



JUZGADO TREINTA Y CUATRO ADMINISTRATIVO  
CIRCUITO DE BOGOTÁ  
Sección Tercera

CIUDAD Y FECHA	Bogotá D.C., tres (3) de marzo de dos mil veintiuno (2021)
REFERENCIA	Expediente No. 11001333603420150070500
DEMANDANTE	ERIC ROBERTO GUTIÉRREZ RAPALINO Y LAURA MARCELA SANABRIA
DEMANDADO	NACION-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y OTROS
MEDIO DE CONTROL	REPARACIÓN DIRECTA
ASUNTO	FALLO DE PRIMERA INSTANCIA

Agotado el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a dictar sentencia en el proceso de **REPARACION DIRECTA** iniciado por **LAURA MARCELA SANABRIA GARZÓN, ERIC ROBERTO GUTIERREZ RAPALINO** en contra de la **NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA- SECRETARÍA DE SALUD, HOSPITAL DE UBATE.**

## 1.1. LA DEMANDA

### 1.1.1. PRETENSIONES

*“(...) PRIMERA: declarar que los demandados son solidariamente responsables de los daños causados a los demandantes con la muerte de Santiago Gutiérrez a que se refieren los hechos de la demanda.*

*SEGUNDA: Como consecuencia de la anterior declaración, condenar a los demandados al pago, a cada uno de los padres del niño muerto, del equivalente al precio de cien (100) salarios mínimos legales mensuales como indemnización del daño moral sufrido.*

*TERCERA: Ordenar que las anteriores sumas devengan intereses de mora a partir de la ejecutoria de la sentencia.*

*CUARTA: Condenar en costas a los demandados. (...)*”

**1.1.2.** los **HECHOS** sobre los que se basa su petición son los siguientes:

**1.1.2.1** El 11 de marzo del 2014, en horas de la noche, fue remitida del hospital de Simijaca al de El Salvador de Ubaté, Laura Marcela Sanabria Garzón, gestante primípara “con cuadro clínico de 6 horas de sangrado vaginal moderado, asociado

a dolor tipo contracción, embarazo de 38.3 semanas”, (urgencias hospital El Salvador)

**1.1.2.2** El control prenatal en el hospital de Simijaca, hasta la remisión al de Ubaté, estuvo dentro de los límites normales.

**1.1.2.3.** La paciente ingresa al hospital El Salvador a las 22 +15 horas del 11 de marzo del 2014, “con sangrado vaginal”. La “impresión diagnóstica” es “embarazo 39.4 semanas” (historia clínica de urgencias).

**1.1.2.4.** Al día siguiente por orden del hospital, le practicaron una ecografía obstétrica y allí dieron la siguiente “OPINIÓN: 1: EMBARAZO DE 35 SEMANAS 2 DÍAS (+/-2.6 SEMANAS).

2: VITALIDAD FETAL SATISFACTORIA”. Según la “opinión 1” faltaban todavía unas 2.6 semanas para el parto.

**1.1.2.5.** Este dictamen fue errado porque la señora, según lo dicho en la historia clínica y la situación en que iba tenía el tiempo de gestación requerido para dar a luz: 38 a 39 semanas.

**1.1.2.6.** Tal dictamen hizo que los galenos se demoraran en atender el parto, lo que conllevó finalmente la muerte del neonato.

**1.1.2.7.** La gestante siguió agravándose, por lo cual, el día 13 de marzo la ingresan a cirugía para “cesárea de urgencia”; a esta hora ya el estado del feto “no es satisfactorio”.

**1.1.2.8.** La paciente duró unas 40 horas sin recibir la atención debida para su parto que, según las señales de que da cuenta la historia clínica, eran de alumbramiento inmediato cuando ingresó al hospital.

**1.1.2.9.** Esta demora en atenderla hizo que el estado de salud del feto, que cuando ingresó era “satisfactorio”, pasara, cuando entró para cesárea, a “no satisfactorio”. En ese lapso se deterioró su salud.

**1.1.2.10.** El niño, a quien llamaron Santiago Gutiérrez Sanabria, nació el 13 de marzo en la tarde y pocas horas después murió.

**1.1.2.11.** Según la historia clínica el niño murió porque bronco- aspiró meconio 3, que se presenta cuando ha transcurrido mucho tiempo entre el desprendimiento de la placenta- inicio del parto- y el alumbramiento o culminación de aquél.

**1.1.2.12.** El Hospital El Salvador es una empresa social del Estado, entidad oficial dependiente de la Secretaría de Salud de Cundinamarca; a éste corresponde la vigilancia y control, así como el nombramiento del director del hospital y de consiguiente hay solidaridad por pasiva entre las dos entidades oficiales: el hospital dicho y el Departamento.

**1.1.2.13.** Desde hace varios años mis mandantes viven en unión libre y habían fijado su domicilio en Simijaca.

**1.1.2.14.** Santiago Gutiérrez Sanabria era único hijo de Eric Roberto y Laura Marcela y con su muerte sufrieron especialmente daños morales: el dolor por la muerte de su primero y único hijo.

## **1.2. LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:**

**1.2.1.** Aunque el demandado **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL** contestó la demanda<sup>1</sup>, previo a realizar la audiencia de inicio, mediante auto del 24 de enero de 2018<sup>2</sup>, se revocó parcialmente el auto admisorio en lo que se refiere a la admisión de la demanda en contra de la NACIÓN-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y se ordenó vincular al demandado E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATÉ.

Lo anterior teniendo en cuenta que pese a que se demandó al E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATÉ este despacho no se había pronunciado sobre el mismo y aunque el apoderado de la parte demandante manifestó específicamente en la subsanación de la demanda que no estaba demandando a la NACIÓN-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL la demanda se admitió en contra de esta entidad.

**1.2.2.** El apoderado de **DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA** se opuso a que se responsable a mi representado; en razón a que el Departamento de Cundinamarca- Secretaría de Salud, no es prestador de servicios de salud y no existe nexo causal entre las funciones del ente territorial y los daños ocasionados

---

<sup>1</sup> Folios 41 a 54 del c1.

<sup>2</sup> Folio72 del c1.

con la presunta falla en el servicio, toda vez que La ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE, se encuentra definida en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993 así: "... (ii) que el objeto de estas Empresas es la Prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado, o como parte del servicio público de seguridad social; (iii) que estas Empresas constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada creada por el Legislador en virtud de las facultades que le confiere el artículo 150, numeral 7; (iv) que son entes que no pueden confundirse y se diferencian claramente de los establecimientos públicos, ya que la ley 489 de 1998, al definir en el artículo 38 la integración de la rama ejecutiva del poder públicos, incluyó dentro de ésta a las Empresas Sociales del Estado, reconociéndoles una categoría diferente a la de los establecimientos públicos; (v) que estas Empresas como nueva categoría de entidades descentralizadas y concebidas con un objeto específico definido por la propia ley, de conformidad con los propósitos constitucionales que mediante su existencia persigue el Legislador, se rigen por unas reglas y una normatividad especial; (vi) que la Ley Señala que estas entidades descentralizadas son creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación de servicios de salud, en forma directa; y (vii) que es al Legislador a quien corresponde su creación, por la propia naturaleza de creación legal de estas entidades, y que igualmente se encuentra facultado ampliamente para determinar su estructura orgánica. Sobre la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado, la Jurisprudencia constitucional ha sintetizado que estas: "...son una nueva categoría dentro del catálogo de entidades administrativas del orden descentralizado, que tienen naturaleza, características y especificaciones propias, lo cual impide confundirlas con otro tipo de entidades públicas.

Consecuente con lo anterior, conforme a lo previsto en el artículo 194 de la ley 100 de 1993, la ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE, es un ente independiente y autónomo diferente del Departamento de Cundinamarca- Secretaría de Salud, tiene personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, teniendo capacidad legal y jurídica para ejercer derechos y contraer obligaciones. Así mismo, para comparecer, representarse, defender sus derechos e intereses y responder por sus actuaciones y omisiones. El Departamento de Cundinamarca- Secretaría de Salud, no tiene legitimación en la causa por pasiva para actuar en el proceso por ser ajenos a éste los hechos motivo de la demanda, y, en el caso que se llegare a probar que la ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE, fue negligente en la prestación del servicio, sería ésta la entidad responsable de la indemnización y no el Departamento de Cundinamarca- Secretaría de Salud.

Propuso como **excepciones** las siguientes:

<b>TITULO</b>	<b>CONTENIDO</b>
<b>INEXISTENCIA DEL DAÑO Y COBRO DE LO NO DEBIDO:</b>	Por cuanto el demandante está reclamando reparación de un daño que no le fue causado por el Departamento - Secretaría de Salud de Cundinamarca, en razón a que como se indicó anteriormente La ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE, es un ente independiente y autónomo diferente del Departamento de Cundinamarca-Secretaría de Salud, tiene personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, teniendo capacidad legal y jurídica para ejercer derechos y contraer obligaciones. Así mismo, para comparecer, representarse, defender sus derechos e intereses y responder por sus actuaciones y omisiones, de ahí que en el caso que se llegare a probar que la ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE, fue negligente en la prestación del servicio, sería ésta la entidad responsable de la indemnización y no el Departamento de Cundinamarca- Secretaría de Salud.
<b>AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LOS PRESUNTOS DAÑOS Y EL DEPARTAMENTO - SECRETARÍA DE SALUD</b>	En razón a que como se ha reiterado, acorde con el registro de los hechos narrados por el apoderado de la parte demandante, el Departamento de Cundinamarca- Secretaría de Salud, no tuvo a cargo la prestación del servicio médico, ni estaba a su cargo autorización alguna para la atención médica inmediata que evitara el fallecimiento del menor SANTIAGO GUTIERREZ SANABRIA, cuando era atendido en el HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE el 13 de marzo de 2014, de ahí que tuvo origen en situaciones no atribuibles al Departamento - Secretaría de Salud, toda vez que, como se ha reiterado La ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE, es un ente independiente y autónomo diferente del Departamento de Cundinamarca- Secretaría de Salud, tiene personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, teniendo capacidad legal y jurídica para ejercer derechos y contraer obligaciones. Así mismo, para comparecer, representarse, defender sus derechos e intereses y responder por sus actuaciones y omisiones, de ahí que el Departamento de Cundinamarca-Secretaría de Salud, no es prestador de servicios de salud y no existe nexo causal entre las funciones del ente territorial y los daños ocasionados con la presunta falla en el servicio, por consiguiente, en el caso que se llegare a probar que la ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE, fue negligente en la prestación del servicio, sería ésta la entidad responsable de la indemnización y no el Departamento de Cundinamarca- Secretaría de Salud.
<b>DE OFICIO</b>	Invoco además como excepciones todas aquellas que derivadas de hechos que resulten probados en el proceso, tenga el Despacho a bien reconocer oficiosamente

**1.2.3.** El apoderado de **ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE** se opuso a todas y cada una de las declaraciones y pretensiones planteadas por el demandante por falta de fundamento jurídico y por ser contrarias a la ley.

Se propusieron las siguientes **excepciones**:

TITULO	CONTENIDO
<b>INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL</b>	<p>Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador. El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad.</p> <p>El nexo de causalidad debe ser probado en todos los casos por quien ejerce el derecho de acción, independientemente de si el régimen de responsabilidad aplicable está fundamentado en la culpa o en alguna de las especies de responsabilidad objetiva. El nexo de causalidad a diferencia de la culpa, no admite, por norma general, ningún tipo de presunción. El Consejo de Estado ha superado la discusión sobre la presunción de culpabilidad, de causalidad y de responsabilidad en los</p> <p>regímenes objetivos y actualmente se tiene claro en la jurisprudencia del Alto Tribunal que cuando se está en presencia de un régimen objetivo de responsabilidad no se tiene por existente una presunción de culpabilidad ni de causalidad ni de responsabilidad, sino que es un régimen en el cual el actor deberá probar todos los elementos de la responsabilidad (incluida, por supuesto, la relación causal)</p> <p>El Consejo de Estado, en relación al nexo en reiterada jurisprudencia, debe ser probado en todos los casos. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 2 de mayo de 2002, exp. 13477, se dijo:</p> <p>El accionante también tiene que demostrar en juicio la causalidad adecuada entre el daño padecido y la conducta de riesgo imputada al Estado mediante prueba directa o indirecta, porque la ley no ha señalado en materia de relación</p>

causal ni presunciones legales respecto de las cuales, probado un hecho (s) el legislador infiera su causalidad adecuada, ni tampxo los conocimientos del juez sobre la realidad social lo autorizan para deducir con certeza el nexo de causalidad eficiente y determinante. La prueba del nexo puede ser: a) directa, mediante los medios probatorios que lo representan por si mismo y/o b) indirecta, mediante indicios; este medio de convicción lógico indirecto, requiere de la demostración de unos hechos indicadores que apunten con fuerza el hecho indicado.

En sentencia del Consejo de Estado Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de mayo de 1999, exp. 11169, M. P. Ricardo Hoyos Duque mencionó en apoyo de la doctrina:

En consideración al grado de dificultad que representa para el actor la prueba de la relación de causalidad entre la acción del agente y el daño en los casos en que esté comprometida la responsabilidad profesional, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación causal, se afirma que cuando sea imposible esperar certeza o exactitud en esta materia "el juez puede contentarse con la probabilidad de su existencia", es decir, que la relación de causalidad queda probada "cuando los elementos de juicio suministrados conducen a "un grado suficiente de probabilidad.

Y sobre el mismo aspecto, en sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, 1.º de julio de 2004, exp. 14696.196 Héctor Patino se dijo:

Se observa, conforme a lo anterior, que, tratándose de la relación de causalidad, no se plantea la inversión -ni siquiera eventual- del deber probatorio, que sigue estando, en todos los casos, en cabeza del demandante. No se encuentra razón suficiente para aplicar, en tales situaciones, el citado principio de las cargas probatorias dinámicas. Se acepta, sin embargo, que la demostración de la causalidad se realice de manera indiciaria, siempre que, dadas las circunstancias del caso, resulte muy difícil -si no imposible- para el demandante, la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar. En la valoración de estos indicios tendrá especial relevancia el examen de la conducta de las partes, especialmente de la parte demandada, sin que pueda exigírsele, sin embargo, que demuestre, en todos los casos, cuál fue la causa del daño, para establecer que la misma es ajena a su intervención. En efecto, dadas las limitaciones de la

ciencia médica, debe aceptarse que, en muchas ocasiones, la causa de la muerte o el empeoramiento del paciente permanece xulta, aun para los propios médicos.

Debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos "Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 1.º de julio de 2004, exp. 14696."

La relación causal es exigida como requisito esencial para determinar el vínculo entre el hecho dañino y el daño. Dicha relación causal debe ser probada en todos los casos por el actor si se tiene en cuenta que no existen presunciones del nexo causal.

En el caso de la señora LAURA MARCELA SANABRIA GARZÓN, es de destacar que en el proceso de atención del parto, que termino en un procedimiento quirúrgico como es la cesárea, se realizó de acuerdo al protocolo establecido, con pertinencia, suficiente, integridad y racionalidad técnico científica y la oportunidad debida, conforme a historia clínica el ingreso de la señora SANABRIA GARZÓN, se registró a 23:35, con triage de las 23:48 del 11 de marzo de 2014, y fecha de atención de las 23:51. Ahora bien en cuanto a la impresión diagnóstica, se evidencio embarazo de 38.3 semanas, aclarando que lo especificado de las ecografías como medio diagnóstico no es del 100%. Motivo por el cual se corrobora el cálculo de semanas con la fecha de la última menstruación, además la valoración física de la altura uterina, contando con las semanas mínimas para producirse un parto, pero analizando la valoración inicial de acuerdo al tacto vaginal, se describió así: "cuello posterior permeable con sangrado moderado", por lo tanto en dicho momento no había dilatación, ni borramiento del cuello uterino, motivo por el cual se solicitó monitoria fetal e interconsulta por gineco obstetricia y en las evoluciones médicas, de fecha 12/03/2014 a las 2:00 am, en la que con impresión diagnóstica grava, 1 para 0, embarazo 38,4 semanas y hemorragia del tercer trimestre, motivo por el cual se ordenó ecografía obstétrica; generando seguimiento adecuado y el procedimiento oportuno en la atención de estos (...).

	<p>Es de aclarar que el día 13 de marzo de 2014, a las 10:30 am. Se generó seguimiento, conforme a historia clínica, se realizó tacto vaginal encontrando, dilatación 4 cm, borramiento 80%, se realiza amniotomía, con amniotomo con salida de líquido claro no meconio, y se inicia oxitocina; Dos horas después se realiza una monitoria fetal, en donde se evidencia variabilidad escasa, no desaceleración, acoge dos, y se suspende oxitocina, se hidrata a la paciente y se coloca de cubito dorsal izquierda, posteriormente a los 40 minutos se realiza otro monitoreo fetal, en donde persiste escasa variabilidad frecuencia cardiaca fetal 150 por minuto, y considera el gineco obstetra, pasar a cesárea, conforme al protocolo, evidenciándose el seguimiento constante, con tactos vaginales y monitoreado hasta el momento de la cesárea. Se debe entender a manera de información que el proceso de parto en una Primigestante puede durar desde la primera contracción de 8 hasta 20 horas, motivo por el cual la señora LAURA MARCELA SANABRIA GARZÓN siempre estuvo evolucionada por especialista.</p> <p>Ahora bien con lo indicado anteriormente se infiere que no hay relación nexa causal entre lo sucedido con el fallecimiento del niño de la señora SANABRIA GARZÓN, en cuanto al procedimiento de la cesárea, por cuanto como se reitera se generaron los controles, monitoreo y seguimiento constante y lo ocurrido con su fallecimiento por cuanto el mismo conforme a historia clínica correspondió a un paro cardíaco, por lo anterior solicito prospere la presente excepción.</p>
<b>EXCEPCIÓN DE PRESCRIPCIÓN.</b>	Es preciso establecer como excepción, que en el eventual caso, que se encuentre que repararse daño alguno de quien acciona, se ha de tener en cuenta el fenómeno jurídico de la prescripción, en favor de cualquiera de las demandadas. La presente excepción de prescripción se propone, sin que con ello se reconozca derecho alguno al demandante.
<b>OTRAS EXCEPCIONES QUE EL FALLADOR ENCUENTRE PROBADAS.</b>	Es preciso solicitarle a su Señoría, el dar aplicación integral a lo preceptuado en el segundo inciso del artículo 187 del Código De Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, el cual reza: En la sentencia definitiva se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquiera otra que el tallador encuentre probada (...).

### 1.3. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

**1.3.1** El apoderado de la parte **DEMANDANTE** en el presente caso existe dentro del análisis de las pruebas existieron varios hechos que fueron comprobados y los relaciono así:

1. Después de haber analizado los documentos aprobados y después de haber oído el análisis del perito se concluye que el recién nacido aspiró líquido amniótico meconiado, la aspiración de ese líquido amniótico meconiado a pesar de que el experto no le da una explicación eso comprueba que existió una falla. Un niño que es atendido a su debido tiempo y en las debidas condiciones no tiene por qué aspirar líquido amniótico meconiado.

2. Existió una falla en el servicio después de que el niño nace y al nacer y encontrarse esta dificultad tubo que ser entubado y la entubación no fue hecha por el profesional adecuado, en los registros se informa que fue hecha por un anestesiólogo, no apareció el pediatra que fue quien debió realizar el procedimiento y como fue descrito por la experta en mejores manos hay mayor probabilidad de vida y el procedimiento no fue realizado por las mejores manos porque fue hecho por un anestesiólogo profesional que se especializa y estudia para otro tipo de casos, no para entubar un menor de edad.

3. A las 15:10 en el momento en que comienza el nasciturus a presentar problemas no está presente un pediatra que lo reanime por lo tanto hubo una falla medica en el diagnostico porque el niño respiró líquido amniótico meconiado y a pesar de haber respirado líquido amniótico meconiado el menor pudo haber tenido mayor probabilidad de vida si era atendido por el profesional especializado, al no haber sido atendido por ese profesional especializado es que el niño muere y por eso la falla en el servicio y aquí estamos por este específico caso que nos ocupa.

**1.3.2.** El apoderado del **HOSPITAL DE UBATE** señala que durante el trascurso del proceso no se logró demostrar que la ESE HOSPITAL SALVADOR DE UBATE incurriera en falla en el servicio al contrario se le brindo en el caso de la señora Laura Marcela Sanabria Garzon un procedimiento de atención y quirúrgico adecuado al protocolo establecido con pertinencia, suficiencia e integridad y racionalidad, teniendo en cuenta la parte científica y la oportunidad de vida se logró evidenciar conforme historia clínica de la señora Sanabria Garzon que el 11 de marzo a las 11:35 de la noche ingreso al Hospital Salvador de Ubate con un triage de 11:48, esto es casi 8 minutos desde que ingresó y fue atendida a las 11:51 en un tiempo recibido entre ingreso y atención aproximado máximo de 14 minutos, igualmente como se evidencia en la historia clínica, se generaron, impresión diagnóstica, valoración física de altura intrauterina, monitoreo fetal I del cual como se evidencia, dicha monitoría fetal fue realizada el 12 de marzo, no a las 2 de la tarde sino a las 2 de la mañana con la cual obviamente la impresión diagnóstica graba obviamente 38.4 semanas, una hemorragia de tercer trimestre,

motivo por el cual se le rodene la ecografia osbtetrica genrando un seguimiento adecuado y un procedimiento oportuno en la atencion de estos casos.

Así como lo indica la perito el dia 13 de marzo a las 10:00 am se genero el seguimiento conforme historia clinica se realizo un tacto vaginal encontrando una dilatacion de 4 cm, quiere decir que desde que ingresó hasta el 13 de marzo a las 10:30 de la mañana esta persona no habia ingresado obviamente con trabajo de parto y de inicio como lo indica tambien la perito no se puede iniciar con una cesarea sino que se tiene que iniciar con un trabajo de parto y ese trabajo de parto genera un tiempo si, mas tratandose de una persona que es primigestante en el cual obviam,ente en el tiempo de dilatacion pues se demora mas de 20 horas o mas de 40 horas como tal y ese mismo 13 de marzo alas 10:30 se encontró la dilataciond e 4 cm y borramientod e 80 y se realizo la miotomia que fue exactamente como nos la explico la perito y que obviamente es la mas especializada para el tema.

Despues de realizar la monitoria fetal II , una sgeunda monitoria donde se evidencia la viabilidad escasa se suspenmde la oxitocina, s ehidrata al paciente y se coloca obviamente en cubito dorsal posterior druante 40 minutos en una tercera monitoria fetal esto loq eu nos explica es lo siguiente:

El procedimiento y los protocolos que llevó el Hospital Salvador de Ubate a la señora Laura Marcela fueron los adecuados, se generó unas monitorias constantes, no se dejo a la deriva, se mantuvo obviamente con monitoria fetal y en el momento en que la persona ya se vio, de acuerdo con los exámenes que no podía seguir con su procedimiento natural, se procedio obviamente a suspender la oxitocina y se generó el procedimiento de cesarea.

Ahora bien, indicado con lo anterior no se infiere una relacion nexos causal entre lo sucedido con el fallecimiento del niño de la señora Sanabria Garzon en cuanto al procedimiento de la cesaria, por cuanto como se reitera se genero los controles y monitoreos de seguimiento constante, es de aclarar obviamente que mientras ella estuvo en las instalaciones se tomaron todas las medidas de seguridad necesarias para preservar la vida y la integridad de ella y del bebe y de lo cual obviamente no se desestimo en ningun momento el nexos causal, hay que tener en cuenta que aparte obviamente del dictamen pericial proferido por la especialista en la universidad Nacional tambien se tiene que tener en cuenta el dictamen peicial que se aportó por parte de gobernacion en al cual se analizó otras características a parte del procedimiento quirurgico y es que para realizarle el nexos de causalidad hay que verificar unas cartacteristicas especiales como la accesibilidad,

oportunidad, la seguridad en la atención brindada, la pertinencia, la continuidad, respecto a esta clase de procedimientos, conforme a lo mencionado se siguió cada uno de estos principios y más que todo es de aclarar que lo que indica el abogado de la parte demandante que el hospital tuvo una falla en el servicio por cuanto no se contó con pediatría se tienen que analizar por parte de la señora juez junto con lo que indicó muy claramente la perito que no había falla por parte del hospital que si obviamente algunas circunstancias respecto a las aclaraciones que tiene que haber un pediatra pero de acuerdo con la parte de la historia clínica de nacimiento o la UCI neonatal, el bebé de la señora Sanabria nació el 13 de marzo de 2014 a las 3:15 de la tarde e ingresó a la UCI neonatal de acuerdo con esa historia a las 3:30 quiere decir que se demoró 15 minutos, no 30, no 40 minutos y es evidente que no se tenía en su momento el pediatra en el parto pero se contó con un médico entrenado con intervención de un anestesiólogo, que la demora en el traslado a la UCI fue de 15 minutos y que en la UCI ya se encontraba el pediatra para atender el caso pero lamentablemente murió, literalmente se está hablando de un procedimiento de constante monitoria, de los exámenes que salieron bien, de la miotomía que apareció que tenía un líquido claro y que al 13 de marzo se contaba con una evolución satisfactoria que se desconoce las razones de en qué momento el niño pudo haber meconiado como tal por lo breve solicita se denieguen las pretensiones de la demanda.

**1.3.3.** La apoderada del **DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA- SECRETARÍA DE SALUD** reitera en primer lugar los argumentos esbozados en la contestación de la demanda dirigidos a demostrar que el departamento de Cundinamarca no es enuncetra obligado al pago de los perjuicios morales y patrimoniales reclamados por la parte demandante como queira que concurre la falta de legitimación en la causa por pasiva como se haya demostrado en el expediente.

En segundo lugar, considera importante, no obstante la falta de legitimación en la causa por pasiva, manifestar que coadyuvo los argumentos de defensa esbozados por el apoderado del Hospital El Salvador de Ubaté en el sentido de que tal como se vislumbra en el informe rendido por la perito profesional en medicina para este caso no se encuentra ni se haya demostrado que el tratamiento que se le haya dado a la paciente en el Hospital El Salvador de Ubaté haya incurrido en alguna falla en el servicio o irregularidad, por el contrario, ella es contundente y enfática en manifestar que se ciñó a todos los protocolos, que no se evidencia que haya existido falla del servicio como tal.

También en cuanto a lo que afirma el apoderado de la parte demandante para sustentar la falla del servicio como es la absorción de meconio por parte del feto,

tal como, lo drime la perito esto no es una prueba contundente, ni siquiera demuestra de manera contundente que esa haya sido la causa del deceso del menor, por el contrario la profesional manifiesta que la absorción de meconio, casos eventuales puede darse y que no puede tenerse en cuenta como una causa determinante del fallecimiento.

En igual sentido en cuanto a la afirmación que hace el apoderado de la parte demandante en manifestar que no fue atendido por el profesional experto en la materia como lo es el pediatra cabe resaltar también que nos vislumbra que el procedimiento que hayan efectuado los dos profesionales que estuvieron en el momento de la intubación del menor, haya existido alguna irregularidad, por lo menos nos menciona ni el informe de la perito ni en ninguna de sus aclaraciones que ella manifestó, es claro si que ella manifiesta que en todas las intervenciones ella observó un buen tratamiento por parte del hospital a la paciente y al menor, por estas razones y por todas las esgrimidas en la contestación de la demanda solicita que se absuelva al departamento de Cundinamarca.

**1.3.4. El MINISTERIO PÚBLICO** representado por la PROCURADURÍA JUDICIAL 82 no presentó alegatos de conclusión.

## **2. CONSIDERACIONES**

### **2.1. ESTUDIO DE LAS EXCEPCIONES.**

**2.1.1.** En relación con las excepciones **INEXISTENCIA DEL DAÑO Y COBRO DE LO NO DEBIDO y AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LOS PRESUNTOS DAÑOS Y EL DEPARTAMENTO - SECRETARÍA DE SALUD** propuestas por la demandada DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA – SECRETARÍA DE SALUD e **INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL y PRESCRIPCIÓN** propuesta por ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE no gozan de esta calidad, en atención a que los hechos que se aducen como fundamento de la misma, no la conforman, limitándose simplemente a negar o contradecir los supuestos de hecho en que los demandantes sustentan su acción. En este sentido, el término “excepción”, está reservado para aquellos únicos casos en que tal instrumento de defensa, se traduce en la acreditación de hechos y razones distintos, encaminados a excluir, enervar o dilatar las pretensiones.

**2.1.1.** La excepción **GENÉRICA o LA INNOMINADA** planteada por ambas demandadas, sólo puede considerarse como un llamado al Despacho para que en caso de encontrar una causal que pudiera enervar las pretensiones de la

demanda, así lo indique, por lo que se tendrá en cuenta, advirtiendo que a la fecha no encuentra ningún motivo que impida proferir una decisión de fondo en este asunto.

## **2.2. LA RAZÓN DE LA CONTROVERSIA:**

Conforme a lo establecido en la FIJACION DEL LITIGIO, se busca establecer si las demandadas DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA Y HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE deben o no responder por la presunta indebida atención médica prestada a la señora Laura Marcela Sanabria Garzón que trajo como consecuencia la muerte del recién nacido Santiago Gutiérrez.

Surge entonces el siguiente problema jurídico:

***¿Deben responder o no las demandadas DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA Y HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE por la presunta deficiente atención médica prestada a la señora Laura Marcela Sanabria Garzón que trajo como consecuencia la muerte del recién nacido Santiago Gutiérrez?***

Para dar respuesta a esta pregunta debemos tener en cuenta lo siguiente:

Con relación a la responsabilidad por falla médica, el Consejo de Estado ha propendido por la adopción de la Teoría de la carga dinámica de la prueba de manera adecuada, es decir, analizando en cada caso en particular cómo será la distribución de las cargas y qué le corresponderá probar a cada parte, puesto que la manera como ha venido aplicándose la falla presunta ataca el fundamento mismo de la teoría de las cargas dinámicas.

Así las cosas, la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que aquélla resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil (hoy código general del proceso) *-que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado-*, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial.

La carga de la prueba puede definirse como aquella obligación que tienen las partes de demostrar lo afirmado en su demanda o en su contestación, con fundamento en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil (hoy código general del proceso), el cual dispone que *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*.

En desarrollo de la norma procesal antes citada, tenemos en principio que la legislación colombiana establece que es el paciente quien está obligado a demostrar la culpa del profesional de la salud, así como los otros dos elementos de responsabilidad daño y nexo causal entre daño y culpa), si quiere que sus pretensiones sean acogidas.

En estos casos, si el paciente no logra acreditar dentro del proceso que fue imprudente, negligente o imperito el actuar del profesional de la salud, éste último no podrá ser obligado a resarcir los perjuicios alegados.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha cuestionado la presunción de la falla del servicio y ha señalado, en aplicación de la teoría de la carga dinámica de las pruebas, que dicha presunción no debe ser aplicada de manera general sino que en cada caso el juez debe establecer cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia.

En conclusión, siguiendo la más reciente posición de la jurisprudencia, es necesario tener en cuenta los siguientes criterios:

- (i) Corresponderá al demandante probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los cuales le resulte *“excesivamente difícil o prácticamente imposible”* hacerlo;
- (ii) Corresponde al demandante aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los eventos en los cuales le *“resulte muy difícil -si no imposible-...la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”*;
- (iii) En la valoración de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa real del daño;
- (iv) La valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas que presentan alteraciones en su salud, y

(v) el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio<sup>3</sup>.

Quiere decir lo anterior, que cuando se demanda buscando la indemnización de perjuicios que según la víctima del daño se produjeron con ocasión de una actuación u omisión atribuible a autoridades o entidades médicas y hospitalarias por actos médicos o asistenciales, en principio le corresponde al interesado probar los extremos de tal responsabilidad (la existencia del daño y su imputabilidad a la parte demandada, la falla en el servicio médico y el nexo causal entre el daño causado y el servicio prestado).

El **CONSEJO DE ESTADO** reordenó los elementos que configuran la pérdida de oportunidad así:

*“(…) Si bien en la Sentencia 18593 del 2010, proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, se afirmó que la estructuración de la pérdida de oportunidad requería de la certeza respecto de la existencia de la oportunidad perdida, la imposibilidad definitiva de obtener el provecho y la situación potencialmente apta de la víctima para pretender la consecución del resultado esperado, en una reciente decisión la corporación reordenó los elementos de este daño autónomo. (Lea: Precisan diferencia entre **imposibilidad de obtener un beneficio y pérdida de una probabilidad**)*

*En efecto, estableció que, en adelante, los elementos serán los siguientes:*

*- Falta de certeza o **aleatoriedad** del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar: Para la Sala, el requisito de la “aleatoriedad” del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción.*

*- Certeza de la existencia de una **oportunidad**: La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de “una esperanza en grado de*

---

<sup>3</sup> Nota de Relatoría: Sentencia del 22 de abril de 2004, exp.: 14.212 efectuada en providencia del CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERA. Consejera ponente: RUTH STELLA CORREA PALACIO. Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil cinco (2005). Radicación número: 47001-23-31-000-1995-04164-01(14786). Actor: DALILA DUICA DE PEREIRA Y OTROS. Demandado: DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA - HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

*probabilidad con certeza suficiente” de que, en caso de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente.*

*- **Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio** o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima: Si el beneficio final o el perjuicio eludido aún dependen de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual. (Lea: Conozca la figura de daño por pérdida de oportunidad)*

### **Liquidación de perjuicios**

*Además de lo anterior, el fallo también sistematizó algunos parámetros mínimos para orientar a los jueces al momento de fijar la cuantía del daño de pérdida de oportunidad en los casos de responsabilidad médica:*

*- El fundamento del daño sobre el cual se erige el débito resarcitorio radica en el truncamiento de la expectativa legítima, de ahí que su estimación no solo será menor a la que procedería si se indemnizara el perjuicio final, es decir, la muerte o la afectación a la integridad física o psicológica, sino proporcional al porcentaje de posibilidades que tenía la víctima de sobrevivir o de mejorar sus condiciones de salud.*

*- La expectativa se cuantificará en términos porcentuales, teniendo en cuenta que está ubicada en un espacio oscilante entre dos umbrales, esto es, inferior al 100 % y superior al 0 %, ya que por tratarse de una probabilidad no podría ser igual o equivalente a ninguno de los dos extremos.*

*- No es procedente indemnizar la pérdida de oportunidad como un perjuicio independiente que deba ser resarcido por fuera del concepto de perjuicios materiales, inmateriales y daño a la salud, puesto que hacerlo conduciría a desconocer el objeto primordial del instituto de la responsabilidad, esto es, el principio de la reparación integral.*

*- No es procedente indemnizar este daño por el porcentaje de probabilidades que resulten de la acreditación del vínculo causal entre la falla y el daño final.*

- El porcentaje de probabilidades de la expectativa legítima truncada debe establecerse a través de los diferentes medios de prueba que obran en el proceso. No obstante, si no se puede determinar dicho porcentaje, deberá el juez declarar en abstracto la condena y fijar los criterios necesarios para que, mediante un trámite incidental, se realice la cuantificación del perjuicio, o bien, acudir a criterios de equidad.

- Si no es posible fijar científica y técnicamente el porcentaje de probabilidades, la cuantificación del porcentaje se determinará, excepcionalmente, como sucede en otros ordenamientos jurídicos, en un 50 %, el cual se aplicará para la liquidación de los perjuicios materiales e inmateriales (C. P. Ramiro Pazos).<sup>4</sup>

### **PRECISAN DIFERENCIA ENTRE IMPOSIBILIDAD DE OBTENER UN BENEFICIO Y PÉRDIDA DE UNA PROBABILIDAD**

Al resolver un recurso de apelación, el Consejo de Estado precisó que la pérdida de oportunidad consiste en el cercenamiento de una ocasión aleatoria que tenía una persona de obtener un beneficio o de evitar un menoscabo.

Así mismo, sobre esta posibilidad indicó que si bien no es posible asegurar que se hubiese materializado de forma favorable no se puede desconocer que sí existía una posibilidad considerable de haberse configurado.

La Sección Tercera también aseguró que la pérdida de oportunidad, como daño autónomo, evidencia que este no siempre comporta la trasgresión de un derecho subjetivo, sino que la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida mayor constituye un bien jurídicamente protegido.

Además, esta afección genera en forma válida el deber de reparar en cabeza de quien la vulnera, resarcimiento con el que no se pretende reparar el impedimento del resultado final incierto, esto es, el beneficio que se esperaba lograr o a la pérdida que se pretendía eludir, explicó la corporación.

Acorde con lo precedente, advirtió la diferencia entre el daño consistente en la imposibilidad definitiva de obtener un beneficio o de evitar un perjuicio y la pérdida de una probabilidad, asegurando que en el primer caso el objeto de la indemnización es el beneficio dejado de percibir o el perjuicio que no fue evitado y el segundo evento tiene que ver con la pérdida de una probabilidad que, aunque existente, no garantizaba el resultado esperado, pese a que sí abría la puerta a su

---

<sup>4</sup> C. E., Secc. Tercera, Sent. 17001233100020000064501 (25706), Abr. 5/17

*obtención en un porcentaje que constituirá el objeto de la indemnización (C.P. Danilo Rojas Betancourth) (...)"*<sup>5</sup>

## 2.3. ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS PRUEBAS:

**2.3.1** Conforme al material probatorio aportado, se encuentran **probados los siguientes hechos:**

✓ SANTIAGO GUTIERREZ SANABRIA era hijo de LAURA MARCELA SANABRIA GARZÓN<sup>6</sup> y ERIC ROBERTO GUTIERREZ RAPALINO<sup>7</sup>.

✓ El menor SANTIAGO GUTIERREZ SANABRIA nació el 13 de marzo de 2014 a las 15:15 pm<sup>8</sup> y murió ese mismo día a las 23:50 pm<sup>9</sup>

✓ En la Historia clínica de la ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBTAE se realizaron las siguientes anotaciones:

○ El 11 de marzo de 2014 el Centro de Salud de Simijaca remite a la paciente LAURA MARCELA SANABRIA GARZON de 39.4 semanas de gestación con un cuadro clínico de 4 horas de evolución de sangrado vaginal y se diagnostica un Abruption de Placenta<sup>10</sup>.

○ Ingresa el 11 de marzo de 2014 a las 23:35 a la ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE con un cuadro clínico de 6 horas de sangrado vaginal moderado asociado a dolor tipo contracción embarazo 38.3 semanas. Diagnostico principal embarazo confirmado, diagnostico relacionado 1 contracciones uterinas hipertónicas, incoordinadas y prolongadas, diagnostico relacionado 2 otras hemorragias uterinas vaginales anormales específicas. Análisis y plan de manejo de urgencias, conducta ss monitoria fetal (seguimiento por monitoria fetal) e IC por g/o (interconsulta por ginecología y obstetricia)<sup>11</sup>.

○ El 12 de marzo de 2014 a las 8+00 se anota paciente con embarazo de 38.4 semanas, hemodinamicamente estable, sin nuevo episodio de

<sup>5</sup> CE, Sección Tercera, Sentencia 63001233100020030000201 (38047), May. 31/16

<sup>6</sup> Registro civil de nacimiento del menor SANTIAGO GUTIERREZ SANABRIA. (FOLIO 1-C2)

<sup>7</sup> Registro civil de nacimiento del menor SANTIAGO GUTIERREZ SANABRIA. (FOLIO 1-C2)

<sup>8</sup> Folios 1 y 11 del c2.

<sup>9</sup> Folio 34 del c2.

<sup>10</sup> Folio 58 y 59 del cuaderno 3.

<sup>11</sup> Folios 7 y 8 del c3.

sangrado, con fcf (frecuencia cardiaca del feto) positiva de 142 latidos por minuto, msfs (movimientos fetales) positivos, se solicita ecografía obstétrica<sup>12</sup>.

○ El 12 de marzo de 2014 se realiza ecografía en la que se concluye que es un embarazo de 35 semanas 2 días y vitalidad fetal satisfactoria, en cuanto a la placenta se señala que es fundocorporal posterior, sin desprendimientos ni hematomas, la maduración es de II/III, el líquido amniótico es normal en volumen y su aspecto es claro, el cordón umbilical es de 3 vasos<sup>13</sup>.

○ El 12 de marzo de 2014 a las 02+00 se anotó Respuesta a Interconsulta G/O y como enfermedad actual, cuadro clínico de 8 horas de evolución consistente en actividad uterina irregular asociado a sangrado vaginal escaso, no fétido, niega aminorrea, movimientos fetales presnetes. Se anota como frecuencia cardiaca del feto 138 latidos por minuto.<sup>14</sup>

○ La siguiente anotación es del 13 de marzo de 2014 a las 10+30 Nota ginecológica y obstetricia se realiza tacto vaginal encontrando cuello en D: 4cm. Borramiento: 80%, se realiza amniotomía, con amniotomo salida de líquido claro, no meconio, se inicia oxitocina a 2m<sup>15</sup>.

○ El mismo 13 de marzo de 2014 se hace otra anotación ginecológica obstetricia a las 12+30, se realiza monitoria fetal que evidencia variabilidad escasa, no desaceleración, acoge II (se suspende infusión de oxitocina y se pasan 1000 cc DAD S) y se ubica a la paciente en decúbito dorsal izquierdo<sup>16</sup>.

○ Ese mismo día a las 13+20 se hace otra anotación de ginecología obstetricia en al que se indica que se revisa trazo de monitoria fetal que persiste con escasa variabilidad, con FCF de 150 latidos por minuto, Acoge II, se considera estado fetal no satisfactorio, motivo por el que se decide pasar a la paciente a cesárea<sup>17</sup>.

---

<sup>12</sup> Folio 32 del c3.

<sup>13</sup> Folio 34 cuaderno 3.

<sup>14</sup> Folio 39 del c3.

<sup>15</sup> Folio 37 del c3.

<sup>16</sup> Folio 37 del c3.

<sup>17</sup> Folio 37 del c3.

○ En la evolución del 14 de marzo de 2014 se anotó fecha de nacimiento 13 de marzo de 2014 15+15, fecha de defunción 13 de marzo de 2014 23+50pm, cesárea por sufrimiento fetal agudo y estado fetal insatisfactorio, nace meconiado grado III, impregnación onfalo y uñas, nace en paro cardiorrespiratorio, requiere reanimación cardiocerebropulmonar, intubación, trasladado a UCI, cianótico, pálido, hipotérmico, se coloca en ventilación mecánica con desaturación persistente, presenta luego paro cardíaco No. 2 maniobras de reanimación cardiocerebropulmonar avanzada, animación adrenalina, con acidosis metabólica severa, se aplicó bicarbonato, no responde a maniobras fallece a las 23+50pm 13 de marzo de 2014, presento abundante sangrado por TOT Y SONDA OROGÁSTRICA<sup>18</sup>

✓ En el acta de reuniones del Hospital el Salvador de Ubaté se anotó “3-11) La Jefe de enfermería Sandra Poveda se hace presente por parte de la UCI. Con la doctora Poveda Ana Lucia, quien presenta el caso de la mortalidad de hijo de Laura Sanabria Garzón con hc 10733833694-1 de cafan, después de un amplio y detallado análisis se concluye que el caso era prevenible; falta el análisis del trabajo de parto por el hospital. Se sugiere que el caso debe ser analizado por un comité adohc (...)”

✓ En el control de dictamen la **perito Carmen Doris Garzón Olivares** manifiesta que “la conclusión es acerca de la atención, manifiesta que es atendida en menos de una hora y valorada por el especialista se solicitan pruebas para ver el bienestar fetal, que es la que encuentra marcada, la cual a pesar de que no es reactiva, no tiene un significado ominoso porque tiene todas las variables en términos generales dentro de lo que se considera normal, podría corresponder a un feto que está en un periodo de sueño o bajo efectos de sustancias para el dolor, ella es hospitalizada lo que corresponde a lo que se debe hacer.

Al día siguiente se hace una ecografía para comprobar no solo el crecimiento o edad gestacional sino el feto respira, tiene buen líquido, se mueve, como está la placenta que eso indicadores de bienestar fetal, es informado como normal, en general estaba en un embarazo a término, ese día se hizo el examen, estuvo en observación, se hacen anotaciones de al fetocardia en al mañana, tarde y noche.

Al día siguiente se hace una de las monitorias, que por la hora pareciera corresponder a lo que el ginecólogo pide, esa monitoria ya presenta una línea de base que está en límites normales pero con una variabilidad que está muy disminuida, casi ausente, pero sin desaceleraciones de ningún tipo, en ese

---

<sup>18</sup> Folio 22 del c3.

momento deciden hacer una amniotomía, ruptura artificial de las membranas amnióticas para mirar el líquido, el líquido en general es blanco, es trino, solo se tiñe de meconio y muchas veces se ha correlacionado con procesos de disminución de oxígeno para el feto. En este caso una de las cosas que se puede hacer para comprobar si se puede seguir con un parto vaginal, con una monitoria que a pesar de no tener parámetros absolutamente normales, tampoco nos habla de que no podría hacerse un parto vaginal, al tener ese líquido claro es una demostración de que el niño estaba bien y por eso intentan la siguiente hora de reforzar ese trabajo de parto que había iniciado días antes con oxitocina, realmente la infusión de oxitocina la pusieron como una hora y media máximo dos horas.

Después hacen un nuevo monitoreo para ver si con contracciones regulares el estado fetal, hay otra monitoria también sin marcar que sigue presentando una línea de base en límites normales, pero sin variabilidad como al anterior solo que en estas se veían pequeñas pérdidas de línea de base que es lo que se considera como desaceleración. Entonces en ese momento deciden suspender todo, se hacen maniobras que son las que se usan, poner de cubito lateral la paciente, ponerle oxígeno, quitaron la oxitocina, pasaron líquidos y pidieron una sala para desembarazar por cesárea, suponiendo que el feto no respondía adecuadamente a las contracciones de un trabajo de parto, lo catalogaron como sufrimiento fetal desde ese momento que se suspende hasta el momento que al desembarazan, que es como de la 1:20 o 1:40 a las 3:10 pm, no hay anotaciones de líquido amniótico, cuando reciben el producto de la concepción, el recién nacido a las 3:10 ya refieren que esta con un meconio espeso, lo cual se supone que debió pasar entre 10:30 y 3:00 de la tarde, no se sabe el momento porque nunca hay esa anotación.

El niño es recibido por lo que se ve en la hoja de neonatos por un médico general y el que realiza la entubación cuando el recién nacido hace paro es el anestesiólogo, pero la persona más adecuada para una reanimación en un sufrimiento fetal agudo no estaba en la sala que era el pediatra o pediatra neonatólogo, había un pediatra a cargo de la unidad de cuidado intensivo de recién nacidos, que es donde después es trasladado y donde finalmente fallece hacia la media noche de ese día.(...)

El meconio está hablando de que el intestino del nene empieza a vaciarse y se ha relacionado con proceso de disminución del oxígeno, ahora lo que no podemos afirmar es que en el 100% de los casos se da, ni tampoco puede uno decir que cuando hay meconio es igual a muerte fetal porque tampoco es cierto. Hay recién

nacidos que han tenido sufrimientos crónicos, es decir, que tienen una cantidad de oxígeno que empieza a ser disminuida para sus necesidades y que casi siempre se relacionan con el crecimiento fetal, estos niños pueden generar algo de meconio que es un tinte muy clarito y son niños que nacen como con ese tinte verdoso en su piel pero que nunca le significo que pudiera atentar contra su vida.

En este caso, ese meconio que describen tan espeso y tan abundante, se ve por lo que describen en la fotocopia de la necropsia, que estuvo como llenando la vía aérea del recién nacido, el recién nacido respira por así decirlo dentro de su líquido amniótico, cuando hay dificultad en la cantidad de oxígeno que recibe, entonces hay cosa que el empieza a hacer como que empieza a disminuir su respiración y sus movimientos para tratar de conservar ese oxígeno que está disminuido en los órganos que son más esenciales como cerebro, corazón, entonces empieza a aquietarse pero claro cuando el recién nacido se obtiene ya sea por vía vaginal o abdominal es cuando empieza a aspirar el aire que hay en el ambiente pero todo lo que está dentro de su boca y sus fosas nasales puede aspirarse e ir y viajar hasta el árbol bronquial y dependiendo de lo grueso y la cantidad puede taponar este árbol respiratorio.

Ahora, habría y por eso es importante la descripción completa de lo que es la necropsia, porque es que nosotros tenemos a partes de lo que ellos refieren que pusieron en una diapositiva, pero no figuraba el informe de necropsia (...)

Realmente se supone si la contracción que es lo que hace que esa monitoria se altere, se suspende esa contracción, no se pasa más oxitocina debería poder esperar porque el niño no está sometido a más contracciones, ahora habría que ver que más cosas podrían sacarse de un protocolo de necropsia que no tenemos para ver porque este niño resistió menos que lo que resistiría el normal de ellos niños.

La reserva placentaria es muy de cada embarazo, si usted ve las contracciones lo que hacen es que cierran la cantidad de oxígeno de circulación que llega al niño peor el tiene la suficiente reserva de aguantar esa falta de oxígeno mientras descansa de la contracción sin que haga sufrimiento o fallezca, el porque este niño no lo resistió ese periodo que supuestamente ya no tenía contracciones no lo podría yo explicar, habría que ver si hay alguna otra cosa en la necropsia que no esté evidente, que pudiera servirnos para ese análisis.

La otra razón por la que decía que era importante la opinión de un neonatólogo o de un pediatra es porque en esas fotocopias de la necropsia que se ve, hablan de

neumonitis y hablan de funisitis que son procesos inflamatorios del pulmón y del cordón del recién nacido, sería importante la opinión de un neonatólogo respecto a estos hallazgos porque como médico podría explicar la neumonitis por la reacción inflamatoria química de tener meconio dentro el pulmón pero la funisitis no la explico, entonces por eso pienso que el concepto de un pediatra sería adecuado. Además, el concepto de un pediatra porque lo que tengo entendido es que cuando uno opera por un feto que está en cualquier situación de sufrimiento debe estar el mejor personal para atenderlo. (...)"

✓ En el control del dictamen del **perito Víctor Mauricio García Barriga** llego a la conclusión de que "la historia clínica es clara, las notas de los especialistas que vieron a la paciente y al bebé, y las notas de enfermería son concordantes en tiempo y en sentido lógico de los actos que se tomaron, no evidencio momentos de descuido de la paciente o no valoraciones oportunas , que se realizaron las monitorias adecuadas para verificar el bienestar fetal, que no hubo ninguna evidencia de abrupto de placenta o desprendimiento de placenta, el nacimiento fue realizado en una forma correcta por una cesárea, por un ginecoobstetra y el bebe fue manejado también en forma adecuada, se hospitalizó, se le dio el manejo correcto, incluso, se le colocó un ventilador especial que es un ventilador de alta frecuencia que no esta disponible en todos los niveles de atención y era el adecuado para el paciente. También se pensó en colocar dióxido nítrico que es otro tratamiento pero ese si es más difícil de conseguir pero al estar en alta frecuencia no era trasladable, el pediatra que atendió al bebé supo la gravedad del caso y supo que existían otros procedimientos terapéuticos pero que no estaban disponibles en ese momento, entonces juzgo que la atención que se le prestó al bebe fue adecuada, oportuna y el fundamento de la inconformidad era sobre que lo lleva a la muerte, si fue un proceso asfíctico, si era prevenible, si no se actuó a tiempo, pero es claro que el niño se pasó a cesárea a la mamá para que naciera el bebe, en un momento adecuado, cuando se identificó que había sufrimiento fetal en la ecografía fue rápido el procedimiento, el paciente tiene una evolución mala y termina desafortunadamente termina falleciendo, sin que quedara clara la causa, podía ser una asfixia, podía ser un abrupto de placenta, muchas otras cosas, pero afortunadamente la patología se hizo.

En la patología, el análisis de la placenta del cordón y del bebe identifica una infección, la infección que tiene es claramente la causa del deterioro clínico y el fallecimiento del bebe, esa infección no es una infección clínica, es decir, no significa que haya tenido signos de infección, aunque si fueron buscados en las historias clínicas y ahí figura que se identificó que el flujo que tenía la madre no fuera fétido, que no tuviera fiebre, se tomaron exámenes oportunos, pero

desafortunadamente la funisitis es una infección del feto y de las membranas que puede pasar totalmente desapercibida tanto por la mamá porque no manifiesta ningún síntoma, como por los médicos que no se puede identificar ningún signo clínico de infección, ni laboratorios, es propia de la infección intrauterina y no siempre esta relacionada con ruptura de membranas o corionitis o alguna infección , desafortunadamente esta patología no es de fácil diagnóstico y su curso lleva a un proceso asfíctico y a la muerte como en este caso. (...)

Resulta que uno siempre piensa que un bebé cuya mamá no tenga ningún factor de riesgo identificado debería nacer sin infección, que factores de riesgo se identifican por ejemplo que la mamá tenga fiebre, que la mamá tenga infección urinaria, escalofríos, dolor de abdomen, que haya hecho una ruptura de membranas , consiste en que el bebé está dentro de una bolsa, esta bolsa esta siempre cerrada, entonces si se llegan a salir, lo que llaman salida de aguas entonces saldría el líquido a través de la vagina que es el líquido donde el bebé está nadando y eso implicaría una ruptura de la seguridad inmunológica porque las bacterias que normalmente están en el conducto vaginal podrían ascender y entrar en la cavidad uterina y afectar al bebé.

Eso era lo que uno pensaba hasta hace unos años en que se identificó que la mamá podía tener una infección de la unidad fetoplacentaria o sea dentro de su útero, podría venir infectado el bebé sin que se manifestara clínicamente, entonces el bebé nace y se puede comportar de una forma anormal, nace y se presenta un cuadro como de asfixia, con dificultad para respirar, un curso clínico que es inadecuado. En este caso, específico por ejemplo el bebé antes de nacer había estado muy estable pero en una monitoria cuando la mamá esta ya cercana a su parto, el bebé ya manifiesta signos de que estaba en sufrimiento, eso indica que el bebé no está en condiciones adecuadas, porque un bebé normal toleraría un trabajo de parto y un nacimiento, pero si el bebé viene ya con una infección adquirida dentro de la cavidad uterina el bebé no se va a poder adaptar ni al trabajo de parto, ni a la vida extrauterina, en tal caso hay que actuar rápidamente colocar antibióticos, ofrecer ventilación mecánica, cuidado intensivo, todo lo que se le ofreció al bebé.

Se busca identificar errores de diagnóstico, porque no se diagnosticó antes, pero resulta que este tipo de infecciones son por gérmenes que no siempre son los gérmenes usuales de infección, las bacterias que nosotros conocemos, hay unos que son gérmenes atípicos, estos gérmenes atípicos ni siquiera crecen en los cultivos normales pero si pueden tener un curso muy grave sobre el bebé y llevarlo a la muerte, de ahí viene la importancia del estudio anatomopatológico ya que

como le explico, nadie se pudo dar cuenta, ni siquiera la mamá, ni el ginecobstetra que hay este tipo de infección y solamente a través del análisis histológico de los tejidos de la placenta y del cordón umbilical se pueden identificar estos signos de infección, en este caso se cuenta con el análisis anatomopatológico de la placenta que identifica claramente que existía este proceso.(...)

Si la necropsia afirma que hay meconio, el meconio es al deposición del bebe, el hecho de que haya meconio en la vida aérea indica, primero, que eso puede causarle una inflamación a los pulmones, pero también que exista ahí, indica que el niño venía en asfixia, el niño estaba en un proceso de sufrimiento previo ya al meconio, eso fue lo que lo hizo aspirar al meconio, porque para que exista meconio debe haber una razón los bebes normalmente no hacen deposición antes de nacer, entonces en este caso la hizo y la causa generalmente es asfíctica porque hizo la asfixia según la evidencia que hay anatomopatológica, fue por la infección de la placenta y del cordón, obviamente también se identificó una infección en el pulmón que indica que era una infección sistemática tanto del bebe como de la placenta, si pudo haber tenido un curso de inflamación de los pulmones por la presencia de la deposición pero también asociado a la infección que tenía el bebe, entonces si es un factor contribuyente. (...)

Esto surgió a raíz de casos como el que estamos analizando en este momento, de niños que llegaban a término sin evidencia de asfixia, sin evidencia de infección, que nacían en muy malas condiciones y se morían, entonces se empezó a investigar porque razón está sucediendo esto si no tendría ni siquiera porque estar enfermo ese bebe, pues era un bebe a término, en un trabajo de parto normal. Entonces se encontró la evidencia de este tipo de infecciones que desafortunadamente pasan desapercibidas, el niño ya nace con una infección severa, lo cual para uno normalmente no es una situación lógica porque razón un niño va a nacer con una neumonía si está dentro de la mamá y la mama no está supuestamente infectada, entonces se determinó este tipo de agentes, que son agentes de infección Inter amniótica, afectan al feto antes del nacimiento, sin que la madre tenga clínica, entonces sí desafortunadamente el hacer todo bien no garantiza el resultado peor el no hacerlo bien si puede generar responsabilidades y dentro de lo que yo analice, no vi que eso haya pasado. (...)"

**2.3.2.** De conformidad con lo anterior la respuesta a nuestro interrogante *¿Deben responder o no las demandadas DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA Y HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE por la presunta deficiente atención*

***medica prestada a la señora Laura Marcela Sanabria Garzón que trajo como consecuencia la muerte del recién nacido Santiago Gutiérrez?***

Revisado el material probatorio observa el despacho, que en el presente caso fueron aportados dos dictámenes periciales: el primero realizado por la Ginecóloga Carmen Doris Garzón Olivares con respecto a la atención prestada a la señora Laura Marcela Sanabria Garzón y el segundo por el pediatra neonatólogo Víctor Mauricio García Barriga en cuanto a la atención médica prestada al recién nacido.

En el primer dictamen, la Ginecóloga Carmen Doris Garzón Olivares concluyó que no existió falla en la prestación del servicio médico de la señora Laura Marcela Sanabria Garzón pues fue atendida dentro de los tiempos establecidos y de acuerdo al protocolo médico.

En cuanto a la atención médica prestada al recién nacido, manifiesta que es necesario tener la necropsia completa para saber por qué este niño no resistió, pues normalmente cuando se suspende el trabajo de parto y, por ende, las contracciones, el niño debería poder esperar a que desembaracen a la madre, sin que haya sufrimiento fetal o muera; indica que habría que revisar si hay alguna otra cosa en la necropsia que no sea evidente y que haya producido estos resultados.

Así mismo, señala que es necesario conocer la opinión de un neonatólogo o de un pediatra por que en los apartes de la necropsia que conoció se habla de neumonitis y funisitis que son procesos inflamatorios del pulmón y del cordón del recién nacido; que la neumonitis se podría llegar a explicar por el meconio que aspiró, pero la funisitis no sabría explicar por qué.

En el segundo dictamen, el pediatra neonatólogo Víctor Mauricio García Barriga, concluye que la atención médica prestada fue oportuna y diligente pues no evidenció momentos de descuido de la paciente o que no se hayan realizado las valoraciones oportunas; que no hubo ninguna evidencia de abrupto de placenta o desprendimiento de placenta; que el nacimiento fue realizado en una forma correcta por una cesárea, por un ginecoobstetra y el bebe fue manejado también en forma adecuada, se hospitalizó y se le dio el manejo correcto.

No obstante, señala que en la patología, en el análisis de la placenta y el cordón del bebe se identificó una infección, que es la que causa el deterioro clínico y el fallecimiento del bebé; que la funisitis es una infección del feto y de las membranas que puede pasar totalmente desapercibida tanto por la mamá porque

no manifiesta ningún síntoma, como por los médicos, que no se puede identificar ningún signo clínico de infección, ni laboratorios, que es propia de la infección intrauterina y no siempre está relacionada con ruptura de membranas o corionitis o alguna infección, indica que desafortunadamente esta patología no es de fácil diagnóstico y su curso lleva a un proceso asfíctico y a la muerte como en este caso.

Manifiesta el perito que la investigación surgió a raíz de casos como este, de niños que llegaban a término sin evidencia de asfixia, sin evidencia de infección, que nacían en muy malas condiciones y se morían, entonces se empezó a investigar por qué razón estaba sucediendo, pues era un bebé a término, en un trabajo de parto normal y se encontraron este tipo de infecciones que desafortunadamente pasan desapercibidas. El niño ya nace con una infección severa, no era una situación lógica que el niño naciera con neumonía si está dentro de la mamá y la mamá no está supuestamente infectada; se determinó este tipo de agentes, que son agentes de infección Inter amniótica, afectan al feto antes del nacimiento, sin que la madre tenga clínica.

En este caso, en la necropsia afirma que si había meconio, el meconio es la deposición del bebé; el hecho de que haya meconio en la vía aérea indica, primero, que eso puede causarle una inflamación a los pulmones y segundo que el niño venía en asfixia, el niño estaba en un proceso de sufrimiento previo al meconio, eso fue lo que lo hizo aspirar al meconio, porque para que exista meconio debe haber una razón, los bebés normalmente no hacen deposición antes de nacer, entonces en este caso la hizo y la causa generalmente es asfíctica porque hizo la asfixia según la evidencia que hay anatomopatológica, fue por la infección de la placenta y del cordón, obviamente también se identificó una infección en el pulmón que indica que era una infección sistemática tanto del bebé como de la placenta.

Así las cosas, es evidente que no se logró demostrar la responsabilidad de las demandadas y por ende, las pretensiones de la demanda deberán ser denegadas.

#### **2.4. CONDENA EN COSTAS**

La condena en costas la adopta el juez teniendo en cuenta la conducta de la parte vencida en el proceso, pues no es una regla de aplicación forzosa y general.

El artículo 188 del CPACA no obliga al juzgador a condenar en costas indefectiblemente sin que medie una valoración de la conducta de la parte vencida

en el proceso, dicha norma señala que se debe disponer sobre dicha condena solo en la sentencia que decida el mérito del asunto sometido a debate en el proceso.

Analizado dicho aspecto, este despacho estima que en esta oportunidad **no hay lugar a imponer condena en costas**, debido a que no se aprecia temeridad o abuso de las atribuciones o derechos procesales por las partes. Además, las costas deben aparecer comprobadas, de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 365 del C.G.P, según el cual "*Sólo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación*" situación que no se ha presentado en el caso estudiado.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO TREINTA Y CUATRO (34) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUÍTO DE BOGOTÁ**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y, por autoridad de la Ley,

**FALLA:**

**PRIMERO: Niéguese** las pretensiones de la demanda.

**SEGUNDO: Sin condena en costas.**

**TERCERO: Notifíquese** a las partes del contenido de esta decisión en los términos del artículo 203 del CPACA.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE**

  
**OLGA CECILIA HENAO MARÍN**  
Juez

MSGB

Firmado Por:

**OLGA CECILIA HENAO MARIN**

**JUEZ**

**JUEZ - JUZGADO 034 ADMINISTRATIVO DE LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.-SANTAFE DE BOGOTA D.C.,**

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: **2a0ff5e89a976ccda029559f7d3161538cb16225021f0570bd71e3523fe6d7c9**

Documento generado en 02/03/2021 10:29:42 PM