



Rama Judicial

República de Colombia

JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ

Ibagué, doce (12) de octubre de dos mil veintiuno (2021)

RADICADO	73001-33-33-006-2012-00083-00
MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE:	ANA MARÍA VELEZ CASTRO y OTROS
DEMANDADO:	SALUDCOOP E.P.S y HOSPITAL REGIONAL DEL LÍBANO E.S.E.
ASUNTO:	FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO

I. ANTECEDENTES

Surtido el trámite legal y de conformidad con lo establecido en el artículo 179 y 187, del C.P.A.C.A. modificado por la Ley 2080 de 2021, se procede a dictar sentencia en el proceso que en ejercicio del medio de control de reparación directa, promovieron **ANA MARÍA VELEZ CASTRO, LUIS RAUL ARCESIO MARÍN, MARIA AIDELI CASTRO, y MARGARITA ROSA VÉLEZ CASTRO** en contra del **HOSPITAL REGIONAL DEL LIBANO E.S.E. y SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN**.

1. PRETENSIONES

1.1 Que se declare que el **HOSPITAL REGIONAL DEL LÍBANO E.S.E. y SALUDCOOP E.P.S. EN LIQUIDACIÓN** son administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios causados a los demandantes como consecuencia de la falla en la prestación del servicio médico en la atención de la paciente **ANA MARÍA CASTRO VÉLEZ**, durante la gestación del embarazo y hasta el 29 de junio de 2010, que ocurrió la muerte del bebé en el vientre.

1.2. Como consecuencia de la anterior declaración, se condene a las accionadas a pagar de manera solidaria los siguientes perjuicios:

1.2.1 A favor de ANA MARÍA VELEZ CASTRO

- A. *“Por concepto de daño fisiológico o la vida de relación, una suma equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, y que se derivan de la pérdida de la capacidad de goce de la vida y la afectación que le produjo y le seguirá produciendo la muerte de su hijo, que se reflejan en sus relaciones interpersonales y con la sociedad.*
- B. *Por concepto de daños morales una suma equivalente a 100 salarios mininos legales mensuales vigentes*

1.2.2 PERJUICIOS MORALES

- a- *LUIS RAUL ARCESIO VELEZ MARÍN padre ... 100 salarios mínimos legales vigentes por el dolor e inmenso sufrimiento y pesar desencadenado por la agonía, padecimiento y demás de su hija.*
- b- *MARIA AIDELI CASTRO madre ... 100 salarios mínimos legales vigentes por el dolor e inmenso sufrimiento y pesar desencadenado por la agonía, padecimiento y demás de su hija*

c- MARGARITA ROSA VELEZ CASTRO hermana ... 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes por el dolor e inmenso sufrimiento y pesar desencadenado por la agonía, padecimiento y demás de su hermana”

1.3 Que se ordene los valores reconocidos sean debidamente actualizados, conforme el Índice de Precios al Consumidor.

1.4 Que a la sentencia se le dé cumplimiento en los términos dispuesto en el artículo 192 y 195 del CPACA.

1.5 Que se ordene a la demandada, al pago de costas y agencias en derecho.

2. HECHOS

Como fundamento de las anteriores pretensiones, la apoderada judicial de los demandantes puso de presente:

2.1. Que la señora Ana María Vélez Castro se encontraba afiliada a SALUDCOOP EPS, y como residía en el Municipio del Líbano – Tolima, recibía atención por parte del Hospital Regional del Líbano.

2.2 Que la señora Vélez Castro estaba en embarazo y asistía periódicamente a controles prenatales, sin que repose anotación relacionada con anormalidades del feto, peso bajo, malformaciones o alteraciones que pusieran en riesgo su vida. Durante los controles prenatales se le realizaron 4 ecografías que arrojaron los siguientes resultados:

-20 de noviembre de 2009 – Dr. Luis F. Quiroga Torres reporte – gestación de más o menos 6 semanas, fecha probable de parto (FPP) del 7 al 15 de julio de 2010

-3 de diciembre de 2009 – Dr. Luis F. Quiroga Torres, gestación de 7 a 8 semanas (mas o menos 1 semana)

-16 de febrero de 2010 -Dr. Luis F. Quiroga, reporte: “Gestación de 19 a 20 semanas (mas o menos 1 semana) S/B P.D de 4.7 cms, fetocardia y buena motilidad flotante, Liquido en aceptable cantidad y buena ecogenicidad. Placenta anterior no previa 2.9 cms de espesor Útero en R.V.F y desviado al lado derecho ID ECOGRAFICO: 1) GESTACIPIÓN DEL 19 A SEMANAS (mas o menos 1 semana) 2) FPP ENTRE EL 5 Y 12 DE JULIO DE 2010”

*-abril 24 de 2010 – Dr. Salvador Monroy Rubio, reporte: “Observo útero grávido con feto único en su interior dispuesto en situación longitudinal, en materno, cuyas medidas son: diámetro biparietal de 73 mms, longitud femoral de edad gestacional de 28.2 semanas. Existe liquido amniótico en cantidad suficiente que le permite adecuada movilidad fetal. Placenta fúndica de implantación normal. Peso fetal aproximado 1148 gramos
OPINIÒN: Embarazo de 28.2 semanas. Feto Único vivo en presentación cefálica. FPP 15.07.2010”*

2.3 Que el 24 de junio de 2010, a eso de las 00.59 horas, acudió al Hospital del Líbano por el servicio de urgencias del Hospital Regional del Líbano E.S.E, por presentar *“Motivo de la consulta: dolor de cabeza. Enfermedad Actual: Paciente de 30 años con embarazo de 36.6 sem por FUR, confiable con cuadro clínico de 3 horas de evolución de cefalea occipital, disminución de los movimientos fetales, niega pérdidas vaginales. Revisión por Sistemas: TOLERA Y ACEPTA LA VÍA ORAL. E. FISICO SIN ALTERACIONES NORMOTENSA: Se solicita monitoria fetal. Revalorar. Nota 1 am refiere sentarse bien, no cefalea, reporte de monitoria fetal reactiva, se da salida, se explica signos de alarma para reconsultar”.*

2.4 Que el 28 de junio de 2010, a eso de las 9.27 am, la paciente ingresó nuevamente por el servicio de urgencias, es atendida por el médico ginecólogo Ricardo Mauricio Rodríguez Córdoba, quien dejó en la historia clínica, la siguiente anotación: *“Motivo de consulta: Control Prenatal ultimo mes. Signos vitales: Peso 74 Kg P.A.S. 130 MM/Hg P.A.D. 800 mm/Hg. DIANOSTICOS: Supervisión de otros de embarazos de alto riesgo. CONCEPTO Y PLAN DE TRATAMIENTO PACIENTE DE 30 AÑOS G1 POVO CON EMBARAZO ACTUAL DE 39 1/7 POR FUR Y FPP 3 DE JULIO DE 2010 CPN POSITIVO NORMAL, TIENE ANTECEDENTE DE HTA CRONICA Y MANEJO CON ARTENSOL A BAJA DOSIS Y SUSPENDIO DURANTE EL EMBARAZO LLAMA LA ATENCION POCA GANANCIA DE PESO MATERNO Y ALTURA UTERINA SOLO 29 CM POR LO QUE SE DEBE SOSPECHAR RCIU ACTUALMENTE ASINTOMATICA CON FUVLCDI Y FCF 136 136 POR MINUTO. NO HAY ACTIVIDAD UTERINA, NI PERDIDAS VAGINALES DERIVADA DE CONSULTA EXTERNA PARA TOMA DE MONITOREO FETAL. Revisión por sistemas. TOLERA Y ACEPTA VIA ORAL. DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, ANTECEDENTES PATOLOGICOS HIPERTENSION NO MANEJADA... Abdomen: UTERO GRAVIDO. ALTURA UTERINA 30 CM fcf 150 pm. MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS POSITIVOS. NO ACTIVIDAD UTERINA. ANALISIS PACIENTE CON CUADRO DE GESTACIÓN A TERMINO CON ALTURA UTERINA MARCADAMENTE DISMINUIDA PARA EDAD GESTACIONAL SS MONITOREO FETAL Y ECOGRAFIA OBSTETRICA DIAGNOSTICO DE GESTACIÓN DE 39 SEMANAS 1/7 BAJO PESO FETAL. PLAN SS MONITOREO FETAL SS ECOGRAFIA OBSTETRICA 11.51 SE REvisa MONITOREO CON FCF (frecuencia cardiaca fetal) BASAL 120 POR MINUTO CON ADECUADA VARIABILIDAD, PERO SE OBSERVA DOS EPISODIOS DE DIP II (desaceleraciones tardías de la frecuencia cardiaca fetal) HASTA 90, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR DE MODERADA INTENSIDAD SE COMENTA CON DR. RODRIGUEZ QUIEN INDICA HOSPITALIZAR POR ESTADO FETAL INSATISFACTORIO DIAGNOSTICO GESTACIÓN DE 39 SEMANAS 1/7. ESTADO FETAL INSASTIFACTORIO. PLAN HOSPITALIZAR EN PISO, LR BOLO 500 C.C. CONTINUAR A 100 C.C. HORA SS HEMOCLASIFICACION VDRL SS ECOGRAFIA OBSTETRICA”*

2.5 Que ese mismo día siendo las 16.28 minuto, la paciente fue atendida por María Fabiola Penagos Sánchez (médico general) que deja la siguiente anotación: *“CONCEPTO Y PLAN DE TRATAMIENTO. INGRESO PISO. INGRESA PACIENTE DE 30 AÑOS, G1POVO CON EMBARAZO ACTUAL DE 39 1/7 POR FUR (26/09/09) CONFIABLE Y POR ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE (20/11/09) FPP 3 DE JULIO DE 2010. EN EL MOMENTO ASINTOMATICA TIENE CONTROL PREVIO POR GINECOLOGIA EL DIA DE HOY DONDE SE ORDENA REALIZAR MONITOREO FETAL. TIENE ANTECEDENTES DE HTA CRONICA Y MANEJO CON ARTENSOL A BAJA DOSIS Y SUSPENDIÒ HACE 3 AÑOS. DESPUES DE LOS CUALES NO SE REALIZA NINGUN CONTROL DE LA PRESIÒN ARTERIAL EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMATICA DURANTE EL CONTRL LLAMA LA ATENCION POCA GANANCIA DE PESO MANTERNO (INICIA CON 68 KG Y ACTUALMENTE TIENE 73 KG) Y ALTURA UTERINA DE 29 CM POR LO QUE SE SOSPECHA RCIU NO SE EVIDENCIA ACTIVIDAD UTERINA NI PERDIDAS VAGINALES. SE REvisa MONITORIA CON FCF (frecuencia cardiaca fetal) BASAL DONDE SE ENCUENTRA FCF DE 120 POR MINUTO CON*

ADECUADA VARIABILIDAD, PERO SE OBSERVAN DOS EPISODIOS DE DIP II HASTA 90, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR DE MODERADA INTENSIDAD SE COMENTA CON EL DR. RODRIGUEZ QUIEN INDICA HOSPITALIZAR POR ESTADO FETAL INSATISFACTORIO ANTECEDENTES P HIPERTENSION. DIAGNOSTICADA A LOS 25 AÑOS, ALERGICOS PENICILINA. QUIRURGICOS (-). TOXICOS (-), TRAUMATICOS (-) AF PAPÀ Y MAMÀ HTA. ABUELO MATERNO DIABETICO, INICIO DE RELACIONES SEXUALES HACE 2 AÑOS. DOS COMPAÑEROS SEXUALES, USO DE PRESERVATIVO PARA PLANIFICAR, NO SE HA REALIZADO CITOLOGÌA. NUEVE CONTROLES PRENATALES EN NINGUNO DE LOS CONTROLES SE REPORTAN CIFRAS ARTERIALES ANORMALES EF INGRESA PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES CONCIENTE HIDRATADA, AFEBRIL, ORIENTADA SV TA 120/60 FC 60 FR 18 T 26. MUCOSAS HÙMEDAS Y ROSADAS, CUELLO SIN ADENOPATÌAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLOS VESICULAR LIMPIO SIMETRICO, ABDOMEN UTERO GRAVIDO AU DE 29 CM. DURANTE EL EXAMEN NO SE EVIDENCIAN MOVIMIENTOS FETALES NO SE REALIZA FETOCARDIA POR AUSCULTACION. NO SE REALIZA TACTO VAGINAL... PACIENTE CON CUADRO DE GESTACIÒN DE 39 SEMANAS1/7, G1 POVO. RCIU ¿??. PLAN LR BOLO 500 CC CONTINUAR A 100 CC HORA SS HEMOCLASIFICACIÒN Y VDRL- NOTA EL DR RICARDO RODRIGUEZ REALIZA ECOGRAFIA DONDE NO SE EVIDENCIA FCF, NI MOVIMIENTOS FETALES, SE DETERMINA 1 MISOPROSTOL CADA 6 HORAS UNA TABLETA ORAL Y OTRA INTRAVAGINAL. 2. SS CUADRO HEMATICO, TRANSAMINASAS PCR”

2.6 Que el 28 de junio de 2010, a las 17.18 horas, fue valorada por el ginecólogo Ricardo Mauricio Rodríguez Córdoba quien en la historia clínica dejó la siguiente anotación: “CONCEPTO Y PLAN DE TRATAMIENTO GINECOLOGÌA SE REALIZA ECOGRAFIA OBSTETRICA ENCONTRANDOSE FETO UNICO SIN VITALIDAD, NO OBSERVO, MOVIMIENTOS CORPORALES NO FETOCARDIA, LLAMA LA ATENCIÒN OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, DESPUES DE 30 MINUTOS DE OBSERVACIÒN NO SE ... SIGNOS DE VITALIDAD FETAL, CONSIERO OBITO FETAL Y PROPONGO INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL. EXPLICO A LA PACIENTE Y FAMILIA RIESGOS E IMPLICACIONES, SS CONSENTIMIENTO INFORMADO IDX OBITO FETAL, PLAN MISOPROSTOL 1 TAB VAGINAL, CADA 6 HORAS S.S CH COMPLETO, TP TPT, FIBRINOGENO, DIMERO D, TRANSAMINASAS, CREATININA Y SEROLOGIA ATENCION PARTO SEGÚN PROTOCOLO”

2.7 Que el 28 de junio de 2010, es remitida a la clínica SALUDCOOP de Ibagué, donde ingresa a las 23:15, es atendida por el Dr. Libardo Lugo que consigna en la historia clínica: “Enfermedad actual: REMITIDA DE LIBANO POR PRESENTAR OBITO FETAL GESTANTE DE 39 SEMANAS ... EXAMEN FISICO: Abdomen normal. AUSENCIA DE FETOCARDIA. DIAGNOSTICOS: Atención materna por muerte intrauterina. OBITO FETAL. RECOMENDACIONES MANEJO POR GINECOLOGIA, PLAN TERAPEUTICO SE HOSPITALIZA PARA INDUCCIÒN.”

El 26/06/2021 a las 18.55, el Dr. Diego Mauricio Cardozo Rodríguez consignó en la historia Clínica: “SE ATIENDE PARTO NORMAS RN MASCULINO (¿) PESO 1700 GR TALLA 37 CM APGAR 0-0/10 LIQUIDO AMNIOTICO AUSENTE.

ALUMBRAMIENTO COMPLETO PLACENTA PEQUEÑA DESGARRO PERINEAL G1 QUE SE SUTURA NO COMPLICACIONES. SE OBSERVA FETO ASPECTO DISFORMICO CON HIPOSPADIAS, PIE CHAPIN BILATERAL. Análisis: POST PARTO NORMAL. OBITO FETAL, PLAN VIGILAR SANGRADO. SUPRESION DE LACTANCIA, SE ENVIA FETO Y PLACENTA A PATOLOGIA ... Diagnósticos: Atención materna por muerte intrauterina”

2.8 Que la muerte del hijo de Ana María Castro Vélez produjo en ella y en sus familiares un profundo dolor.

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

3.1. SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN¹

La entidad accionada, a través de apoderada judicial, contestó la demanda manifestando que se opone a la prosperidad de la declaración de responsabilidad administrativa y solidaria por considerar que no existen razones legales ni elementos de prueba que determinen su responsabilidad.

Sostuvo que, la EPS SALUDCOOP EPS cumplió con el deber legal y convencional de prestar sus servicios a la usuaria – demandante, a través de la ESE Hospital Regional del Líbano – Tolima, pues se le garantizó el servicio médico asistencial dentro de su nivel de atención.

Señaló, que conforme con sus deberes legales y contractuales autorizó y garantizó cada uno de los controles previos al parto, refiriendo que, asistió a dicho controles prenatales y eventos asociados con urgencias, en las siguientes fechas: el 28 de diciembre de 2009 (10 semanas de gestación), luego, el 20 de enero de 2010 (13 semanas), 09 de febrero de 2010 (16 semanas), el 27 de febrero de 2010 (16 semanas de gestación), el 20 de marzo de 2010 (24 semanas), el 26 de marzo de 2010 (26 semanas), el 18 de abril de 2010 (consulta por urgencias, 29 semanas), 26 de mayo de 2010 (32 semanas de edad gestacional), el 23 de junio de 2010 (37 semanas de gestación) y el 24 de junio de 2010, (consulta por urgencias).

Manifestó que, SALUDCOOP EPS y el equipo de salud ordenaron y ejecutaron sus actividades conforme fueron solicitados sin que se puede identificar efecto adverso que pueda considerarse como traumático; indicó que, no incurrió en error que pueda imputarse a sus conductas o actuaciones, no limitó, negó o condicionó los servicios requeridos y solicitados por la paciente gestante, y, tampoco hubo demora en la atención médica solicitada o en autorizaciones para servicios y procedimientos solicitados.

Propuso como excepciones: *“LA CULPA DE UN TERCERO COMO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD QUE SE IMPUTA A LA EPS SALUDCOOP; CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES POR PARTE DE LA EPS SALUDCOOP; INEXISTENCIA DE IMPUTACIÓN DEL ORIGEN Y EFICIENTE DEL DAÑO A LA EPS SALUDCOOP; LA CAUSA DEL HECHO GENERADOR DEL DAÑO NO ES IMPUTABLE A LA EPS SALUDCOOP; LA RESPONSABILIDAD*

¹ Archivo02CuadernoPrincipal del Expediente Digitalizado

ADMINISTRATIVA ORDINARIA ADMITE EXIMIENTES DE RESPONSABILIDAD; INIMPUTABILIDAD DE LOS ELEMENTOS DE LA FALLA ADMINISTRATIVA A LA EPS SALUDCOOP; FALTA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EJECUTADOS POR LA EPS SALUDCOOP Y EL DAÑO RECLAMADO; Y, EXIGENCIA DE CULPA PROBADA”.

3.2 E.S.E HOSPITAL REGIONAL DEL LIBANO

El Hospital se opuso a las pretensiones por considerar que no tienen ninguna responsabilidad en el daño antijurídico, habida cuenta que los controles prenatales fueron realizados por la IPS SALUDCOOP en el Municipio del Líbano y la atención que recibió la paciente fue solamente para el momento del parto, el cual se practicó conforme la Lex Artis.

Refirió la importancia de los controles en el proceso de gestación, para señalar que, los mismos habían sido realizados por la IPS SALUDCOOP, quien debía prever las condiciones del feto antes de producirse el parto. Aludió que un control prenatal inadecuado como señala ocurrió en el presente caso, puede llevar a la muerte perinatal, para el efecto, indicó que la historia clínica de la paciente evidencia que el feto traía unas condiciones insatisfactorias que conllevaron a su fallecimiento.

Consideró que no existe falla en el servicio por parte del hospital, pues, actuaron de manera diligente, oportuna y adecuada, significando que la muerte del feto fue producto de la mala evolución en su desarrollo, hecho que los exonera de responsabilidad.

Insistió que los controles prenatales fueron hechos por la IPS SALUDCOOP en el municipio de el Líbano y no por el Hospital Regional del Líbano, advirtiendo que, quien realizaba el control nunca detectó posible retraso en el crecimiento del feto, o estado anormal del mismo, en su sentir los controles prenatales se efectuaron sin realizar un estudio de fondo, pormenorizado y fehaciente del periodo de gestación del feto, situación que solo se evidenció con la descripción entregada por el médico especialista Cardoso Rodríguez luego de efectuar el desembarazo del óbito fetal.

Sostuvo que no existe causal entre el daño alegado y el acto médico desplegado por la E.S.E Hospital Regional del Líbano, planteando como excepción la de *“Inexistencia de nexo de causalidad”*

4. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

4.1. Parte demandante².

En sus alegaciones finales el apoderado de la parte actora solicitó se acceda a las pretensiones de la demanda; para tal efecto, explicó que en la actividad médica la responsabilidad por los daños causados se estructura en una serie de actuaciones que dan un resultado final, por lo que la causa del daño puede provenir de cualquier acción u omisión que se produzca durante todo el proceso, tal y como ocurrió en el presente asunto.

² Archivo19AlegatosConclusionParteDemandante20201020

Arguyó, que el daño, la atención médica y el nexo causal se demuestran a través de cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia, en casos como el presente que debido a las condiciones especiales en las que se encontraba la paciente, se debe establecer la omisión o descuido del ultimo ingreso de la paciente.

Consideró desacertado que la parte accionada aludiera la ocurrencia de una causa externa o ajena, ello, en virtud a la diligencia mostrada por la señora Ana María que había asistido mes a mes por consulta externa a los controles, y en ninguno de ellos se advirtió irregularidad en el proceso gestacional; contrario a ello, señaló que se encuentra acreditada la falla del servicio por negligencia, descuido u omisión, habida cuenta que se encuentran probados los tres elementos de la responsabilidad.

Frente al daño señaló que es la muerte del neonato, la cual indica fue consecuencia de la omisión en la atención; la causa eficiente y determinante consistió en no haberse asistido medicamente en urgencias de la E.S.E demandada o la actitud negligente hacia la paciente, la no atención o la atención tardía, o la no remisión o la remisión tardía de la paciente, lo que considera se prueba acudiendo al régimen de presunción de falla del servicio.

4.2. Parte demandada.

4.2.1. SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN³.

La apoderada judicial de la entidad demandada en sus alegaciones finales, aseguró que no se configuran los elementos para imputar responsabilidad a la entidad que representa, pues no se acreditó el nexo causal entre el accionar de esa entidad y el daño alegado por la parte actora.

Afirmó, que no basta con probar el acto médico y el daño, sino que se debe probar que la actuación fue la consecuencia del incumplimiento de una obligación contractual, o que el accionar fue negligente, faltando al deber objetivo de cuidado, incumpliendo la lex artis o ejecutando una mala praxis, y además que dicho actuar fue determinante para la causación del perjuicio.

Insistió que a la señora Ana María Vélez Castro se le brindo atención oportuna por parte de la IPS del Líbano, pues se le hizo seguimiento y control desde los 3 meses de gestación, destacando que se le garantizó en todos los niveles la atención, se le suministro un servicio integral, sin contratiempo ni restricción desde el año 2009, hasta la fecha del parto y de ahí en adelante.

Por otra parte, solicitó tener en cuenta que las Instituciones Prestadoras de Salud son las encargadas de la atención en salud de las personas afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud EPS, empero, el servicio que prestan es con total independencia y autonomía técnica, administrativa y financiera, respecto a la EPS, lo que implica que la IPS es responsable de los diagnósticos, procedimientos, rehabilitación y prevención de sus pacientes.

³ Archivo17AlegatosconclusionSaludCoopEPSEnLiquidacion20201014

Finalmente, pidió se desestimen las pretensiones de la demanda, pues en su sentir, la entidad garantizó el acceso efectivo y oportuno a los servicios contenidos en el plan de beneficios y Plan Obligatorio de Salud, argumentando que las posibles fallas que se prestaron en la prestación del servicio el corresponden a la IPS que en su oportunidad atendió a la señora Ana Maria Vélez Castro.

4.2.2. E.S.E HOSPITAL REGIONAL DEL LIBANO

Guardó silencio.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS DEL DESPACHO

5. PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Procede el despacho a determinar si, ¿las entidades demandadas son administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios causados a los señores ANA MARÍA VELEZ CASTRO, LUIS RAUL ARCESIO VELEZ MARÍN, MARIA AIDELI CASTRO y MARGARITA ROSA VELEZ CASTRO por la presunta falla en el servicio generada como consecuencia de la indebida prestación del servicio médico a la señora ANA MARÍA VELEZ CASTRO durante el proceso de gestación que desencadenó el óbito fetal?

6. TESIS QUE RESUELVEN EL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

6.1 Tesis de la parte accionante

Considera que deben declararse administrativa y patrimonialmente responsables a las accionadas, pues se encuentra probado que el daño alegado provino de la inadecuada atención médica suministrada a la señora Ana Maria Vélez Castro, en la atención médica asistencial dispensada en el proceso gestacional, en el entendido que hubo demora en la atención, y además, se presentaron errores en el procedimiento, además de negligencia, impericia e imprudencia.

6.2. Tesis de la parte accionada

6.2.1. SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN

Manifestó que se deben negar las pretensiones de la demanda, debido a que la actuación de la entidad se ajustó a derecho, no existe incumplimiento o evidencia de retraso, omisión o negativa respecto las obligaciones adquiridas para con la paciente, como quiera que desde el ámbito de sus competencias le garantizó la atención integral a la señora Ana Maria Vélez Castro.

Aunado a lo anterior, no existe prueba del nexo causal entre la actuación de la administración y el daño alegado por los demandantes, y, en caso que existiera la responsabilidad recae en la Institución Prestadora del servicio de Salud que le prestó los servicios a la demandante.

6.2.2 HOSPITAL REGIONAL DEL LIBANO

No hay lugar a acceder a las pretensiones de la demanda, ello en virtud a que no existe falla en el servicio, pues el hospital en la atención dispensada a la paciente actúo de manera diligente, oportuna, adecuada y conforme a la Lex Artis, entendiéndose que el óbito fetal fue consecuencia del desarrollo del feto.

A más de lo anterior, refirió que no fue quien realizó los controles prenatales durante el proceso de la gestación, sino la IPS SALUDCOOP en el Líbano.

6.3. Tesis del despacho

Deberán negarse las pretensiones de la demanda como quiera que la parte accionante no demostró los elementos de la responsabilidad extracontractual del Estado y como consecuencia que el óbito fetal y por lo tanto los daños por ellos sufridos sean producto de una falla de servicio médico suministrado a la señora Ana Maria Vélez Castro.

7. HECHOS PROBADOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES

HECHOS PROBADOS	MEDIO PROBATORIO
1.Que Ana María Vélez Castro, es hija de Maria Idaly Castro y Luis Raúl Arcesio Vélez Marín; y, hermana de Margarita Rosa Vélez Castro	Documental. Copia registro civil de nacimiento Nos. 6023398 y 6023397 (Fl. 98,99 Archivo02CuadernoPrincipal del Expediente Digitalizado).
2.Que, la señora Ana María Vélez Castro, se encontraba en estado de embarazo, y el 20 de noviembre de 2009 se realizó ecografía prenatal, en la que se consignó: ID 1) <i>Gestación de más o menos 6 semanas;</i> 2) <i>FPP del 7 al 15 de julio de 2010.</i>	Documental: Informe ecográfico del 2 de noviembre de 2009, Dr. Luis F. Quiroga Torres. (Archivo 02CuadernoPrincipal del Expediente Digital)
3.Que la gestante se encontraba afiliada como cotizante a SALUDCOOP EPS, y, el 28 de diciembre de 2009, acudió por primera vez al servicio médico asistencial en la IPS SaludCoop Líbano con el fin de realizarse los controles prenatales.	Documental: Oficio No. Scoopl-0030461 del 11 de octubre de 2017, suscrita por la Agente Especial Liquidadora -Copia de la Historia Clínica de Ana María Vélez Castro. (Carpeta06Cdn05PbasParteDemandante del expediente digital)
4.Que la Corporación IPS Líbano (prestadora del servicio de salud según convenio con SALUDCOOP EPS), en el año 2010, le realizó a Ana María Vélez Castro, nueve (9) controles prenatales, y en las notas médicas no se hizo referencia a complicaciones o problemas de salud de la madre o del feto durante el desarrollo del embarazo.	Documental: Oficio suscrito por apoderado General de SaludCoop EPS en Liquidación (Carpeta06Cdno05PbasParteDemandante del expediente digitalizado). -Certificación expedida por representante legal de Corporación Mi Tolima. (Archivo07RtaRequerimiento CorpMiIPSTolima20200810 del expediente digitalizado) -Historia prenatal (Archivo08AnexoRtaMi IPSHistoriaClinicaAnaMariaVelez20200810 del expediente digitalizado) -Historia Clínica Materno Perinatal – CLAP – OPS/OMS

	Archivo02CuadernoPrincipal del Expediente Digitalizado
5.Que la señora Vélez Castro en el periodo comprendido entre el mes de diciembre 2009 y junio 2010, recibió atención médica y asistencial por medicina general y ginecología, le ordenaron y realizaron exámenes de laboratorio, ecografías, y, se le hizo seguimiento y manejo durante el embarazo. El servicio de atención en salud fue prestado por la IPS SaludCoop Líbano y el Hospital Regional del Líbano.	Documental: Oficio E GG-CE -365 -3066 del 29 de septiembre de 2017, suscrito por el gerente del Hospital Regional del Líbano -Historia Clínica del Hospital Regional del Líbano (Carpeta02CuadernoPrincipal, y Carpeta06Cdno05PbasParteDemandante del expediente digitalizado)
6.Que el 28 de junio de 2010, siendo las 9.27 la señora Vélez Castro asistió a la E.S.E Hospital Regional del Líbano para el control prenatal del último mes, para ese momento contaba con 30 años de edad, y un tiempo de gestación de 39 1/7 semanas, fue atendida por médico ginecólogo, quien según registro en la historia clínica sospechó RCIU (Retraso de Crecimiento Uterino), solicitó Ecografía para determinar peso fetal y Monitoreo fetal. Es citada a control con resultados en 3 días. <i>IDX BAJO PESO MATERNO Y FETAL.</i> Ese mismo se realizó monitoreo fetal, y con resultados el Dr. <i>Rodríguez (ginecólogo) decide hospitalizar por <u>estado fetal insatisfactorio</u></i>, se ordenan laboratorios y ecografía obstétrica -A las 17:18 se realizó ecografía y con fundamento en los resultados, se determinó: “Atención materna por déficit del crecimiento fetal – Muerte fetal de causa no especificada.” Se ordena remisión para Ibagué por presentar óbito fetal	Documental: Historia clínica E.S.E Hospital Regional del Líbano. (Carpeta06Cdno05PbasParteDemandante del Expediente digitalizado)
7.Que el 28 de junio de 2010, siendo las 23:15, ingresó a la IPS Clínica Ibagué con el fin de recibir “atención materna por muerte intrauterina”. El 29 de junio de 2010, a las 18.55, se le practicó el procedimiento y, se dejó la siguiente anotación: “... parto de feto don <i>dimorfismo externo, con peso fetal para 30 Sem. Aprox.</i> <i>hallazgos: RN Masculino, Peso 1700GR, Talla 37 CM, Apgar 0/10, No se observa liquido amniótico Genitales externos dudosos, con edema escrotal, Hipospadias, pie chapín.</i> Se envió el feto y la placenta a patología	Documental: Hoja de Descripción Quirúrgica. (Archivo 02CuadernoPrincipal Archivo09HistoriaClinicaAllegadaPor SaludcoopEnLiquidacion20200903 Expediente digitalizado)
8.Que la Corporación IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN estuvo habilitada desde el 03 de julio de 2009 hasta el 14 de enero de 2016, y, los controles	Documental: Oficio No.000010564 del 26 de septiembre de 2017. (Carpeta07Cdno06PbasParteDemandada del expediente digitalizado)

prenatales fueron realizados por la Corporación IPS Líbano	
--	--

8. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO: FALLA DEL SERVICIO

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 perjuicio⁴.

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 extra patrimonial sufrida por la víctima sin que tenga el deber de 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 Máximo Tribunal Contencioso Administrativo, 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 procedimientos⁵, 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 (...)”*⁶

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 Estado⁷, que las circunstancias relevantes para establecer la actuación debida o indebida de la administración tienen implicaciones 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.

⁴ Sentencia del 13 de agosto de 2008; Exp. 17042; C.P. Enrique Gil Botero.
⁵ Sentencia del 30 de julio de 1992. Consejo de Estado - Sección Tercera, M.P. Daniel Suárez Hernández. Exp. 6897.
⁶ Enrique Gil Botero. *Responsabilidad Extracontractual del Estado*, Editorial Temis S.A. Bogotá, Colombia, 2013, pág. 549
⁷ Sentencia del 10 de febrero de 2000. Sección Tercera, M P. Alíer Hernández Enríquez. Exp. 11878

Empero, posteriormente la jurisprudencia del Alto Tribunal 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 de todos los elementos que la configuran, a través de todos los medios probatorios legalmente aceptados, destacándose entonces la utilidad de la prueba indiciaria 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:

“Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente. La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el alea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de mas (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa.”⁸

De manera que el régimen por excelencia para comprometer la responsabilidad de la administración como consecuencia de la actividad médica es la falla probada, siendo obligación de quien la alega, comprobar la actuación contraria a los postulados de la lex artis, o el funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico; siendo a cambio carga de la entidad, desvirtuar dichas imputaciones, a partir de la prueba de su ejercicio diligente y adecuado a las necesidades exigidas en cada caso. En este sentido, el Consejo de Estado ha señalado:

“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.”⁹

En reciente pronunciamiento, la citada Corporación al analizar un caso de responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico de ginecobstetricia, reiteró¹⁰:

“...En este sentido esta Corporación ha indicado que, para determinar la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico, entendido este como los procedimientos de diagnóstico, tratamientos, intervenciones y, en general, las

⁸ Sentencia del 31 de agosto de 2006. Consejo de Estado, Sección Tercera, M. P. Ruth Stella Correa Palacio. Exp. 15772.

⁹ Sentencia de marzo 22 de 2012 Consejo de Estado - Sección Tercera, Subsección B, M.P. Ruth Stella Correa Palacio. Exp. 23132

¹⁰ C.E, Sección Tercera, Subsección B, CP: Alberto Montaña Plata, cinco (05) de mayo de veinte (2020), Rad. 73001-33-31-000-2006-00114-01(45214)

conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente; debe demostrarse la existencia del daño, y que este se haya ocasionado por la vulneración de los estándares de calidad exigidos por la lex artis (...) De manera que, para que las pretensiones tengan vocación de prosperidad, se torna indispensable arribar a la conclusión que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, porque no cumplió con los protocolos, estándares y recursos humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, o se omitió el cumplimiento de deberes por parte del prestador, como los relativos al acto médico documental (por ejemplo: el consentimiento informado y el suministro de la información necesaria para el autocuidado del paciente). Sin que de ello sea posible exigir un resultado exitoso en todos los eventos, pues se trata de una obligación de medio y no de resultado.” (Resalta el despacho)

De lo anterior, se tiene que no basta el cuestionamiento que haga el actor de la pertinencia o idoneidad de los procedimientos ejecutados por el personal médico de una entidad, pues a su cargo está probar las 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.

8.1 DE LA HISTORIA CLINICA COMO MEDIO DE PRUEBA EN PROCESOS DE RESPONSABILIDAD POR FALLA MÉDICA

A voces del artículo 34 de la Ley 23 de 1981, la historia clínica consiste en el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Dicho documento es privado y se encuentra sometido a reserva por lo que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. De acuerdo con el artículo 35, la historia clínica debe ceñirse a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

De acuerdo con la Resolución 1995 de 1999, del Ministerio de Salud en dichos documentos se debe registrar cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención, siendo característica básica de la misma, la integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, y, la disponibilidad.

Es claro que la historia clínica contiene el registro de la atención médico – paciente, en dicho documento consta la atención y el manejo que recibe para aliviar su padecimiento.

En casos de responsabilidad médica, la Jurisprudencia del Consejo de Estado, ha señalado¹¹:

¹¹ C.E, Sección Tercera, Subsección C, C.P Jaime Enrique Rodríguez Navas, 22 de junio de dos mil diecisiete (2017), Rad. 47001-23-31-000-2001-00394-01(36257)

“..., recuerda la Sala que la historia clínica constituye la pieza probatoria fundamental en el presente asunto, y en términos generales, dado que en ella debe consignarse toda la información relevante del paciente; es también el medio más idóneo con el que cuentan el personal médico y sus instituciones para demostrar que la actividad médica fue adecuada, diligente y oportuna, cumpliendo con los criterios de diligencia, pericia y prudencia establecidos por la lex artis para determinada patología.”

Asimismo, esta Corporación ha sido insistente en la necesidad de que las entidades diligencien de manera adecuada y completa las historias clínicas, y de esta manera, poder analizar si la conducta desplegada por los galenos, el diagnóstico y la atención de los pacientes fueron adecuadas”.¹²

Empero, debe tenerse en cuenta que a pesar de la importancia que tiene dicho documento para esclarecer los hechos, y, determinar los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud, en ocasiones se hace necesario acudir a otros medios de prueba para esclarecer la verdad que se persigue, en ese sentido, indicó: *“...que, cuando su contenido se encuentre en controversia o no sea apto para acreditar la verdad que se persigue, deba acudirse a otros medios de prueba que, por su naturaleza testimonial o científica, tengan capacidad objetiva y brinden un respaldo probatorio sobre el aspecto debatido en el proceso.(...)”¹³*.

Finalmente, y en lo que tiene que ver con las fallas en el servicio provenientes de la actividad médica, la jurisprudencia vigente¹⁴ ha señalado que *“la responsabilidad estatal sólo se activa siempre que el afectado acredite dos presupuestos: la existencia del daño y que su origen provenga de una acción tardía o defectuosa o una inacción de la institución médica estatal, de manera que aquél le resulte imputable¹⁵, lo cual configura el sistema de falla probada del servicio¹⁶, sin perjuicio de que las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, como la prueba indiciaria”¹⁷.*

¹² Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencias del 27 de abril de 2011; Exp. 19192; C.P. Mauricio Fajardo Gómez, del 26 de mayo de 2011; Exp. 20097; C.P. Hernán Andrade Rincón y del 1 de junio de 2015; Exp. 29572; C.P. Olga Mélida Valle de De la Hoz.

¹³ C.E. Sección Tercera, Subsección A, CP José Roberto Sáchica Méndez, 19 de marzo de dos mil veintiuno (2021), 20001-23-31-000-2011-00546-01(53615)

¹⁴ Ibidem

¹⁵ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 1992, exp. 6255, C.P. Julio César Uribe Acosta; Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 1992, exp. 6654, C.P. Daniel Suárez Hernández; Sección Tercera, sentencia del 14 de febrero de 1992, exp. 6477, C.P. Carlos Betancur Jaramillo y Sección Tercera, sentencia del 13 de septiembre de 1991, exp. 6253, C.P. Carlos Betancur Jaramillo.

¹⁶ *“se destaca que el desarrollo inicial de la jurisprudencia estuvo orientado por el estudio de la responsabilidad estatal bajo un régimen subjetivo de falla probada del servicio. En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.*

Luego se indicó que los casos de responsabilidad por la prestación del servicio médico se juzgarían de manera general bajo un régimen subjetivo, pero con presunción de falla en el servicio. En ese segundo momento jurisprudencial se consideró que el artículo 1604 del Código Civil debía aplicarse a la responsabilidad por actos médicos y, en consecuencia, la prueba de la diligencia y cuidado correspondía al demandado. Esta postura se fundamentó en la capacidad en que se encuentran los profesionales de la medicina, dado su “conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta”, de satisfacer las inquietudes y cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos.

Luego, se morigeró la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio, pues se introdujo la 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 la falla o su ausencia, pues no todos los debates sobre la prestación del servicio médico tienen implicaciones de carácter técnico o científico.

Finalmente, se abandonó la presunción de falla en el servicio para volver al régimen general de falla probada. Por tanto, en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados todos los elementos que la estructuran, esto es, el daño y su imputación por razón de la actividad médica, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, como la prueba indiciaria”, Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de octubre de 2019, exp. 43327, MP. Ramiro Pazos Guerrero.

¹⁷ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 28 de septiembre de 2012, exp. 22424, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo y Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

En orden a ello, entrará el Despacho a estudiar si se encuentra acreditado el daño antijurídico alegado en la demanda, y si el mismo resulta imputable a las accionadas, de modo que, se procederá al estudio de cada uno de los elementos que estructuran la responsabilidad por falla del servicio médico.

9. DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

9.1 EL DAÑO

De acuerdo con el libelo introductorio el daño respecto del cual pretenden derivar responsabilidad consiste en la muerte del nasciturus hijo de Ana María Vélez Castro, el que según la parte actora obedeció a una falla en la prestación del servicio por parte de las accionadas, durante la gestación del embarazo y hasta el 29 de junio de 2010.

En orden a establecer dicho aspecto, se dirá que con la historia clínica que obra en el expediente, se encuentra acreditado que, el daño se concretó con la muerte del bebé de la señora Ana María Vélez Castro antes del parto. De la información que reposa en dicho documento, se extracta anotación¹⁸:

*“-MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA: 28/Jun/10.
17.18*

Especialidad: Ginecología

...

Ubicación: HOSPITALIZACION PISO 2 SUR

...

**CONCEPTO Y PLAN DE TRATAMIENTO
GINECOLOGIA*

SE REALIZÒ ECOGRAFIA OBSTETRICA ENCONTRANDOSE FETO UNICO SIN VITALIDAD, NO OBSERVO MOVIMIENTOS CORPORALES NI FETOCARDIA. LLAMA LA ATENCION DE OLIGOHIDAMNIOS, DESPUES DE 30 MINUTOS DE OBSERVACIÓN NO SE DOCUMENTO SIGNOS DE VITALIDAD FETAL. CONSIDERO OBITO FETAL Y PROPONGO INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL ...

IDX: OBITO FETAL

PLAN:

RX MISOPROSTOL

...

ATENCIÓN DEL PARTO SEGÚN PROTOCOLO”

En estas condiciones se determina que el daño, es la muerte en el vientre del hijo de la señora Ana María Vélez Castro.

9.2 LA IMPUTACIÓN

Establecida la existencia de un daño sufrido por los demandantes, es preciso entrar a estudiar el segundo elemento que corresponde a la imputación de ese daño al Estado. Para tal efecto, habrá de tenerse en cuenta que, en casos como el presente donde se discute la responsabilidad por falla en el servicio proveniente de la actividad médica, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha establecido que el

¹⁸ Fol. 22 Historia Clínica, Carpeta 06Cuaderno05PbasParteDemandante del Expediente Digital

régimen aplicable es el de falla del servicio y en la actualidad la tesis vigente es la falla probada del servicio. De acuerdo con este título de imputación le corresponde al afectado probar i) la existencia del daño y ii) que su origen provenga de una acción tardía o defectuosa o una inacción de la institución médica estatal.

Con los documentos que obran en el expediente, se encuentra acreditado:

- La señora Ana María Vélez recibió atención de control prenatal, en la IPS de SaludCoop en el Municipio del Líbano – Tolima. La primera consulta fue el 28 de diciembre de 2009, cuando contaba con 13 semanas de gestación, es atendida por médico general se ordenan laboratorios y se prescribe tratamiento para presunta infección de vías urinarias.
- Según la historia clínica obrante en el proceso, a la paciente se le realizaron controles en forma mensual, a decir; **1)** 20/01/2010 – 13 semanas – promoción y prevención; **2)** 9/02/2010 – 16 semanas, Medicina General; **3)** 27/02/2010 -21 semanas – promoción y prevención; **4)** 20/03/2010 -24 semanas- Promoción y Prevención; **5)** 26/03/2010 – 26 semanas -Promoción y prevención; **6)** 26/04/2010 - 29 semanas – Promoción y Prevención, **7)** 26/05/2010 – 32 semanas – Promoción y Prevención y **8)** 24 de junio de 2010 – Médico General, de las notas consignadas no se evidencian cambios o situaciones anormales o especiales durante el proceso de gestación.
- Igualmente, se encuentra acreditado que la gestante fue atendida en la E.S.E Hospital Regional del Líbano, en las siguientes oportunidades:

1. **21/12/2009**, Ubicación Urgencias, Motivo de consulta: *“Dolor bajito y **estoy embarazada**”, concepto y plan de tratamiento: Paciente ... con embarazo de FUR no confiable 12.2 semanas y por ECO de 1 trimestre 10.4 semanas. Se sospecha infección de vías urinarias... Nota médica: sugestivo de infección urinaria, se inicia manejo con ampicilina ...*
2. **5/02/2010**, Ubicación Urgencias, Motivo de consulta: *“Cefalea y Nauseas”, concepto y plan de tratamiento: Paciente con gestación de 18 semanas 3/7 y 17 semanas por ECO de primer trimestre que consulta por cuadro clínico de evolución de 12 horas de evolución de cefalea de predominio bitemporal, fosfenos, náusea sin emesis, no epigastralgia, edema de miembros inferiores, Plan: Acetaminofén y recomendaciones para reconsulta*
3. **-18/04/2010**, Ubicación urgencias, motivo de consulta: *dolor bajito... además hoy presentó sangrado vaginal. DX Embarazo de 29.3 sem por FUR confiable y 27 semanas por ECO del primer trimestre”, Abdomen: Útero grávido, altura uterina 29 CM... se le ordenó monitoria fetal para evaluar bienestar y descartar actividad uterina.*
4. **23/06/2010** Ubicación urgencias, motivo de la consulta: *dolor de cabeza.*

...

“Abdomen: Útero grávido, altura uterina 30 CM, fcf 150 1pm, MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS POSITIVOS, NO ACTIVIDAD UTERINA.

CONCEPTO Y PLAN DE TRATAMIENTO: paciente de 30 años con embarazo de 36.6 sem. por FUR confiable con cuadro clínico de 3 horas de evolución de cefalea occipital, disminución de los movimientos fetales, niega pérdidas vaginales.

Exámenes y procedimientos ordenados: Consulta de urgencias por Medicina General, y Monitoria Fetal ante parto”

- Se encuentra acreditado que la señora Ana María Vélez Castro, de 30 años de edad, el **28 de junio de 2010**, acudió a la E.S.E Hospital Regional del Líbano, para realizarse el último control prenatal, fue atendida por la especialidad de ginecología, el especialista en las notas médicas, registró: *“paciente 30 años, G10VO con embarazo actual de 39 1/7 por FUR (26/09/09) confiable y por ecografía de primer trimestre (20/11/09) FPP 3 DE JULIO DE 2010. EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICA, TIENE CONTROL PREVIO POR GINECOLOGÍA, EL DÍA DE HOY DONDE SE ORDENA REALIZAR MONITOREO FETAL, TIENE ANTECEDENTE DE HTA CRONICA Y MANEJO CON ARTENSOL A BAJA DOSIS Y SUSPENDIO HACE 3 AÑOS, DESPUES DE LOS CUALES NO SE REALIZA NINGUN CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL. EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICA, DURANTE EL CONTROL LLAMA LA ATENCIÓN POCA GANANCIA DE PESO MATERNO (INICIA CON 68 KG Y ACTUALMENTE TIENEN 73 KG) Y ALTURA UTERINA DE SOLO 29 CM POR LO QUE SE SOSPECHA DE RCIU (RETRASO DE CRECIMIENTO UTERINO). NO SE EVIDENCIA ACTIVIDAD UTERINA NI PÈRDIDAS VAGINALES ... S/S ECOGRAFÍA PARA PESO FETAL Y MONITOREO FETAL. CITO CON RESULTADOS EN 3 DÍAS”*

“IDX BAJO PESO MATERNO Y FETAL.”

Ese mismo día a las 9:51, la gestante acudió a la toma del monitoreo, y de acuerdo con las notas de la historia clínica se tiene:

*“A las **11:51**, La doctora Carmen Inés Rodríguez Cuellar – Medico general revisa el monitoreo y deja la siguiente anotación: ...FCF (frecuencia Cardíaca Fetal) basal 120 por minuto con adecuada variabilidad, pero se observan dos episodios de DIP II (Desaceleración tardía) hasta 90, movimientos fetales presentes, actividad uterina irregular de moderada intensidad, se comenta con el Dr. Rodríguez quien indica hospitalizar por **estado fetal insatisfactorio**”*

*Gestación de 39 semanas 1/7
Estado Fetal Insatisfactorio
PLAN: Hospitalizar en piso
-SS Hemoclasificación VDRL
SS Ecografía obstétrica.*

*-A las **16:28**, Hospitalización Piso 2 sur – Ingresa a piso... EF. Ingresa paciente en adecuadas condiciones generales, consciente hidratada, afebril, orientada, SV: TA:120/60, FC 60, FR18 T.36 ...Abdomen útero grávido AU de 29 CM., durante el examen no se evidencian movimientos fetales, no se encuentra fetocardia por auscultación, no se realiza tacto vaginal, extremidades eutróficas sin edemas, trayectos venosos, ... paciente con cuadro de gestación a término con altura uterina marcadamente disminuida, para edad gestacional*

*A las **17:18** Diagnósticos: Atención materna por déficit del crecimiento fetal – Muerte fetal de causa no especificada.*

*Se realizó ecografía obstétrica encontrándose feto único sin vitalidad. No se observó movimientos corporales ni fetocardia. Llama la atención oligohidramnios severo. Después de 30 minutos de observación no se documentó signos de vitalidad fetal. **Considero óbito fetal y propongo inducción del trabajo de parto con Misoprostol...**”*

- Posteriormente, es remitida a la Clínica de Ibagué para la atención del parto, y en las notas médicas, se registraron las condiciones del parto, en donde se anotó:

“Fecha Evolución: 2010/06/29 18:55

Subjetivo: NOTA DE PARTO

Objetivo: A las 18:35 SE ATIENDE PARTO NORMAL RN MASCULINO (¿) PESO: 1700 GR TALLA 37 CM APGAR 0-0/10, LIQUIDO AMNIOTICO AUSENTE, ALUMBRAMIENTO COMPLETO, PLACENTA PEQUEÑA, DESGARRO PERINEAL GI QUE SE SUTURA.

NO COMPLICACIONES

SE OBSERVA FETO DE ASPECTO DISMORFICO, CON HIPOSPADIAS, PIE CHAPIN BILATERAL

ANALISIS: POSTPARTO NORMAL

OBITO FETAL

“ ... ”

Conforme las pruebas que obran en el expediente, esto es, las notas de la historia clínica de la señora Ana Maria Vélez Castro se pudo determinar que su embarazo fue normal hasta finales del mes de junio cuando acudió al Hospital Regional del Líbano para realizarse el último control prenatal, el 28 de junio de 2010, y, después de ser atendida por médico especialista fue diagnosticada con *“bajo peso materno fetal”*, Y para ese momento se evidencia que el feto presentaba frecuencia cardiaca y no había actividad uterina.

Se encuentra acreditado que, con fundamento en las recomendaciones entregada por el médico tratante, le realizaron monitoreo fetal, a eso de las **11:51** minutos, arrojando como resultado, FCF (frecuencia Cardiaca Fetal) basal 120 por minuto con adecuada variabilidad, sin embargo, observan dos episodios de DIP II (Desaceleración tardía) hasta 90, movimientos fetales presentes, actividad uterina irregular de moderada intensidad, se decide hospitalizar por estado fetal insatisfactorio, se ordenan laboratorios y ecografía.

Así mismo, en las notas de hospitalización se advierte la no evidencia de movimientos fetales, no fetocardia por auscultación, se le toma ecografía obstétrica y se confirma óbito fetal; de las anteriores circunstancias se determina que para el momento en que ingresó la gestante al centro asistencial, el feto presentaba frecuencia cardiaca, había movimiento fetal pero sin actividad uterina, circunstancia que en cierta forma podría considerarse como un indicio en contra de la entidad para imputar responsabilidad.

No obstante, dicha circunstancia *per se* no permite establecer la presunta falla alegada; en efecto, en la demanda se arguye que las accionadas incurrieron en fallas en la prestación del servicio médico durante la gestación del embarazo y hasta el 29 de junio de 2010, cuando ocurrió el óbito fetal; sin embargo, es un hecho cierto que la historia clínica no es suficiente para determinar omisiones o errores en el procedimiento o en el diagnóstico, pues las notas clínicas sugieren un embarazo normal; del contenido de dicho documento no es posible determinar si la atención brindada durante el embarazo y específicamente, a partir del 24 de junio de 2010, fue deficiente, tardía o equivocada, siendo claro que no se acreditó que la causa de muerte del bebe en el útero de la madre hubiera sido consecuencia de mala praxis o una deficiente atención.

En este punto, vale señalar que la historia clínica allegada, no incluye los resultados de los diferentes exámenes y procedimientos practicados, da cuenta de que el prestador de salud atendió oportunamente a la paciente, hizo seguimiento al proceso de gestación; empero, ante la precariedad probatoria no fue posible determinar si dicha atención presentó fallas, fue deficiente o negligente, o si el Hospital no atendió los protocolos para la atención obstétrica, y por tanto, fue la causa eficiente del óbito fetal, pues ni siquiera se pudo establecer la causa de su muerte.

Tampoco se pudo determinar si en la atención brindada, el día 28 de junio de 2010, se incumplieron los protocolos o se presentó demora en el tratamiento o procedimiento con el diagnóstico del estado fetal insatisfactorio, se itera, como quiera que no obra prueba alguna en el plenario que permita evidenciar negligencia del Hospital Regional del Líbano – Tolima o de la EPS SALUDCOOP.

En esas circunstancias, no es posible puede imputar el daño a SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACION y AL HOSPITAL REGIONAL DEL LIBANO, pues, la parte demandante no demostró la deficiencia y/o inoportunidad en la prestación del servicio, es decir no se probó la relación causal entre el daño y la supuesta falla del servicio alegada.

En este punto, el despacho debe señalar que, en aplicación del artículo 167 del Código General del Proceso *“Les incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*.

Sobre este aspecto, en materia de responsabilidad derivada de la prestación del servicio médico de ginecobstetricia, el Consejo de Estado, ha indicado que para efectos de acreditar la relación de causalidad entre el daño y la prestación de los servicios de salud así como la falla del servicio, *“le corresponde a la parte actora aportar el material probatorio necesario para obtener la respectiva declaración judicial, cuestión que incluye la posibilidad de valorar y considerar la prueba indiciaria cuando aquella resulte insuficiente para declarar la responsabilidad que se pretende; es decir, tratándose de la responsabilidad del Estado, por la prestación del servicio de salud, la parte actora deberá acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de esa responsabilidad, esto es, deberá acreditar la falla en la prestación del servicio médico de salud, el daño y la relación de causalidad entre estos dos elementos”*¹⁹

En estas condiciones, es evidente que le correspondía a la parte actora demostrar a través de cualquier medio de prueba los hechos en que fundan las pretensiones de la demanda, ello en aras de obtener una decisión favorable a sus intereses; así entonces, al no existir en el proceso elemento de convicción que respalde sus afirmaciones, y, que permita determinar deficiencias en la prestación del servicio, se procederá a denegar las pretensiones de la demanda, se reitera, que a dicha conclusión se llega ante la inactividad probatoria que generó la imposibilidad de determinar la responsabilidad de las accionadas en el daño causado.

¹⁹ C.E. Sección Tercera, 26 de enero de 2011, 25000-23-26-000-1995-01596-01, MP Gladys Agudelo Ordoñez (e)

10. RECAPITULACIÓN

Teniendo en cuenta que además de la historia clínica de la señora Ana María Vélez Castro no se cuenta con ningún otro elemento de convicción que permita establecer la responsabilidad de las accionadas en el daño causado a los demandantes, se negarán las pretensiones de la demanda, al ser los documentos obrantes en el plenario insuficientes para acreditar el nexo causal entre el daño y la supuesta falla del servicio alegada en la demanda, incumpliendo la parte actora con el deber establecido en el artículo 167 del CPACA.

11. CONDENA EN COSTAS

El artículo 188 del CPACA sobre la condena en costas señala que en la sentencia se dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil, pese a ello y como quiera que el compilado normativo antes mencionado fue derogado por el Código General del Proceso, serán estas las normas aplicables en el caso concreto para la condena y liquidación de costas.

Ahora bien, el artículo 365 del C.G.P dispone que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, súplica, queja, casación, revisión o anulación que haya propuesto.

En el presente caso se observa que fue las pretensiones fueron despachadas desfavorablemente, razón por la cual de conformidad con el Acuerdo PSAA16-10554 del 5 agosto de 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, se fijarán las agencias en derecho a cargo de la parte actora **en la suma equivalente a 4% de lo pedido.**

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Sexto Administrativo del Circuito Judicial de Ibagué**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: NIÉGUENSE las pretensiones de la demanda

SEGUNDO: CONDENAR en COSTAS en esta instancia a la parte actora, para tal efecto fíjese la suma correspondiente al 4% de lo pedido.

TERCERO: Para efectos de la notificación de la presente sentencia, se ordena que por Secretaría se realice conforme el artículo 203 y 205 de la Ley 1437 de 2011 modificada por la 2080 de 2021.

CUARTO: Líquidense los gastos del proceso, si hubiere remanentes devuélvanse a la parte demandante.

QUINTO: Archívese el expediente, previa anotación en el sistema informático “Justicia Siglo XXI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



**JUANITA DEL PILAR MATIZ CIFUENTES
JUEZ**

Firmado Por:

**Juanita Del Pilar Matiz Cifuentes
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
Oral 6
Ibague - Tolima**

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:

f7b0ae6ea57c9cc26bb4d2ded535c493b8ecba70e5c20d2de4050ce54c0cf4c2

Documento generado en 12/10/2021 04:06:58 p. m.

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**