traslada a tocofano paciente en 10 dilatación, borramiento 100 estación 1. Paciente en trabajo de parto fase activa con adecuada evolución, se continua vigilancia, Paciente en trabajo de parto fase activa con adecuada evolución, se continua vigilancia. Paciente primigestante en fase latente de trabajo de parto, bienestar materno y fetal por clínica, se continua vigilancia de trabajo de parto. paciente con gestación de 39 sem 4 dias fase latente de trabajo de parto feto único vivo cefálico. se decide admitir control de trabajo de parto espontaneo prueba de bienestar fetal y vigilancia materno fetal.
Resumen de atención	Fecha: 30/03/2016 17:51 Especialidad: GINESCOSNTETRICIA Análisis: IC / Postparto vaginal de 9 horas con episiotomía Usuario: Magola Manotas Mejia Fecha: 31/03/2016 08:29 PACIENTE EN POSICIÓN DE LITOTOMIA, SE REALIZA LAVADO DE ABDOMEN Y GENITALES. PACIENTE PERMANECE EN TOCOFANO POR 2 HORAS, EXPULSIVO PROLONGADO. SE REALIZA EPISIOTOMÍA, PACIENTE SIN CONTRACCIONES POR 20 MINUTOS, **SE LLAMA A GINECOLOGO EN TURNO QUIEN ORDENA APLICAR 2 UDS OXITOCINA IV EN LEV, LENTO.** RECIBIDO RECIEN NACIDO SEXO FEMENINO PESO 3570 GR. TALLA 52 CMS, PC: 34 CMS, PT:33.5 EN BUEN ESTADO GENERAL (….) ALUMBRAMIENTO DE PLACENTA A LOS 10 MINUTOS, COMPLETA, TIPO SCHULTZ, **SE LIMPIA CABIDAD UTERINA MANUALMENTE**, SE APLICA OXITOXINA 10 UDS IV EN LEV Y 10 UDS IM SE REALIZA EPISIORRAFIA, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO.
Resumen de atención	Especialidad: PEDIATRIA Análisis: Revaloró RN Femenina quien nació ayer de parto vaginal normal con, la recién nacida se ve bien, reactiva buen tono

	muscular, sin dificultad respiratoria, sin distensión abdominal no vomitas, buen patrón respiratorio buen paire de succión, buena aceptación y tolerancia de dieta láctea Usuario: Faraón Ospino Merillo, Fecha: 31/03/2016 12:22

OBSERVACION DE ENFERMERIA IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
(…)
Fecha:30/03/2016
Hora: 05:58:23 am

Fecha **Hora** **Evolución**	30/03/2016 30/03/2016 07:00 Ingresa paciente femenino mayor de edad al servicio de urgencias de ambulando consciente, se observa abdomen globoso por útero grávido, manifiesta "estoy botando tapan mucoso" se toman signos vitales temperatura 36. SºC frecuencia cardiaca 85 tensión arterial 116/69 saturación de oxígeno 100% frecuencia respiratoria 20, es valorada por médico de triage Shirley Hawkins quien ordena ecografía obstétrica.
Fecha **Hora** **Evolución**	30/03/2016 30/03/2016 08:10 Se traslada paciente al servicio de radiología para eco obstétrica.
Fecha **Hora** **Evolución**	30/03/2016 30/03/2016 08:20 Regresa paciente con informe de ecografía y es revisada físicamente por **medico ginecólogo dr Alan Davis quien ordena trasladar a sala de parto y deambular**
Fecha **Hora** **Evolución**	30/03/2016 30/03/2016 08:20 Recibo paciente gestante en sala de trabajo de parto consciente orientada en sus tres esferas, con vena canalizada con solución hartman 500cc para mantener vena, se observa abdomen globoso por útero grávido, se toma signos vitales y se registra en sabana, con frecuencia cardiaca fetal 145 por minuto con actividad uterina 2 a 3 contracciones en 10 minuto, movimiento fetal positivo
Fecha **Hora** **Evolución**	30/03/2016 30/03/2016 21:45 Paciente manifiesta tener pujo se pasa a la sala de parto en presencia de médico de urgencias se hace aseo con Isodine solución en solución salina. 22:00 Rompe membranas espontaneo líquido claro con grumos. 22:30 Médico ordena administrar 5ui de oxitocina diluido en 500cc de ssn pasar lento, se cumple orden.

Funcionario	**23:10 Se realiza llamado vía telefónica a especialista en turno quien refiere venir de inmediato.** 23:18 Nace recién nacido vivo en buenas condiciones, de sexo Femenino con apgar (SIC) al 1' 8/10 y 5'10/10 llanto fuerte se realiza estimulación al neonato se pinza y corta cordón umbilical, se recoge muestra de TSH Y HEMOCLASIF1CACION , se administra a la madre 10 UI de oxitocina IM, se pesa recién nacido 3570 gr PC:34cm PT:33.Scm TALLA:52 cm, se traslada recién nacido a cuna térmica, se administra gentamicina oftálmica 1 gota en cada ojo y vitamina k 1cc intramuscular en muslo se pinza cordón umbilical con crac v se corta unión se realiza profilaxis alcohol se deja en cuna térmica. Leonor Isabel Araujo Bryan
Fecha **Hora** **Evolución**	30/03/2016 30/03/2016-23:30 <u>Alumbramiento de placenta completa sangrado vaginal normal, se hace legrado manual sale coágulos queda limpia, se observa desgarros se sutura con cataut cromado 2/0, previa de colocación de anestesia local termina procedimiento Pte. Tolera.</u>
Fecha **Hora** **Evolución**	31/03/2016 31/03/2016-07:45 Es valorado por el equipo médico en ginecobstetricia.
Fecha **Hora** **Evolución**	31/03/2016 31/03/2016-07:45 Sale paciente de la unidad consciente orientado en sus tres esferas, en silla de ruedas asistido por camillero y familiar, con **formula médica, incapacidad, orden de interconsulta.**

INFORME QUIRURGICO
IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Paciente: ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ
Hora de ingreso: 30/03/2016

ESPECIALISTAS

Qulrofano	QX MATERNIDAD		
Hora Inqreso Qulrofano	21:45	**Hora Salida Qulrofano**	23:45
Hora Inicio Clrullla	21:50	**Hora Fin Clruala**	23:43
Hora Inicio Anestesia	21:46	**Hora Fin Anfftteela**	23:44
Clrulano	JACINTA GISELA LIVINGSTON BENT	**Anestaslolo• o**	NINGUNO NINGUNO NINGUNO
Instrumentador	NINGUNO NINGUNO NINGUNO	**Jefeaala**	LEONOR ISABEL ARAUJO BRYAN
Auxiliar	ORNA CECILIA BRANT MCLEAN	**Auxclrcu**	ORNA CECILIA BRANT MCLEAN
Avudante1		**Avudanta2**	
Perfusionista		**Perfuslonistá**	

PROCEDIMIENTOS

P~OCEDIMIE~TO		CUPS	REALIZADO
PARTO NORMAL INCLUYE EPISIORRAFIA Y/O PERINEORRAFIA	UNICA VIA	735300	SI

EMBARAZO DE 39SS. *417* -TRABAJO DE PAR10 PERIODO EXPULSIVO.

INSUMOS

(…)

CATETER INTRAVENOSO N18 G REF 4035 /JELCO)	1
CATGUT CROMADO 2-0 CON AGUJA DE 1/2 DE CIRCULO PUNTA REDONDA DE 26.0 MM X 70 CMS	1
COMPRESA ESTERIL-CON RADIOPACO	4
EQUIPO MACROGOTERO S.A UNIDAD 20 GOTAS X ML	1
FITOMENADIONA NITAMINA K1l 1 MGIML AMPOLLA	1
GASA ESTERIL 10CMX10CM 16 PLY OUALIMED	20
JERINGA DESECHABLE 10ML CON AGUJA 21 X 1	2
JERINGA DESECHABLE INSULINA 1ML AGUJA 27G X 1/2 (ESCALA UN	1
OXJTOCINA 10 UIIML SOLUCION INYECTABLE	2
PINZA O CLAMP UMBILICAL PLASTICO	1
SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X S00ML	2
SONDA NELATON N 6	1
SONDA SUCCION SIUCONIZADO TRANSPARENTE	1

FORMATO F3 DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
"IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Paciente: ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ
Hora de ingreso: 09/04/2016 09:56:17
Fecha/hora Triaje: 11:12:56
Fecha/hora Atención: 12:07:38
Estado Civil: NN
MOTIVO DE CONSULTA: "Me está saliendo materia fecal por la vagina"
Enfermedad Actual: Paciente de 37 años en puerperio de 10 días (30-03-16) quien refiere cuadro de 4 días de evolución consistente en salida de materia fecal por introito vaginal. **Niega alzas térmicas, niega disuria, niega otra sintomatología, refiere lactancia sin complicación.**
Examen físico:
Tacto rectal: comunicación con mucosa vaginal, dedo no permeable se evidencia salida de materia fecal por cavidad vaginal.
Tacto vaginal: genitales externos sanos, introito vaginal con mucosa dolorosa a la palpación, **con sutura con cagut**, se evidencia salida de materia fecal por puntos de sutura.
Impresión diagnostica: FISTULA ANORECTAL

INFORME EPICRISIS
IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Paciente: ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ
Hora de ingreso: 09/04/2016 09:56:17 am
Hora de egreso: 14/04/2016 09:11:46 pm

Resumen de atención	Especialidad: GINECOSBTETRICIA Análisis: IC / POST-PARTO DE 11 DÍAS +LACTANCIA+ DESGARRO PERINEAL G IV/+ CONDILOMAS VULVARES Y PERINEALES +ALERGICA A LA PENICILINA Plan: Usuario: Magola Manotas Mejía Fecha: 10/04/2016 07:41
Resumen de atención	Especialidad: GINECOSBTETRICIA Análisis: MANEJO DE PACIENTE DE 37 AÑOS.G1P1V1._0 POSITIVO. CON POST-PARTO DE 12 DÍAS + LACTANCIA+ DESGARRO PERINEAL G IV/+ CONDILOMAS VULVARES Y

	PERINEALES +ALERGICA A LA PENICILINA. CLINDAMICINA + GENTAMICINA DÍA 1. SE COMENTA EN RONDA LA NECESIDAD DE DAR MANEJO ANTIBIOTICO PARA ENFRIAR EL PROCESO, CONSIDERAR LUEGO DE CICATRIZACIÓN (APROX 3 MESES) EVIDENCIAR LA FISTULA RESIDUAL Y PROGRAMACIÓN electiva DE RAFIA O CIERRE QUIRURGICO DE LA FISTULA. LOS CONDILOMAS PERINEALES SE CONSIDERO TAMBIÉN LA ELECTROCAUTERIZACION LUEGO DE QUE CEDAN LOS-LOQUIOS-PO ~ EL RIESGO DE IMPLATES ENDOMETRIALES EN PERINE POR CAUTERIZACIÓN DE CONDILOMAS CON PRESENCIA DE LOQUIOS. CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO. Plan: Usuario: ALAIN OAVIS Fecha: 11/04/2016 08:55 EN LEV Y 10 UDS IM SE REALIZA EPISIORRAFIA, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO.
	Especialidad: GINECOSBTETRICIA Análisis: MANEJO DE PACIENTE DE 37 AÑOS.G1P1V1.0 POSITIVO. CON POST-PARTO DE 12 DÍAS + LACTANCIA+ **DESGARRO PERINEAL G IV/+ CONDILOMAS VULVARES Y PERINEALES +**ALERGICA A LA PENICILINA. CLINDAMICINA + GENTAMICINA DÍA 3. SE COMENTÓ EN RONDA LA NECESIDAD DE DAR MANEJO ANTIBIÓTICO PARA ENFRIAR EL PROCESO, CONSIDERAR LUEGO DE CICATRIZACIÓN (APROX 3 MESES) EVIDENCIAR LA FISTULA RESIDUAL Y PROGRAMACION ELECTIVA DE RAFIA O CIERRE QUIRURGICO DE LA FISTULA. LOS CONDILOMAS PERINEALES SE CONSIDERO TAMBIEN LA ELECTROCAUTERIZACIÓN LUEGO DE QUE CEDAN LOS LOQUIOS POR EL RIESGO DE IMPLATES ENDOMETRIALES EN PERINÉ POR CAUTERIZACIÓN DE CONDILOMAS CON PRESENCIA DE LOQUIOS. POR ADECUADA EVOLUCIÓN SE DECIDE DAR SALIDA Y COMPLETAR MANEJO AMBULATORIO Plan: Usuario: ALAIN DAVIS Fecha: 12/04/2016 08:53

OBSERVACION DE ENFERMERIA “
IPS UNIVERSITARIA” Servicio de Salud Universidad de Antioquia

Fecha	09/04/2016
Hora	09/04/2016 12:10
Evolución	Ingresa paciente femenino mayor de edad al servicio de urgencias deambulando tranquila. manifiesta "ME ESTA SALIENDO MATERIA FECAL POR LA VAGINA” se toman signos vitales temperatura 36.4ºC frecuencia cardíaca 93 tensión arterial 127n7 saturación de oxígeno 98% frecuencia respiratoria 18, es valorada

	por médico de triage Juan Sebastián Hurtado quien ordena valoración con ginecología.
Fecha **Hora** **Evolución**	10/04/2016 10/04/2016 16:05 Ingresa al servicio de quirúrgica procedente del servicio de urgencias en silla de ruedas, compañía de jefe y camillero. paciente de sexo femenino mayor de edad en sus tres esferas consciente, orientada. tranquila, con dx: fistula ano rectal, se observa tapón venoso en miembro superior izquierdo para pasar tratamiento. Se instala en su cama se toman signos vitales TIA 103/60 fc/84 S/998 T/37 seguimiento por ginecología, alérgica a la penicilina, al saludo manifiesta sentirse con **"un poco de dolor**".
Fecha **Hora** **Evolución**	11/04/2016 11/04/2016 19:00 Recibo paciente femenina mayor de edad en su unidad, consciente y orientada en sus tres esferas, con diagnóstico médico de: FISTULA ANORECTAL, se observa vena periférica canalizada en miembro superior derecho con adaptador heparinizado para tratamiento intermitente, recién nacido en brazos, la paciente refiere al saludo "**me siento un poco mejor**."
Fecha **Hora** **Evolución**	12/04/2016 12/04/2016 07:00 Recibo paciente mayor de edad de sexo femenino, consciente y orientada en sus 3 esferas mentales instalada en su unidad al examen físico se observa tv para tratamiento en MSD, paciente quien al saludo manifiesta **"me siento bien".**
Fecha **Hora** **Evolución**	12/04/2016 12/04/2016 09:40 ES VALORADA EN RONDA MÉDICA A CARGO DE LOS GINECOLOGOS DRA. DORA GORDON, DR. ALAIN DAVIS Y DR. DIEGO DAVIS.
Fecha **Hora** **Evolución**	12/04/2016 12/04/2016 09:40 Sale del servicio consciente y orientada sentada en camilla en compañía de camillero y familiar con formula de medicamentos y recomendaciones médicas se cumplen órdenes.

Testimoniales

Interrogatorio señora Erika Isabel Jiménez Ortiz:

01:36:18
PREGUNTADO: ¿En qué momento usted evidencia que por su vagina se

expulsaba materia fecal o cuantos días después de haber salido del hospital observo salir la materia fecal? CONTESTÓ: Bueno, yo tuve a mi bebé el 30 de marzo (…), me dieron salida por la tarde, al día siguiente cuando yo llego a la casa, cuando yo llego a la casa, yo voy al baño no alcanzo a llegar al baño cuando veo que sale la porquería por mis partes, (…) yo pego un grito diciendo: - ¿qué me hicieron? Y mi mamá llegó a mirarme y yo decía, ¡que me hicieron! Y me llevaron al hospital otra vez. Allá me vieron y me dijeron que tenía un hueco, que me habían unido, que me había pues hecho un hueco allí, bueno una fisura. PREGUNTADO: ¿El médico que la atendió pudo evidenciar la salida de materia fecal? CONTESTÓ: (…) cuando llegué a urgencia miraron, que sí, que tenía un hueco, que tenía conexión con el ano, (…) me dijeron que es no me lo iban a cerrar. PREGUNTADO: Háblenos por favor de lo que pasó en Barranquilla. CONTESTÓ: (…) con mi esposo me tocó comprar los tiquetes para ir a Barranquilla a que me atendieran, en la clínica de Barranquilla me dijeron que me hicieron un daño que eso fue una "*diligencia médica*" si yo me fui para Barranquilla con la Nueva EPS de Barranquilla PREGUNTADO: ¿Y allá le dijeron que a usted le habían hecho un daño? CONTESTÓ: Claro (…). PREGUNTADO: ¿En qué fecha le realizaron la operación para corregir la fistula que presentó? CONTESTÓ: (…) en el mes de noviembre.

Al ser interrogada la señora **Erika Isabel Jiménez Ortiz** manifestó que, la situación que atravesó por la afección física que demanda fue corregida en el mes de noviembre del año del parto, agregó que: *"la corrigieron, el proceso fue muy doloroso (…) el proceso de curación de eso, yo no me podía sentar, caminar (…), pero gracias a Dios"*

A la pregunta ¿Quiere decir lo anterior que a la fecha usted no presenta ninguna situación adversa a razón de la fístula que presentó?, Contestó: *"no, me tengo de sentar en cosas cómodas. molesta un poquito…".* Además, puso de presente que fue atendida bien en una clínica en la ciudad de Barranquilla.

Testimonio Técnico del Dr. Alain Davis S.

"(…) luego del día treinta (30) también aparece una nota, en donde dice: Paciente en posición Litotomía, se realiza lavado de abdomen y genitales (…) expulsivo prolongado y dice se realiza episiotomía, ¿qué es episiotomía, es un procedimiento? CONTESTÓ: un procedimiento que se realiza dentro del parto para poder ampliar la capacidad de la vagina dado que generalmente la vagina como tal tiene cierta capacidad de dilatación y la cabeza del bebé generalmente viene entre 9 a 10 cm de diámetro, así que para poder la mujer expulsar el feto,

se debe ayudar un poco con ese procedimiento. Se hace la gran mayoría de las veces en pacientes primigestantes, para poder permitir que salga el bebé adecuadamente (…) y es un procedimiento que se hace para evitar en el futuro durante la expulsión del bebe se produzcan desgarros vaginales". PREGUNTADO: muy bien, le pregunto, ¿según los estándares médicos, la episiotomía como usted lo ha indicado es un corte que se le hace, y le entendí a nivel vaginal, para ampliar la capacidad para que pueda ser expulsado el feto? ¿Cierto? CONTESTADO: si Señor. PREGUNTADO: ese corte ¿dónde debe hacerse (…) de la vagina, en la parte superior o en la parte inferior? CONTESTADO: Según la escuela de la medicina, en la cual las personas hacen su entrenamiento, pueden haber dos maneras de corte, un corte medial, que quiere decir, de la vagina orientado hacia el recto, hacia el periné (el periné es el espacio entre la vagina y el recto, sin llegar a él) (…) y la otra medida de hacer el corte es medio lateral, ya sea de derecha a izquierda dependiendo si el médico es diestro o zurdo,Entonces para que me entiendan seria dos cortes uno mediano y otro lateral, comosi fuera a las manecillas del reloj hacia las 5 o hacia las 7 de las manecillas del reloj, como para que quede medio lateral. PREGUNTADO: (…) según las circunstancias descritas en la historia clínica ¿se requería la realización de este procedimiento? CONTESTADO: si señor. PREGUNTADO: y eso era una ayuda para la expulsión del feto, es decir, para el parto. CONTESTADO: Si señor. (…).

PREGUNTADO: ¿Usted puede encontrar dentro de la misma el corte donde se hizo y como se hizo? CONTESTADO: No, No señor, solo refiere como episiotomía únicamente. PREGUNTADO: (…) ¿Según tenemos entendido el procedimiento se llevó, se realizó sin complicaciones y él bebe nació bien? CONTESTADO: sí señor.PREGUNTADO: ¿ EN EL MOMENTO POSTPARTO QUE USTED ATIENDE QUE ENCUENTRA? CONTESTADO: No, yo ya la atiendo en él, la paciente hospitalizada, ya en posparto ok, entonces la nueva valoración mía, ya es después, en el día, la paciente ingresa al hospital, se hospitaliza porque refería salida de materia fecal por vagina. (…) entonces pasamos ronda obstétrica en la cual hacemos valoración de las pacientes de obstetricia en piso, Diego Davis, la dra. Manotas y mi persona, que somos los ginecólogos que podemos estar en ese momento, porque la otra persona se encontraba en cirugía programada, entonces a las 8 : 55 de la mañana en ronda evaluamos una paciente de 37 años (…) quiere decir que ya tuvo un bebe, parto 1 o el bebé está vivo, en un postparto de 11 días consulta por presentar salida de materia fecal por vagina, desde ya hace 5 días refiere la paciente, en ese momento se revisa a la paciente, se refiere no presentar materia fecal desde su ingreso (…) involucionando quiere decir que el útero se encuentra en la posición, para el día que corresponde (….) en ese momento se encuentra todavía con sangrado, pues es normal en el posparto que puede ser hasta 40

días y en ese momento no se realiza tacto vaginal, debido a que ya se le había hecho uno a la paciente en el ingreso y se había evidenciado que tenía un, una pues, refiere aquí en la historia clínica un desgarro perineal grado 4, si, que comunica el recto con la vagina (…) en ese momento no se quiso volver a revictimizar a la paciente, en volverle hacer un tacto vaginal (…), luego pues, se decide en junta médica, iniciar antibióticos (…) y bueno se comenta en junta el caso clínico y se decide dar antibiótico, terapia para disminuir la inflamación que se encuentra a nivel vaginal, dado que como hay materia fecal presente, se corre el riesgo de contaminación con la materia fecal. Entonces se tomó la consideración dejar enfriar el proceso, quiere decir, en lo posible que se desinflame los tejidos, llega un punto que en el futuro se pueda manejar, por lo que se consideró en una revaloración posteriormente que en 3 meses, para poder evidenciar o mirar el estado de la fístula y posteriormente una programación electiva para poderle hacerle el cierre, ya sea por la especialidad de ginecología obstetricia o por proctología que es otra especialidad que se puede utilizar para poder reparar el proceso. En ese momento también, se había encontrado **que la paciente presentaba unos condilomas perineales, que es una enfermedad de transmisión sexual,** que tenía en la vagina y también se había programado una electro - cauterización de los condilomas, pero todo eso tiene que ser después de que pare el sangrado vaginal, porque puede haber un implante de células del sangrado vaginal dentro de la herida, entonces en ese momento no se podía manejar esa patología, entonces la paciente se tendría que diferir dos procedimientos que el cierre de la fistula, más la cauterización de los condilomas, una vez no haya sangrado vaginal. PREGUNTADO: (…), escuchamos que una enfermera habla de desgarro, quiero preguntarle lo siguiente, ¿este desgarro fue causado por el corte o por la fuerza al tratar de salir el bebé?. CONTESTADO: Bueno eso se produce por la fuerza al tratar de salir el bebé. PREGUNTADO: **entonces para concluir Doctor, ¿el desgarro que se anuncia lo causa el procedimiento o la causa la cabeza del bebé?** CONTESTADO: **la cabeza del bebé.** PREGUNTADO: luego de la atención posparto, conociendo la existencia de la fistula, me quiero devolver un poco, acá dice que en efecto alumbro perfectamente la paciente y se hicieron las curaciones de rigor, **era posible en ese momento, antes de darle salida a la paciente evidenciar esta fístula**. CONTESTADO: **NO (…).** PREGUNTADO: Doctor, si bien no di a entender, yo ya estoy en el momento posparto y luego del conocimiento de la existencia de la fistula, yo me refiero a eso que presento. CONTESTADO: No (….) le explico dentro de la historia clínica, no cierto, la paciente presenta una consulta un día 5, no cierto, cinco días después del parto, en el cual refiere que ya tenía como una inquietud con respecto a la sutura, si, la evalúa una médica, no cierto, refiere que se encontraba en buen estado, que no estaba suelto los puntos, no cierto,, que en

ese momento no hay enrojecimiento, ni hay calor, ni hay salida de ningún material por la vagina y por tal razón le dan la salida a la paciente, ya la paciente consulta el día 11, (…), ya ahí sigue refiriéndose a expulsión de materia fecal por vagina y fue hospitalizada y el diagnóstico de la fistula, pero no hasta ese momento que fue el diagnóstico de la fistula. (…) PREGUNTADO: (…) con su experticia usted considera que el procedimiento que le fue practicado a la pacienteera el indicado. CONTESTADO: cuál de todos. PREGUNTADO el de la episiotomía. CONTESTADO: ah no, sí señor, porque para explicarle más o menos la técnica, cuando uno hace una episiotomía, es un corte que generalmente no hace no más de 2 a 3 cm, es decir dentro de la piel, sin llegar al musculo, (…) porque se tiene por planos, tenemos la piel, la grasa que está debajo de la piel y después de la grasa tenemos (….) cuando se hace una episiotomía(…),corta los planos superficiales de la piel de la vagina o de la piel del periné (…) bueno entonces uno corta la piel, corta la grasa sin llegar al musculo no cierto, uno lo repara después en la episiorrafia, que es el cierre de la episiotomía, (…)entonces cuando uno hace ese corte, ese corte en ningún momento va a llegar hasta el recto, si, en ningún momento si, generalmente únicamente se va hacer loscortes de las capas superficiales de la mucosa vaginal, la grasa que está debajode la mucosa vaginal (…) pero en ningún momento el corte que uno hace de episiotomía llega al recto. PREGUNTADO: de la historia clínica uno sabe que médico y que especialidad tenía el que lo realizo – la episiotomía. CONTESTADO:si, un médico general. PREGUNTADO: **y un médico general lo puede practicar** (…). CONTESTADO: si, si claro, bueno listo dentro del entrenamiento que nosotros como médicos generales, comenzamos primero con las rotaciones por la unidad de ginecología obstetricia, lo cual, como parte de los requisitos para poder pasar el semestre, **un médico debe saber cómo atender un parto, de hecho los partos de bajo riesgo en todo el país y en todo el mundo los hace un médico general** (…) es un personal idóneo para hacer el procedimiento. PREGUNTADO: **usted considera que el actuar médico fue idóneo y acorde a los estándares.** CONTESTADO: **si señor.** (…). PREGUNTADO: Nos decía usted en respuestas anteriores, que cualquier cirugía tiene o puede producir una fistula, pero se evidencia en la historia clínica que la paciente tenía antecedentes de flujos vaginales, esto es una predisposición o esto ayudaba a que se generaría esta fistula. CONTESTADO: (…) las pacientes que tengan infecciones vaginales tiene alto riego, de hecho, aquí tengo la nota, que en el posparto habían evidenciado unos condilomas perineales, que son una enfermedad de trasmisión sexual, de las cuales pueden parecen en cualquier tiempo del ser humano, una vez sea expuesto a relaciones sexuales de riesgo, si, entonces el hecho de tener esas lesiones también se predispone, la presencia de flujo vaginal, la presencia propia del sistema inmunológico del paciente con respecto

de cómo va hacer, a responder ante cualquier procedimiento quirúrgico. PREGUNTADO: es un riesgo inherente de esta cirugía, no cierto?. CONTSTADO: una episiotomía siempre se puede infectar, es algo que está ahí, por eso es que uno le hace la indicación a la paciente que se haga aseo, la presencia d ela fistula, ya uno lo puede decir es un complicación, es algo que uno espera que ocurra en todos los pacientes, no cierto, es un porcentaje muy bajo, pero puede ocurrir (…) hay unas causas que son inherentes a todo procedimiento (…)

Interrogatorio del médico Jacinta Gisella Livingston Bent

"(…) Atendí a la señera Isabel Jiménez el 30 de marzo en la noche, era médico de urgencias y atendí el llamado de los partos … El procedimiento que le hice es hacer un corte de 2cm ya sea aún lado de la cavidad vaginal o en el periné, para ampliar la cavidad vaginal para recibir al producto … Yo acostumbro hacer un corte lateral de 2 cm para ampliar el canal … subía a sala de parto ella estaba en el tocofano, me demore 20 minutos tratando que saliera el bebé, estaba demoradito, en el tocofano dejo de pujar, se llama al médico ginecólogo, ordena medicación para aumentar las contracciones **y decido hacer la episiotomía para poder ayudarla … el bebé demoro en el canal vaginal mucho tiempo para ser expulsado y por eso tome la decisión de hacer el corte, el bebé ya estaba enel periné** y allí ya no se podía hacer el corte, entonces tocaba lateral … se revisa a la paciente se evidencia un desgarro con la enfermera … y se toma la decisión de hacer la sutura con el camunt indicado (…) su tejido después del parto quedo muy friable, quedo muy débil.

PREGUNTADO: ¿Qué consecuencias traía que no se hubiera hecho la episio? CONTESTÓ: El hecho de nohaberla realizado era sufrimiento fetal, que el bebé hubiera salido hipóxico débil o hasta que se hubiera podido morir y pues primaba, en ese momento la mamá estaba muy bien y primaba la vida del bebe sacarlo bien y que no tuviera consecuencias de problemas neurológicos con el tiempo por una asfixia por permanecer demasiado tiempo en el vientre de la madre.

PREGUNTADO: ¿El (día) 5 hay alguna anomalía médica? CONTESTO: Según la nota todo está perfecto, la encontraron bien y por eso no se ingresó para ningún manejo.

PREGUNTADO: ¿Entre el día 5 y 9 pudo haber sucedido algo? CONTESTÓ: Claro si, como esa sutura no se saca y ella sola se reabsorbe, no sé si hubo

manipulación de la sutura, luego de que se reabsorbe si no ha cicatrizado se abre el orificio.

PREGUNTADO: ¿Teniendo en cuenta la nota que nos comentó del 5 de abril, reporta "evidencio puntos de sutura presentes", podría indicarnos en que condición estaban los puntos de sutura? CONTESTÓ: Según la nota estaban en buenas condiciones, dice que no había signos de infección. (….)"

Del daño

El material probatorio allegado al proceso permite tener como cierto que el día 09 de abril de 2016, la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, acudió al servicio médico de urgencias del hospital departamental "Amor de Patria" presentando un cuadro de cuatro (04) días de evolución, a 10 días del puerperio (30-03-16), refiriendo "salida de materia fecal" por el introito vaginal, sin alzas térmicas, disuria u otra sintomatología, con las siguientes observaciones al examen físico:

"Tacto rectal: comunicación con mucosa vaginal, dedo no permeable se evidencia salida de materia fecal por cavidad vaginal.
Tacto vaginal: genitales externos sanos, introito vaginal con mucosa dolorosa a la palpación, **con sutura con catgut**, se evidencia salida de materia fecal por puntos de sutura."

Se demostró así mismo, que la impresión diagnóstica del triage por "fistula ano-rectal" fue confirmada por la especialidad de ginecología, encontrando a la paciente Erika Isabel Jiménez Ortiz, con un desgarro perineal, grado IV, estando a 11 días del posparto, consistente con fístula residual.

"INFORME EPICRISIS
IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Paciente: ERIKA ISABEL JIMÉNEZ ORTIZ
Especialidad: GINECOSBTETRICIA

MANEJO DE PACIENTE DE 37 AÑOS.G1P1V1.0 POSITIVO. CON POSTPARTO DE 12 DÍAS + LACTANCIA+ **DESGARRO PERINEAL G IV/+ CONDILOMAS VULVARES Y PERINEALES +**ALERGICA A LA PENICILINA. CLINDAMICINA + GENTAMICINA DÍA 3. SE COMENTÓ EN RONDA LA

NECESIDAD DE DAR MANEJO ANTIBIÓTICO PARA ENFRIAR EL PROCESO, CONSIDERAR LUEGO DE CICATRIZACIÓN (APROX 3 MESES) EVIDENCIAR LA FISTULA RESIDUAL Y PROGRAMACION ELECTIVA DE RAFIA O CIERRE QUIRURGICO DE LA FISTULA. LOS CONDILOMAS PERINEALES SE CONSIDERO TAMBIEN LA ELECTROCAUTERIZACIÓN LUEGO DE QUE CEDAN LOS LOQUIOS POR EL RIESGO DE IMPLANTES ENDOMETRIALES EN PERINÉ POR CAUTERIZACIÓN DE CONDILOMAS CON PRESENCIA DE LOQUIOS. POR ADECUADA EVOLUCIÓN SE DECIDE DAR SALIDA Y COMPLETAR MANEJO AMBULATORIO.

Usuario: ALAIN DAVIS Fecha: 12/04/2016 08:53"

El diagnóstico médico fue confirmado durante su estancia en el nosocomio por los profesionales en turno, especialistas en ginecobstetricia, los doctores Alain Davis, Magola Manotas Mejía, Dora Gordon y Diego Davis, de conformidad con las notas de enfermería arribadas al plenario y corroboradas con el informe citado en la epicrisis levantada. Con ocasión al diagnóstico arrojado, la señora Jiménez Ortiz estuvo hospitalizada desde el 09 de abril hasta el 12 de abril de 2016 y debió ser sometida a un arduo tratamiento de antiinflamatorios y antibióticos antes del cierre o rafia de la lesión en el mes de noviembre a través del servicio de su EPS en la ciudad de Barraquilla, bajo constante control y monitoreo médico, elevando a grado de certeza la existencia del daño referido, relacionada con complicaciones en la etapa de postparto.

Por consiguiente, acreditado como está el **daño** invocado en la demanda, esto es, las lesiones padecidas por la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, consistente en desgarro de IV grado relacionada con fístula recto-vaginal, evidenciada al onceavo día del postparto, la Sala debe establecer si en el caso bajo análisis se acreditó la antijuridicidad del daño.

Imputación del Daño

En el presente caso, tal como se estableció en los antecedentes de esta acción, el apoderado de los demandantes expresó los argumentos por los cuales consideró que el Juzgador en primera instancia erró en la valoración de las pruebas, entre ellas, la historia clínica y el testimonio de la doctora Jacinta Gisella Livingston Bent, que en su criterio, permitía concluir la antijuridicidad del daño al ser producto de una mala praxis del médico general que lo atendió y, por ende, una falla en el servicio intrahospitalario.

No obstante, para que el daño comprometa la responsabilidad patrimonial del Estado, a título de falla del servicio a la luz del artículo 90 de la Constitución Política de Colombia, este, debe tornarse antijurídico y lesionar bienes sin que se encuentre probado que el sujeto determinado estuviese en la obligación de soportarlo, principalmente, al estar acreditado que su padecimiento es cierto, presente, determinado y anormal.

En ese sentido, aun cuando este Tribunal encuentra probada la existencia del daño, no advierte la concurrencia de los presupuestos que demuestra su antijuridicidad; pues no basta con demostrar que la lesión a los bienes jurídicos de la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, sea un hecho **cierto**, **determinado** y **presente** al momento de interponerse la demanda,[41] si no existe pruebas de que dichas secuelas fueran fruto de un resultado **anormal** derivado del actuar negligente, imprudente, omisivo o carente del deber habido de cuidado dispensado por el equipo de talento humano al servicio de la entidad.

El análisis de las pruebas permite establecer que la conclusión más próxima a fin de explicar el diagnóstico arrojado tras la auscultación manual del día 09 de abril de 2016, no es otro que la concreción de un riesgo normal y natural del postparto, que se viera incrementado por factores que se escapan de la diligencia y experticia médica empleada durante la labor de parto asistida por la profesional en medicina

[41] Folio 64 del cuaderno principal Expediente Digitalizado

general Jacinta Gisella Livingston Bent.

En primer lugar, la historia clínica no deja dudas de la oportuna atención recibida por la paciente, que el día 30 de marzo de 2016, a las 05:58 am, la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz de 37 años, en condición de gestante mayor, en etapa de gestación de alto riesgo obstétrico por desconocimiento de edad gestacional y con antecedentes de vaginosis bacteriana, acudió al servicio médico de urgencias del hospital departamental “Amor de Patria” con aproximadamente 39.2 semanas de embarazo, en falso trabajo de parto y con expulsión de tapón mucoso (29/03/2016); en óptimas condiciones de salud, con una temperatura corporal de 36. SºC, frecuencia cardiaca 85, tensión arterial de 116/69 y saturando al 100%.

A su ingreso fue recibida por una profesional en medicina general que la remitió al servicio de radiología para ecografía y monitoreo fetal. El resultado de la ecografía y la revisión física de la paciente fue realizada médico ginecólogo Alain Davis, “quien ordena trasladarla a sala de parto y deambular,” sin anotaciones o prescripciones médicas que permitan avizorar que el proceso de alumbramiento no se pudiera dar de manera natural. La paciente fue trasladada a sala de parto, consciente y orientada en sus tres esferas, con vena canalizada con solución hartman 500cc, y abdomen globoso por útero grávido. Se toma signos vitales y se registra en sabana, con frecuencia cardiaca fetal 145 por minuto con actividad uterina 2 a 3 contracciones en 10 minuto, movimiento fetal positivo, indiciarios de estabilidad fetal.

Sobre las 21:45 horas, la paciente manifestó tener sensación de pujo por lo que fue conducida a tocofano en presencia de médico de urgencias para asistir dentro de las condiciones clínicas de normalidad advertidas el trabajo, dejando anotada la desinfección del área con Isodine solución en solución salina y que, a las 22:00 horas, la paciente rompió membranas de manera espontánea con salida de líquido

claro con grumos. Estando en fase latente de trabajo de parto y borrada al 100%, dicha sensación de pujo se detuvo obstaculizando el descenso natural de la criatura por el canal vaginal, por un término aproximado de 20 minutos, razón por la cual, en oportunidad sobre las 22:30 horas el médico ginecólogo en turno quien ordena aplicar 2 uds oxitocina iv en lev, lento.

Transcurridos 40 minutos en tocofano, a riesgo de hipoxia neonatal, el médico general realiza llamado vía telefónica al especialista en ginecología en turno quien refiere venir de inmediato y que 8 minutos más tarde se produce el nacimiento de una menor en buenas condiciones, con llanto fuerte, sensible a la estimulación neonatal, se pinza y corta cordón umbilical, se recoge muestra de TSH Y HEMOCLASIFICACIÓN, se administra a la madre 10 UI de oxitocina IM, se pesa recién nacido 3570 gr PC:34cm PT:33.Scm TALLA:52 cm, se traslada recién nacido a cuna térmica, se administra gentamicina oftálmica 1 gota en cada ojo y vitamina k 1cc intramuscular en muslo, se pinza cordón umbilical con crac v se corta unión se realiza profilaxis alcohol se deja en cuna térmica.

También está demostrado que minutos más tarde y luego de producirse el alumbramiento de placenta completa, sin observación de sangrado vaginal anormal, se hace legrado manual, que salen coágulos y que la paciente queda limpia sin obstáculos para la musculación manual, que permitieron evidenciar la presencia de desgarro vaginal, que este, fue suturado con catgut cromado 2/0, previa de colocación de anestesia local como se observa de las notas de enfermería y del registro de insumos relacionado en el informe quirúrgico, visible en la historia clínica.

Y finalmente, se encuentra demostrado, que una vez verificado el estado óptimo de la madre y del bebé por el médico ginecobstetra y el pediatra neonatal encargado, la paciente fue dada de alta sin anomalía, con las recomendaciones debidas y las instrucciones de cuidado.

En cuanto a los hechos ocurridos durante los 18 minutos transcurridos entre la llamada al especialista en turno y el nacimiento, que no se encuentran especificados en las notas de enfermería, pero que fueron revelados a partir de la lectura realizada por el testigo técnico de la epicrisis y del formato de atención hospitalaria, se tiene probado que durante ese lapso, se realizó un corte de dos centímetros de horadación y se produjo un desgarro espontáneo que facilitó la expulsión de la criatura y la finalización del trabajo de parto.

Se demostró que a pesar de encontrarse la paciente al 100% de borramiento del canal vaginal y en fase latente de parto, la dilatación de la cavidad no era igual a los 10 centímetros que se requerían para que la cabeza de la criatura pueda cruzar, por lo cual, estando el menor en dicho conducto, se hacía indispensable la intervención quirúrgica del profesional, para restar la diferencia entre los centímetros dilatados y los necesarios para ampliar el canal vaginal, no solo para agrandar el conducto genital, sino también, para propiciar ante un posible desgarro los resultados menos lesivos para la madre.

El acto quirúrgico llevado a cabo en tocofano la noche del 30 de marzo de 2016, es denominado por la literatura médica como "episiotomía," y fue descrito por los galenos declarantes como *"un corte que generalmente uno hace no más de 2 a 3 cm, es decir, dentro de la piel sin llegar al músculo, para que me entienda como por planos, tenemos la piel, la grasa que está debajo de la piel. (…)" o un corte de los planos superficiales de la mucosa vaginal, la grasa que hay debajo de la piel, la piel, sin llegar al músculo."*[42]

Debe señalarse que la episiotomía lejos de ser un procedimiento caprichoso o arbitrario, se tornaba necesario para garantizar los mejores resultados en el proceso

[42] Audio Audiencia de Pruebas

del parto. Lo anterior, teniendo en cuenta que al ser cuestionado el Doctor Alain Davis por las consecuencia que hubieran derivado de no realizar la episiotomía al momento del parto, su respuesta fue afirmar que *"el hecho de que no haberla realizado, hubiera implicado sufrimiento fetal, que el bebé hubiera salido hipóxico, débil o hasta se hubiera podido morir y primaba en ese momento, la mamá estaba muy bien y primaba la vida del bebé, sacarlo bien y que no tuviera consecuencias de problemas neurológicos, con el tiempo de una asfixia por permanecer demasiado tiempo dentro del vientre de la madre.*"

En este punto, resulta conveniente traer a colación que el médico especialista fue claro en indicar que la atención de un parto de bajo riesgo le corresponde a los médicos generales, quienes se encuentran debidamente entrenados para ello, así como para realizar la episiotomía y el cierre de la misma. Así lo explicó el Dr. Davis en su testimonio:

> **"PREGUNTADO:** ¿Qué médico y especialidad fue el médico que lo realizó?
>
> **CONTESTÓ**: Un médico general.
>
> **PREGUNTADO:** ¿El médico general lo puede practicar?
>
> **CONTESTÓ**: Si claro, dentro de nuestro entrenamiento como médicos generales, comenzamos la primera rotación en ginecología (…) de hecho, los partos de bajo riesgo en todo el país los hace el médico general, se nos enseña todo, la atención del aparto, episiotomía, cierre de la episiotomía, es un personal idóneo para hacer el procedimiento.
>
> **PREGUNTADO:** ¿Su presencia en parto hubiese evitado esa fistula?
>
> **CONTESTÓ:** No, es un parto de bajo riesgo, el personal idóneo es el médico general, de hecho, el parto salió bien, todo dentro de lo esperado, el reparo de la fístula como lo enseñan en la facultad, independiente que fuera atendido por médico general o gineco, la evolución a los 5 días fue

> una evolución adecuada, esa evolución es independiente de quien atienda el parto."

Además de lo anterior, no debe pasarse por alto que en el presente caso, se encuentra probado que la atención del parto estuvo asistida, antes, durante y después por el especialista en ginecobstetricia a cargo, quien si bien no estuvo en el momento en la sala de parto estaba al tanto del estado de la paciente y dio instrucciones médicas restando mérito a los argumentos dirigidos a demostrar que la atención del parto fue realizada por personal no calificado. Siendo que, en el ámbito jurídico, como lo ha sostenido el Consejo de Estado,[43] la historia clínica constituye uno de los más importantes elementos de convicción del juez en lo relativo a los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa al paciente.[44]

En segundo lugar**,** no le asiste al juez la carga de imponer a las partes responsabilidad distinta a la que establece la ley sustancial, pues nada exime el deber procesal que asistía a la parte demandante de probar conforme el régimen subjetivo el compromiso de las entidades demandadas en el daño que se pretende imputar y nada más alejado ello se deduce de los elementos aportados como prueba por el extremo activo en los distintos escenarios del trámite procesal la etapa

---

[43] Ibidem "*ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente" // "ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad".*

[44] La Ley 23 de 1981 impone al médico los deberes de i) evaluar adecuadamente el estado del paciente, ordenar los exámenes de diagnóstico, prescribir la terapéutica correspondiente y no someterlo a tratamientos o procedimientos innecesarios; ii) no exponerlo a riesgos injustificados y iii) registrar con claridad en la historia clínica los actos relacionados con su salud.
Con arreglo a estos mandatos legales, el acto médico documental o de registro clínico se rige, entre otros, por los principios de i) integralidad, en tanto debe comprender los aspectos científicos y técnicos relativos a la atención del paciente en sus dimensiones biológica, psicológica y social y dar cuenta de los antecedes, estado actual y anamnesis del paciente; de los estudios y exámenes clínicos; del diagnóstico, consentimiento informado, tratamientos, procedimientos, terapias, medicación prescritos y su evolución, etc.; en fin, de todas la actuaciones relacionadas con la salud del paciente ; ii) de racionalidad, que obliga al médico a declarar los criterios científicos que justifican sus decisiones, procedimientos y plan de manejo, coherentes con las condiciones de salud del paciente y el diagnóstico y iii) de claridad, que sujeta al profesional a reflejar o expresar, de manera exacta y legible el diagnóstico y la conducta realizada o prescrita, sin comprometer la seguridad y la continuidad en la atención del paciente con textos ilegibles, ambiguos o contradictorios, susceptibles de interpretaciones que no correspondan a la fidelidad del diagnóstico obtenido, la orden impartida o de la conducta realizada.

procesal demostrarlo.

El Consejo de Estado a través de su jurisprudencia ha planteado que un acto obstétrico, siendo el campo de la obstetricia, definida como "*la rama de la medicina que se ocupa principalmente del embarazo, parto y los fenómenos posteriores al alumbramiento, hasta la involución completa del útero,*"[45] al tratarse de un proceso normal y natural y no de una patología, puede ser probada con indicios siempre y cuando se demuestre que se trataba de un parto sin dificultades y, sin embargo, no termina satisfactoriamente. Pues de lo contrario, en tratándose de caso donde medie un embarazo riesgoso o acompañado de alguna patología la prueba indiciaria no será suficiente para demostrarlo.

En cuanto a las circunstancias que incidieron en la ocurrencia del desgarro y las causas que dificultaron su reparación definitiva, resulta conveniente citar nuevamente lo declarado por el testigo técnico, habida consideración de que su respuesta resulta conveniente frente al dilema jurídico planteado.

Al respecto, el doctor Alain Davis, al ser interrogado por la causa del desgarro contestó:

> **"PREGUNTADO:** ¿Este desgarro fue causado por el corte o por la fuerza al tratar de salir él bebe?
>
> **CONTESTÓ:** Se produce por la fuerza antes de salir el bebé, cuando se le enseña a un médico a atender un parto (…) si no hacemos la episiotomía no sabemos hacia donde se va a romper la vagina, (…) la vagina mide de 3 a 4 cm de ancho y va a salir una cabeza que mide 10 cm, tenemos un déficit de 6 cm, entonces nosotros debemos hacer algo para orientar hacia donde se va a ir ese desgarro o ruptura del canal vaginal, la episiotomía es para orientar ese desgarro hacia un lado, en ocasiones ocurre que aunque uno haga la episiotomía, la fuerza de la naturaleza tome otro rumbo a cualquier lado de la vagina (…)

[45] MELLONI. Diccionario Médico Ilustrado. T. IV, p. 412.

PREGUNTADO: ¿El desgarro lo causa el procedimiento o la cabeza del bebe?

CONTESTÓ: La cabeza del bebé.

PREGUNTADO: ¿El procedimiento era el indicado- episiotomía?

CONTESTÓ: Si claro, la episiotomía como tal es algo que hay que hacer.

(…)

PREGUNTADO: ¿Ese procedimiento no fue el causante del desgarro ni de la fistula?

CONTESTÓ: No señor, cuando uno hace una episiotomía es un corte de no más de 2 a 3 cm dentro de la piel sin llegar al musculo (por planos tenemos la piel, la grasa que hay debajo de la piel, músculo) (…) la episiotomía corta planos superficiales la piel de la vagina o la piel del periné, corta la piel y corta la grasa sin llegar al musculo, (…) cuando uno hace un corte, ese corte en ningún momento va llegar hasta el recto, únicamente se hace corte de las capas superficiales de la mucosa vaginal, la grasa de la mucosa vaginal y a veces el musculo, pero en ningún momento el corte de la episiotomía llega al recto.

PREGUNTADO: ¿Que tan común es una episiotomía para una primegestante?

CONTESTÓ: Generalmente de un 80 a un 90% es muy común (…) ese 10% es de las pacientes que, por la rapidez del trabajo de parto, no se les alcanza a realizar y sale el bebé produciendo desgarros, es un procedimiento muy común, se hace de rutina para atender los partos (…) es un Gold estándar para atención del parto (…) El hecho es que es el primer parto es la primera distensión de la vagina.

(…)

De igual forma, cabe resaltar que, luego de escuchar a la doctora Jacinta Gisela Livingston sobre el procedimiento médico empleado para el cierre del desgarro y episiotomía de Erika Isabel Jiménez Ortiz, es claro que la técnica descrita se

encontraba acorde a la referida por el testigo técnico al indicar: (minuto 43:40) "*generalmente se hace aseo, se limpia, se procede a suturar, uno revisa los planos, en los cuales va a tomar para poder hacer el cierre, uno toma los bordes y los va cerrando, generalmente en la técnica uno ocurre que cuando uno evidencia algún desgarro, uno hace una técnica de prueba para poder determinar que todos los bordes estén bien, es decir, si uno evidencia un desgarro muy grande, uno hace un tacto para poder determinar que no haya una lesión más profunda y si uno ve que no hay nada uno procede a hacer el cierre de la episiotomía es una técnica que se hace para poder hacer el cierre de la episiotomía o del desgarro que se hizo."*

Sobre la causa del daño, resulta válido recordar que con el diagnóstico del 09 de abril de 2016, sobre "fístula ano-rectal" o "recto-vaginal" también se encontró evidencia de verrugas vulvares o loquios, consistente con la enfermedad de transmisión sexual llamada "condiloma" que, según describe el profesional de ginecobstetricia, pudo haber influido en el proceso de cicatrización natural, pues los tejidos se encontraban más débiles y la presencia de patologías como estas requerían ser tratadas con anterioridad.

Y, en tercer lugar, es necesario tener en cuenta que la concreción de un riesgo producto de la condición humana, sin inmediación de la intervención médica, no puede ser atribuida al Estado en cuanto escapa de su esfera de previsión y cuidado.

El material probatorio que se ha traído a recuento ofrece claridad a la Sala en cuanto que: i) el desgarro perineal es un riesgo que con frecuencia se asocia a la condición primigestante de la madre; ii) una vez presentado este tipo de laceración perineal, se debe valorar adecuadamente el esfínter anal para corregir con sutura en la sala de partos; iii) es recomendado el uso de antibiótico profiláctico para prevenir la dehiscencia de la reparación del desgarro; iv) al dar de alta la paciente se le debe entregar la información necesaria para los cuidados y las recomendaciones sobre

la valoración periódica a seguir; v) el proceso de cicatrización del desgarro puede verse afectado por patologías de base o infecciones secundarias o no a la labor de parto; vi) los síntomas asociados a un desgarro requieren manejo especial y en algunos casos una reparación secundaria, estimándose en un año el tiempo necesario para corregir definitivamente la lesión.

Luego entonces, tampoco puede ser acogido el argumento esbozado por el recurrente entorno a que el desgarro sufrido al momento del parto fue ocasionado por un exceso en la profundidad del corte realizado o por el error al suturarlo, al encontrarse probado que la técnica de cierre que fue empleada por el galeno estuvo acorde con la *lex artis* citada, que la dehiscencia de la sutura ocasionada estuvo asociada a las patologías clínicas presentadas en el posparto de conformidad con la pruebas analizadas y que el término de reparación de la fistula diagnosticada se encuentra justificado por la necesidad de agostar procedimientos previos que garantizaran el éxito de la intervención a realizar, pues estando comprometida su capacidad de sanar, la intervención de la fístula hubiera causado mayores consecuencia médicas de las soportadas por la demandante.

Colorario de lo expuesto, la Sala confirmará la sentencia proferida en el sentido de negar las pretensiones de la demanda, en tanto, no se encuentra probada la responsabilidad patrimonial de la IPS Universitaria de Antioquia sede San Andrés Isla y el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en relación con las lesiones físicas y psicológicas padecidas por la señora Erika Isabel Jiménez Ortiz, al estar demostrado que la atención médica dispensada fue absolutamente adecuada, diligente y oportuna, según las condiciones de salud y las patologías que presentaba la paciente; el acto quirúrgico practicado fue realizado por el personal médico idóneo y capacitado según los estándares y parámetros determinados. Además, que la lesión que padeció la actora obedeció a la concreción de un riesgo natural del posparto, por hechos totalmente ajenos a las entidades demandadas.

- **COSTAS**

Sin costas en esta instancia por no encontrarse causadas.

En mérito de lo expuesto, el **TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA** administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

V.- FALLA

PRIMERO: CONFÍRMESE la sentencia proferida por el Juzgado Único Contencioso Administrativo del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina de fecha 1 de febrero de 2021, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Sin condena en costas en esta instancia.

TERCERO: Por Secretaría devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

NOEMI CARREÑO CORPUS

JOSÉ MARÍA MOW HERRERA **JESÚS G. GUERRERO GONZÁLEZ**

(Las anteriores firmas hacen parte del proceso con radicado No. Expediente: 88-001-33-33-001-2016-00188-01)

Código: FCA-SAI-06 **Versión: 01** **Fecha: 14/08/2018**

Firmado Por:

Noemi Carreño Corpus
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Contencioso 003 Administrativa
Tribunal Administrativo De San Andres - San Andres

Jesus Guillermo Guerrero Gonzalez
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Contencioso 001 Administrativa
Tribunal Administrativo De San Andres - San Andres

SIGCMA

Jose Maria Mow Herrera

Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

Contencioso 002 Administrativa

Tribunal Administrativo De San Andres - San Andres

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:

77ebf5f8ed2756269fcdf1b9cafd53bfd563bbe68a9ca07b9d499bec610d8ebf

Documento generado en 20/08/2021 05:25:42 PM