



**JUZGADO TREINTA Y OCHO ADMINISTRATIVO ORAL
CIRCUITO JUDICIAL BOGOTÁ D.C.
SECCIÓN TERCERA**

Juez: *ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE*

Bogotá D.C., dieciocho (18) de mayo de dos mil veintitrés (2023)

Medio de Control: Reparación Directa
Expediente: 110013336038201500619-00
Demandante: Gloria Esperanza Giral Trujillo y Otros
Demandado: Bogotá D.C.- Secretaria Distrital de Salud –
Hospital de Fontibón y otra
Asunto: Fallo primera instancia

El Despacho pronuncia sentencia de primera instancia dentro del proceso de la referencia, dado que el trámite se agotó en su integridad y no se aprecia ningún vicio que invalide lo actuado.

I.- DEMANDA

1.- Pretensiones

Con la demanda se piden las siguientes declaraciones y condenas:

1.1.- Se declare que BOGOTÁ D.C. - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, al HOSPITAL DE FONTIBÓN E.S.E. y la doctora FERNANDA CAÑAVERAL RODRÍGUEZ, son administrativa y extracontractualmente responsables de los perjuicios causados a GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO y YERSON STIVEN CAMARGO RINCÓN, como consecuencia de la falla en el servicio por la negligente prestación del servicio médico, falta de oportunidad en la atención médica y omisión de atención especializada, lo que desencadenó la muerte de su hija recién nacido.

1.2.- Como consecuencia de lo anterior piden que se impartan las siguientes condenas: i) por daño moral el equivalente a 100 SMLMV¹ para ambos demandantes; ii) por daño fisiológico y daño a la salud la cantidad de 200 SMLMV en favor de GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO; iii) 200 SMLMV a título de daño a la vida de relación o alteración grave a las condiciones de existencia a favor de los demandantes. Al mismo tiempo, piden que se reconozca a favor de la fallecida YULIANA ISABELLA CAMARGO GIRAL la suma de \$64.897.093 M/Cte., por concepto de lucro cesante, y 200 SMLMV por concepto de daño fisiológico o daño a la salud.

1.3.- Se condene a las demandadas al pago solidario de la condena debidamente indexada.

1.4.- Se condene al pago de intereses moratorios.

1.5.- Se condene a las demandadas al reconocimiento y solicitud de perdón y compromiso de no repetición en un acto público.

1.6.- Se condene en costas a las demandadas.

¹ Salario mínimo legal mensual vigente.

2.- Fundamentos de hecho

Según lo reseñado en el escrito de la demanda, el Despacho los sintetiza así:

2.1.- La señora Gloria Esperanza Giral Trujillo quedó en estado de embarazo en noviembre de 2012, y ante esta noticia acudía en compañía de su esposo, el señor Yerson Stiven Camargo Rincón, a los controles prenatales mientras estaba afiliada al SISBEN.

2.2.- Los controles mensuales, las atenciones médicas y las ecografías se las realizaban en la IPS UPA 50 LA MEXICANA en Patio Bonito, en los que siempre se concluyó que la señora Gloria Esperanza Giral Trujillo tuvo una gestación normal, tranquila y sin ningún tipo de riesgo, ya que no se detectó ninguna patología o afectación, por lo que fue programada para parto natural como fecha probable entre los días 10 y 12 de agosto de 2013.

2.3.- El 2 de agosto de 2013, la paciente fue remitida al Hospital de Fontibón ESE, para atención del parto programado una vez iniciara trabajo de parto.

2.4.- El 9 de agosto de 2013, la paciente sintió dolor bajo, muestras de sangrado, e impedimento para caminar, por lo que acudió al Hospital de Fontibón ESE, sitio en el que el vigilante la remitió a facturación y luego de culminar esos trámites, la ingresaron a la sala de control de maternas donde fue atendida por la médica general Fernanda Cañaveral Rodríguez.

2.5.- Aquel día, a eso de las 20:22 horas, la médico anotó *“paciente de 23 años con embarazo de 39.5 sem por ECO de 2do trimestre, G1PO remitida ambulatoriamente desde UPA la mexicana, refiere cuadro de dos días consistente en dolor hipogastrio tipo cólico irradiado a región lumbar con salida de líquido vaginal moderado hace 6 horas”*, a lo que la médico procedió a hacer tacto vaginal de manera brusca, que le produjo sangrado abundante, además, se le indicó a la paciente que el bebé estaba en posición para nacer y la pasó a monitoreo.

2.6.- Se anotó en la historia clínica que la paciente tenía embarazo de 39.5 semanas por ECO, primigestante cursando con parto sin cambios cervicales ni signos de alarma, no se evidenció amenorrea, feto único vivo y se consideró toma de monitoría fetal para definir conducta. No obstante, momentos después, se consideró parto sin cambios cervicales con feto único vivo sin actividad uterina, con adecuado bienestar fetal, la doctora Cañaveral Rodríguez decidió dar salida con signos de alarma y recomendaciones, ingesta de acetaminofén, además, le indicó que reingresara al hospital el 13 de agosto de ese año.

2.7.- El 10 de agosto de 2013, continúan los malestares generales de la paciente, dolores intensos, contracciones uterinas y fiebre; a eso de la 1:00 horas del día siguiente, la señora Gloria Esperanza Giral Trujillo siente que rompe fuente y que sale abundante líquido y sangrado, razón por la que se dirigió de manera urgente al Hospital de Fontibón ESE, al que llegó 40 minutos después, fue atendida por una enfermera quien le indicó que debía sentarse y esperar, sin embargo, al observar el sangrado decidió ingresarla inmediatamente.

2.8.- A las 1:40 horas, dos médicos realizaron tacto vaginal y anotaron: *“EA: paciente con embarazo de 38.6 sem por FUR G1PO consulta por cuadro clínico de 30 minutos de evolución consistente en salida de líquido abundante por genitales asociado a salida de sangre con coágulos desde hace 15 minutos, niega dolor abdominal, niega otros síntomas, refiere movimientos fetales presentes”*. Se concluyó que el feto estaba

vivo y que la paciente cursaba con ruptura prematura de membranas con abrupción de la placenta, se comentó con el Dr. Gari quien decidió pasar como urgencia vital a cesárea.

2.9.- Se le comentó a la paciente que debían realizar cesárea de urgencia porque la bebe tenía la fetocardia muy bajita, y estaba “*muy enfermita*”. La bebé presentó sufrimiento fetal agudo y se decidió a las 2:54 horas practicar el procedimiento quirúrgico. Se anotó el 11 de agosto de 2013 “*Hora de Nacimiento 02:25 RN femenino en reanimación no se conoce peso y talla...*”. La parte demandante afirma que se adulteró la historia clínica al contener serias inconsistencias, como que el alumbramiento se reportó minutos antes de la práctica de la cesárea, errores en fechas y horas, además que no se encuentra el consentimiento informado.

2.10.- Según la historia clínica el 11 de agosto de 2013, a las 7:53 am, se consignó “*DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO paciente quien ingresa a las 02:00 am. con abrupción de placenta 70%, se obtiene RN vivo a las 02:25 peso 3200 talla 49 APGAR 1/10, 1/10, 5/10 quien presento 4 paros cardiorrespiratorios; a las 3:00 am, se le informa al padre que la bebe había nacido muy enferma y que había sido reanimada*”.

2.11.- Se omitió anotar en la historia clínica y en la actuación médico asistencial, la atención pediátrica y el paso de la menor a una unidad de cuidados intensivos, limitándose a dejarla sobre una mesa conectada a un “*ambu*”, no se le brindó la atención mínima pese a que presentaba respiraciones jadeantes, se encontró abandonada en la mesa sin atención médica o de enfermería. El padre de la menor evidenció que la bebé presentaba respiraciones profundas intermitentes sin atención médica, no obstante, a las 5:45 am del 11 de agosto de 2013, se declaró su muerte.

2.12.- La señora Gloria Esperanza Giral Trujillo y su esposo Yerson Stiven Camargo Rincón recibieron consulta psicológica en el hospital, por la crisis que presentaron por el fallecimiento de su hija, en la que expresaron su sufrimiento e impotencia por la atención prestada en el ente hospitalario, y en especial frente a la médico que prestó la atención de urgencias el 9 de agosto de 2013, quien decidió enviarla de nuevo a su casa pese a los ruegos de ellos que no fuera así.

3.- Fundamentos de derecho

El apoderado de la parte demandante señaló como fundamentos jurídicos los artículos 2, 11, 29, 48, 49, 90, 228 y 230 de la Constitución Política, artículo 10 de la Ley 153 de 1887, artículo 40 de la Ley 169 de 1896, artículo 52 de la Ley 1395 de 2010, y las leyes 23 de 1981, 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, el Decreto 1011 de 2006, y las Resoluciones 1043 de 2006, 1446 de 2006, 1441 de 2013, 2003 de 2014, así como el CCA, el CPACA y las demás disposiciones que les sean concordantes, Jurisprudencia y Doctrina acorde con el art 230 de la Carta Magna.

II.- CONTESTACIÓN

2.1.- Bogotá D.C. – Secretaría de Salud

La apoderada de esta entidad contestó la demanda a través de documento radicado el 28 de noviembre de 2016², en el que se opuso a la prosperidad de las pretensiones al considerar que no existe vulneración alguna a los derechos de las víctimas por parte de Bogotá D.C., quien es ajena a los hechos que

² Documento digital “011ContestacionDeLaDemanda” del C2.

motivan el presente asunto, ya que dentro de sus funciones no se encuentra la de ser prestador de servicios de salud y, por ende, no fue la entidad que facilitó la atención en salud a la paciente Gloria Esperanza Giral Trujillo.

Como medio de defensa, propuso las excepciones que denominó:

.- “Inexistencia de la responsabilidad de la administración - Secretaria Distrital de Salud, respecto del daño antijurídico y del perjuicio y daño aducidos por el demandante”: Fundada en que su representada no tuvo ninguna relación con la prestación de los servicios de salud por los hechos demandados, para lo cual destacó las funciones de esa Secretaría y que la ESE demandada es una entidad de carácter público, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que bajo su propia dirección presta servicios de salud a través de galenos que ella misma contrata, sin que el Distrito Capital tenga competencia para interferir en ello.

.- “Inexistencia de la responsabilidad médica atribuible a Bogotá D.C. - Secretaría Distrital de Salud”: Basada en que la responsabilidad patrimonial que aquí se pretende resulta imputable a la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuando omite brindar a los pacientes el cuidado que estos requieren, por ello no resulta ni imputable ni trasladable a la Secretaria Distrital de Salud la responsabilidad.

.- “Falta de legitimación en la causa por pasiva”: Cimentada en que su representada no es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), sino el ente rector del servicio público esencial de salud en el distrito capital; además, por tratarse de hechos ocurridos en circunstancias de tiempo, modo y lugar ajenas a su conocimiento, cualquier responsabilidad estaría alejada de ésta.

.- “Excepción de oficio”: Con la que pide que se declare de oficio cualquier medio exceptivo que resulte probado en el trámite procesal.

2.1.- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (antes Hospital Fontibón ESE).

La apoderada de la entidad demandada contestó la demanda a través de documento radicado el 18 de enero de 2017³, en el que se opuso a la prosperidad de las pretensiones, pues considera que no tienen respaldo probatorio y que los hechos no estructuran los presupuestos para que se declare la responsabilidad estatal, sobre todo porque las pruebas allegadas demuestran que a la señora Giral Trujillo, desde su ingreso al servicio de urgencias del Hospital, se le prestó un servicio de calidad, que se rigió por el criterio médico especializado de forma oportuna y eficiente.

Agregó que la paciente sufrió un abruptio de placenta que es una patología que presenta alto grado de mortalidad tanto para la madre como para el bebé que está por nacer, hecho imprevisible puesto que ni en los exámenes ni en las imágenes diagnósticas, ni en el monitoreo fetal se evidencio un desprendimiento prematuro de placenta, siendo esta una de la principales causas de mortalidad materno infantil, es decir que siendo una condición médica asistencial generada dentro de las labores de parto, no es posible que se configure una falla en la prestación del servicios de salud.

Como medio de defensa, propuso excepciones de mérito que denominó:

³ Documento digital “013ContestacionDeLaDemanda” del C2.

.- “No responsabilidad del Hospital del Sur Empresa Social del Estado por inexistencia del nexo causal”: Cimentada en que en el caso bajo estudio no se puede endilgar responsabilidad alguna del Hospital de Fontibón ESE, por la inexistencia del nexo de causalidad, toda vez que no hay relación entre la atención prestada por el Hospital y el deceso de la recién nacida, ya que los profesionales de la salud, desde el ingreso de la paciente al servicio de urgencias, le prestaron un adecuado servicio en salud, mismo que se encontraba enmarcado dentro del nivel de complejidad institucional y a las condiciones de la Unidad Primaria de Atención.

.- “Inexistencia de la obligación de indemnizar en razón a que los supuestos facticos no están probados”: Soportada en que no existe prueba que demuestre que el deceso de la menor YULIANA ISABELLA CAMARGO GIRAL (q.e.p.d.), se produjo como resultado de la presunta falla en la prestación del servicio médico.

.- “Indebida estimación de los perjuicios”: Fundamentada en que la demanda adolece de falta de técnica jurídica frente al tema de la indemnización de perjuicios, no obstante, no especifica de qué manera; al mismo tiempo, insistió en que el servicio médico suministrado por su representada fue diligente y de calidad.

2.2.- Dra. Alix Fernanda Cañaveral Rodríguez

El 19 de marzo de 2019⁴, el apoderado de doctora Cañaveral Rodríguez dio contestación a la demanda, se pronunció sobre los hechos y se opuso a las pretensiones de la misma con base en que la atención en salud que brindó a la paciente no se suministró cuando se produjo el daño antijurídico que se demanda, por lo que no se puede asegurar que sus actuaciones fueron la causa de la abrupción de placenta (desprendimiento prematuro de placenta) que dio lugar a la cesárea de urgencia, ni participó en ese procedimiento quirúrgico, lo que permite concluir que no existe relación de causalidad entre su actuación y el daño.

Presentó como excepciones de mérito las que denominó *“falta de legitimación en la causa por pasiva”* bajo el entendido de que la entidad que prestó el servicio fue propiamente el Hospital de Fontibón, a través del personal que contrata, por lo que la responsabilidad por falla en el servicio debe recaer sobre esta entidad del Estado y no directamente en su agenciada. Asimismo, propuso como medio de defensa la *“Excepción de no existir relación de causalidad entre la conducta y el caso fortuito acaecido”*, basada en que la conducta de su prohijada carece de relación con el suceso fortuito suscitado el día 11 de agosto de 2013, en el que se generó la muerte de la menor Yuliana Isabella Camargo Giral (q.e.p.d), pues se trató de un desprendimiento prematuro de placenta, hecho que no ocurrió en el momento de la consulta prenatal, ni fue consecuencia de dicha consulta.

También propuso la excepción de *“Inexistencia de la obligación de indemnizar debido a que la relación de causalidad no ha existido con respecto a mi poderdante ni a la entidad hospitalaria demandada”*, frente a la cual se adujo que la conducta de su representada no tiene relación o nexo de causalidad alguno con el deceso de la recién nacida. Argumentó que *“El acto médico de consulta es una obligación de medio y no de resultado”*, que la actuación de la Dra. Alix Fernanda Cañaveral Rodríguez se limitó a una consulta que duró hora y media, dentro de los parámetros del *lex artis*, no teniendo dicho acto relación de causalidad alguna con la muerte de la recién nacida.

⁴ Documento digital “035ContestacionDeLaDemanda” del C2.

III.- TRÁMITE DE INSTANCIA

El libelo demandatorio fue presentado ante la Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos el 7 de septiembre de 2015⁵, dependencia que lo asignó a este Despacho, quien con auto de 19 de enero de 2016 inadmitió la demanda por conocer defectos formales, los cuales fueron subsanados oportunamente; no obstante, con providencia de 8 de marzo de 2016⁶, se rechazó la demanda por haber operado el fenómeno jurídico de la caducidad, decisión que fue apelada por la parte demandante.

Con auto de 14 de julio de 2016, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera – Subsección “A”⁷, revocó la anterior decisión. Por ello, con auto de 30 de agosto del mismo año⁸, se admitió la demanda de reparación directa y se ordenó la notificación del proveído a la demandada, al igual que al Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Conforme lo previsto en los artículos 172 y 199 del CPACA, **BOGOTÁ D.C. - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD**, la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. (ANTES HOSPITAL FONTIBÓN ESE)**, y la Dra. **FERNANDA CAÑAVERAL RODRÍGUEZ**, contestaron la demanda oportunamente.

A su vez, la demandada **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE (ANTES HOSPITAL FONTIBÓN E.S.E II NIVEL)** formuló llamamiento en garantía contra de LIBERTY SEGUROS, el cual se rechazó mediante auto del 3 de agosto de 2018.

La audiencia inicial tuvo lugar el 3 de septiembre de 2019⁹, en la que se evacuó la etapa de saneamiento y se resolvieron las excepciones previas. Al respecto se declaró infundada la excepción de Falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta por Bogotá D.C. – Secretaría de Salud y la misma excepción se declaró probada en cuanto a la Dra. Fernanda Cañaveral Rodríguez. La apoderada del Distrito Capital interpuso recurso de apelación en lo que a ella le interesaba, el cual fue concedido en el efecto suspensivo ante el superior.

Con providencia del 12 de diciembre de 2019, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera – Subsección “A”, revocó la decisión adoptada por este Despacho y en su lugar declaró próspera la excepción de Falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta por Bogotá D.C. – Secretaría de Salud. Por ello, con auto del 7 de diciembre de 2020 se dispuso obedecer y cumplir lo resuelto por el Superior y se fijó fecha y hora para continuar con la celebración de la audiencia inicial.

La continuación de la audiencia inicial tuvo lugar el 2 de marzo de 2021¹⁰, diligencia en la que se fijó el litigio y se exhortó a las partes a conciliar sus diferencias sin existir ánimo conciliatorio. De igual forma, se decretaron los medios probatorios solicitados por las partes.

⁵ Documento digital “004ActaDeReparto” del C1.

⁶ Documento digital “009AutoDeRechazo” del C1.

⁷ Documento digital “017Providencia”, del C1.

⁸ Documento digital “004AutoAdmisorio”, del C2.

⁹ Documento digital “009Audiencia”, del C3.

¹⁰ Documento digital “06.- 02-03-2021 AUDIENCIA INICIAL 2015-00619”, del C6.

La audiencia de pruebas se practicó el 15 de abril¹¹, 20 de mayo¹² y el 31 de agosto de 2021¹³, en las que se incorporaron las documentales recaudadas, se aceptó el desistimiento de la práctica de algunas pruebas documentales, se practicó la contradicción de la experticia allegada por el demandante y se escucharon los testimonios de los Doctores OSCAR ARGENIS ALVARADO ESCALANTE, ALIX FERNANDA CAÑAVERAL RODRÍGUEZ y HANZEL DE JESÚS GARI GARCÍA. En la última, se declaró finalizada la etapa probatoria y se concedió a las partes el término de diez (10) días para que alegaran de conclusión por escrito, el mismo término se otorgó al Ministerio Público para que rindiera concepto de fondo en este asunto.

IV.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.- Parte demandante

El 14 de septiembre de 2021¹⁴, el apoderado de los demandantes presentó sus alegatos de conclusión, con los que reiteró los argumentos expuestos en el escrito de demanda, e hizo hincapié en que de la historia clínica se tiene que, en el ingreso del 9 de agosto de 2013, la paciente no fue valorada por un especialista en obstetricia, no se realizaron exámenes para clínicos, ni de ecografía obstétrica, y no se dejó a la paciente en observación. Agregó que, en la atención del 11 del mismo mes y año, apenas 26 horas después de su egreso, la paciente ingresa por sangrado, es intervenida de urgencias por abrupto de placenta que se encuentra en el 70% de desprendimiento, lo que demuestra que lleva tiempo en curso, y en la cirugía de urgencia que se le practicó se obtiene a las 2+45 recién nacida en malas condiciones, presenta 4 paros y fallece a las 5+45, siendo diagnosticada la muerte como choque cardiogénico secundario a asfixia neonatal, además de compromiso infeccioso, confirmado por el hemograma post parto.

De ello, concluye que existía un cuadro de ruptura de membranas no diagnosticado que evolucionó a abrupto de placenta y contaminación del bebé, para fallecer con compromiso infeccioso, lo que prueba que no existió debida valoración del primer ingreso, ya que no se utilizaron los medios diagnóstico requeridos para haberlo diagnosticado oportunamente, y haber determinado que ya existía una ruptura prematura de membranas, lo que en su criterio edifica la responsabilidad de la demandada por falla en la prestación del servicio médico.

Indicó que de las demás pruebas practicadas en el transcurso procesal, y en especial del dictamen aportado por esta parte, se puede concluir que la atención prestada a la paciente en su primer ingreso fue negligente, ya que no se realizan los medios de exploración y estudio conforme a las guías de obstetricia, como son la especuloscopia, la ecografía obstétrica estando en una institución de segundo nivel de complejidad, no se estudió la presunción del abrupto de placenta, o de complicaciones del embarazo, por lo que haberle dado salida debe ser entendido como negligencia médica.

A manera de conclusión, adujo que los daños reclamados en este asunto están representados *“por la pérdida en la oportunidad de haber tenido una terminación feliz de su gestación, una maternidad feliz y una crianza de su hija dentro de los límites normales (que se hubiera perfeccionado si se hubiese atendido a la paciente oportunamente, con calidad y eficiencia)”*.

¹¹ Documento digital “26.- 15-04-2021 AUDIENCIA PRUEBAS 2015-00619” del C6.

¹² Documento digital “30.- 20-05-2021 AUDIENCIA DE PRUEBAS” del C6.

¹³ Documento digital “39.- 31-08-2021 AUDIENCIA DE PRUEBAS” del C6.

¹⁴ Documento digital “44.- 14-09-2021 ALEGATOS”, del C6.

2.- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (antes Hospital Fontibón ESE).

Aunque la apoderada de la entidad demandada presentó sus alegatos de clausura con correo electrónico de 16 de septiembre de 2021¹⁵, lo hizo por fura del término concedido en la audiencia de pruebas de 31 de agosto de ese año, y al ser allegados de forma extemporánea, no se tendrán en cuenta en este acápite.

3.- Ministerio Público.

La delegada de la Procuraduría General de la Nación se abstuvo de rendir concepto de fondo en este asunto.

CONSIDERACIONES

1.- Competencia

Este Juzgado tiene competencia para conocer esta acción porque así lo determinan los artículos 140, 155 numeral 6, 156 numeral 6° y 164 numeral 2 letra i), del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2.- Problema Jurídico

El litigio se circunscribe a determinar si la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE (HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE)** es administrativa y patrimonialmente responsable de los perjuicios invocados por los demandantes, como consecuencia de la presunta negligencia y falla en la prestación del servicio médico brindado a la señora GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO durante su parto, lo que derivó en el fallecimiento de su hija recién nacida.

3.- Presupuestos de la responsabilidad

Con relación a la responsabilidad del Estado, la Carta Política de 1991 produjo su “*constitucionalización*” al erigirla como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación o interés.

De lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado, se desprende que ésta tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por su acción como por su omisión, ya sea atendiendo a los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional o cualquier otro.

En síntesis, la responsabilidad extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico y de su imputabilidad a la Administración.

El daño consiste en el menoscabo del interés jurídico tutelado y la antijuridicidad del mismo en que ese daño no debe ser soportado por el administrado, ya sea porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o, porque es “*irrazonable*” sin depender “*de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración.*”¹⁶.

¹⁵ Documento digital “46.- 16-09-2021 ALEGATOS SUBRED SUR OCCIDENTE”, del C6.

¹⁶ Consejo de Estado- Sentencia de 23 de septiembre de 2009, Exp. 17.986.

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas – daño especial, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto, tal como lo ha determinado el precedente del Consejo de Estado:

“(…) La circunstancia de que los hechos relatados en la demanda sean constitutivos de una falla del servicio, o conformen un evento de riesgo excepcional o puedan ser subsumidos en cualquier otro régimen de responsabilidad patrimonial de los entes públicos, es una valoración teórica que incumbe efectuar autónomamente al juzgador, como dispensador del derecho ante la realidad histórica que las partes demuestren (...)”¹⁷.

Finalmente, debe considerarse que la responsabilidad extracontractual no puede ser concebida simplemente como una herramienta destinada a la reparación, sino que debe contribuir con un efecto preventivo que permita la mejora o la optimización en la prestación, realización o ejecución de la actividad administrativa globalmente considerada.

5.- Régimen de imputación derivado de la actividad médica

Ahora bien, en cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta a falla probada, en la actualidad la posición consolidada de esa Alta Corte en esta materia la constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio el fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria.¹⁸

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, no solo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

“...los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, (...), por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz.”¹⁹

Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la *“lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz”*, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional indica que:

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe

¹⁷ Consejo de Estado- Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

¹⁸ Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.

¹⁹ Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera- Subsección C, C.P.: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., 2 de mayo de 2018. Rad. 68001-23-31-000-2000-02504-01(39038) Actor: José Antonio Hernández Camacho Y Otro Demandado: Caja Nacional De Previsión Social - Cajanal Y Otros Referencia: Acción De Reparación Directa- Apelación Sentencia.

en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada.”²⁰

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que corresponde a:

“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”²¹

A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

“Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incómoda.

“Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

-Debe ser integral:

“(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento²², así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente²³ o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe

²⁰ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

²¹ Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006

²² “Que comprende, a su vez, diversas obligaciones: a) de habilidad y diligencia, referida la primera a aquellos supuestos en los que produzca un daño antijurídico como consecuencia de un diagnóstico, intervención o atención médica en un campo para el que el profesional, o la institución médica no tenga la aptitud o el personal idóneo en la especialidad necesaria, o de no consultar con un especialista, o de incumplirse el deber de aconsejar la remisión del paciente; b) obligación de medio técnicos, consistente en la existencia del material adecuado “para que el trabajo a realizar pueda efectuarse en condiciones normales de diagnóstico y tratamiento”; así como en el “mantenimiento en correcto estado de funcionamiento de los aparatos”, ámbito en el que cabe incluir la profilaxis necesaria, y; c) obligación de continuidad en el tratamiento”. FERNÁNDEZ HIERRO, José Manuel. Sistema de responsabilidad médica., ob., cit., pp.257 a 269.

²³ En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004.

ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.”²⁴

En ese sentido, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

“La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo – llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”²⁵

Así entonces, siendo la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud de naturaleza subjetiva, es carga de la parte demandante probar la falla del servicio, al igual que el nexo de causalidad entre la acción u omisión de la Administración y el daño antijurídico²⁶.

6.- Asunto de fondo

Los señores GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO y YERSON STIVEN CAMARGO RINCÓN presentaron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa contra la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE (HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE), para que sea declarada administrativamente responsable con ocasión a la presunta negligencia en la prestación del servicio médico brindado a la primera durante su parto, lo que derivó en el fallecimiento de su hija recién nacida.

En criterio de la parte demandante, hubo negligencia en la prestación del servicio de salud obstétrico, dado que, en la atención médica de 9 de agosto de 2013, la paciente no fue debidamente valorada por la profesional de la salud que le brindó el servicio, pues omitió hacer interconsulta con un especialista, no practicó exámenes paraclínicos, ecografía obstétrica, y no la dejó en observación. Por ello, en su reingreso el día 11 de ese mes y año, fue intervenida por cesárea de urgencias debido a abruptio o desprendimiento de placenta del 70%, por lo que se obtuvo una bebé enferma que sufrió 4 paros cardiorrespiratorios y que finalmente falleció. Así, reprocha la falta de oportunidad en el diagnóstico de la enfermedad y de la contaminación del que estaba por nacer.

Las fallas se concretan, según la parte actora, en que los demandantes perdieron la oportunidad de haber tenido una gestación y maternidad feliz, la crianza de su hija dentro de los límites normales, ya que, si se hubiese

²⁴ Corte Constitucional, sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; T- 421 de 2007

²⁵ Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

²⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras

atendido a la paciente oportunamente, con calidad y eficiencia el daño no se habría consumado.

Examinadas las pruebas allegadas por las partes, el Despacho evidencia lo siguiente:

.- El 9 de agosto de 2013, a las 19:58 horas, la señora GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO, de 23 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del Hospital de Fontibón ESE, remitida ambulatoriamente desde “UPA LA MEXICANA”, con embarazo de 39.5 semanas por ECO de 2do trimestre, *“REFIERE CUADRO DE 2 DIAS CONSISTENTE EN DOLOR EN HIPOGASTRIO TIPO COLICO IRRADIADO A REGION LUMBAR CON SALIDA DE LIQUIDO VAGINAL MODERADO HACE 6 HORAS, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO, NIEGA PERDIDAS VAGINALES”*²⁷. Al examen físico se encontró buen aspecto general, abdomen globoso por útero grávido, feto único vivo; al examen genitourinario: *“VAGINA NT/ NE CUELLO POSTERIOR OCI CERRADO OCE ABIERTO NO AMNIOORREA NI SANGRADO, LEUCORREA ABUNDANTE BLANCA”*. Y la revisión por sistema mostró 2 ecografías el 14 de marzo y 20 de junio de 2013.

La médica general analizó la información y adujo que se trataba de paciente con embarazo de 39.5 semanas, primigestante, cursando con parto sin cambios cervicales ni signos de alarma, no se evidenció amniorrea, feto único vivo, *“considero toma de monitoria fetal para definir conducta”*²⁸, diagnosticó falso trabajo de parto. Luego de practicada la monitoria fetal se interpretó así: *“LINEA DE BASE: 145 LPM - VARIABILIDAD: POSITIVA - ACELERACIONES: POSITIVAS - DESACELERACIONES: NEGATIVAS - CONTRACCIONES: NINGUN EN 20 MIN - MOVIMIENTOS FETALES : PRESENTES - OPINION ACOG I REACTIVA SIN ESTRÉS”*²⁹. Por ello, se concluyó que la paciente cursaba con parto, sin cambios cervicales, con feto único vivo, sin actividad uterina, con adecuado bienestar fetal, se consideró dar salida con signos de alarma y recomendaciones, a lo que la paciente dijo entender.

.- El 11 de agosto de 2013³⁰, a la 1:40 horas, la paciente regresa al servicio de urgencias del Hospital de Fontibón ESE, en donde es atendida por la especialidad de ginecología y obstetricia, con motivo de consulta *“sangrado”*, en la enfermedad actual se anota que la paciente cursa con embarazo de 38.6 semanas por FUR, consulta por cuadro clínico de 30 minutos de evolución consistente en salida de líquido abundante por genitales asociado a salida de sangre con coágulos desde hace 15 minutos, niega dolor abdominal, niega otra sintomatología, refiere movimientos fetales presentes; la revisión por sistema indicó la toma de dos ecografías, lo que hace concluir que en la fecha el embarazo es de 39.2 semanas. Al examen físico se encontró en aceptables condiciones generales, abdomen grávido con feto único vivo, cefálico; se practica tacto vaginal así: *“VAGINA NT/NE; CUELLO CENTRAL; DILATACION 3 CMS; BORRAMIENTO 80%, AMNIOORREA EVIDENTE, CON SANGRADO RUTILANTE CON COAGULOS”*.

En el análisis de la información se indicó que se trataba de paciente con embarazo de 39.2 semanas por ECO, actualmente con ruptura prematura de membranas con abrupción de placenta por historia clínica, en el momento hemodinámicamente estable, con feto vivo, se comenta con *“GINECOLOGO DE TURNO DR GARI EL CUAL DECIDE PASAR COMO URGENCIA VITAL A CESAREA, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y AL FAMILIAR LOS CUALES ENTIENDEN Y ACEPTAN”*³¹. Así,

²⁷ Página 36 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

²⁸ Ibídem.

²⁹ Página 38 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

³⁰ Página 39 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

³¹ Ibídem.

se dan 3 diagnósticos, i) desprendimiento prematuro de la placenta, ii) ruptura prematura de membranas e inicio de trabajo de parto dentro de las 24 horas, y iii) supervisión de embarazo de alto riesgo.

Según historia clínica³², se pasa a la paciente a la sala de cirugía 1, para la práctica de cesárea segmentaria transperitoneal. Se anotó como hora de inicio las 2:54:49 a.m. y de terminación 2:54:50 a.m., y el procedimiento se describió de la siguiente manera³³:

“ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CATETERIZACION VESICAL, COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES., SE REALIZA INCISION EN PIEL TIPO PFANENSTHIEL, DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD ABDOMINAL, SE REALIZA HISTEROTOMIA SEGMENTARIA ARCIFORME, RUPTURA DE MEMBRANAS CON LIQUIDO AMNIOTICO ESCASO CLARO, SE EXTRAE RN EN PRESENTACION CEFALICA, PINZAMIENTO Y CORTE PRECOZ DE CORDON UMBILICAL SE TOMAN MUESTRAS PARA TSH Y HEMOCLASIFICACION DEL RN, ALUMBRAMIENTO ACTIVO MANUAL DE PLACENTA, ENCONTRANDOLA DESPRENDIDA EN UN 70 %. SE REALIZA LIMPIEZA DE CAVIDAD UTERINA CON COMPRESA ESTERIL, SE OBSERVA SANGRADO ACTIVO POR LO CUAL SE INDICAN 30 U DE OXXITOCINA, SE RELIZA HISTERORRAFIA EN 2 PLANOS CON CROMADO 2-0, LIMPIEZA DE CAVIDAD PELVICA, REVISION DE HEMOSTASIA, CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR PLANOS APONEUROSIS CON VICRYL PIEL CON PROLENE, DIURESIS CLARA AL FINALIZAR PROCEDIMIENTO, RECUENTO DE COMPRESAS E INSTRUMENTAL REPORTADO COMO COMPLETO. NO”³⁴

Como hallazgos, se estableció: “HORA NACIMIENTO 02+25 RN FEMENINO EN REANIMACION NO SE CONOCE PESO Y TALLA, ABRUPTIO DE PLACENTA EN UN 70 % , LIQUIDO ESCASO CLARO NO FETIDO, CORDON UMBILICAL DE 3 VASOS, ANEXOS NORMALES”³⁵.

En el diagnóstico y plan de manejo, la especialidad de ginecología y obstetricia anotó: “PACIENTE QUIEN INGRESA A LAS 02+00 AM, CON ABRUPTIO DE PLACENTA 70%, SE OBTIENE RECIEN NACIDO VIVO A LAS 02+25 PESO 3200 TALLA 49 APGAR 1/10 1/10 - 5/10, QUIEN PRESENTO 4 PAROS CARDIO-RESPIRATORIOS, PACIENTE FALLECE A LAS 05+45 AM. SE EXPLICA CLARAMENTE A LOS PADRES EL PROCEDIMIENTO REALIZADO POR PARTE DE PEDIATRA Y GINECOLOGO, LOS CUALES ENTIENDEN Y ACEPTAN. SE SOLICITAINTERCONSULTA POR PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL.”³⁶

A las 11:04 horas del mismo día, se anota que la paciente se encuentra en puerperio quirúrgico inmediato, con recuperación y evolución satisfactoria, estable hemodinamicamente sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin vasoespasmo, considerando la muerte del recién nacido, y se inicia inhibición de la lactancia con bromocriptina 1 tableta cada 12 horas y pendiente valoración por psicología y trabajo social y traslado a pisos³⁷.

El 12 de agosto de 2013, a las 11:35 horas, se anotó que la paciente se encontraba en POP de cesárea por abruptio de placenta, en el momento hemodinamicamente estable sin signos de respuesta inflamatoria sistémica sin síntomas de vasoespasmo, con paraclínicos dentro de límites normales. Pendiente valoración por psicología y trabajo social, se solicita terapia

³² Página 42 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

³³ Se transcribe exactamente como aparece registrado en la prueba documental, incluyendo errores de ortografía y redacción.

³⁴ Página 42 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

³⁵ Página 43 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

³⁶ Página 45 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

³⁷ Página 47 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

respiratoria antes de definir egreso.

Pasados 5 minutos, se registró la interconsulta por la especialidad de psicología, en la que se realiza intervención en crisis por fallecimiento de la bebé en el parto a la paciente, quien se encuentra en estado de shock y acompañada por su pareja, *“EXISTEN SENTIMIENTO DE IMPOTENCIA Y FRUSTRACIÓN COMO DE MOLESTIA POR LA ATENCIÓN PREVIA A ESTA HOSPITALIZACIÓN, PERSISTE EL PENSAMIENTO QUE SI LA ATENCIÓN FUERA DIFERENTE NO HUBIERAN TENIDO LA PERDIDA. LOS DOS SE ENCUENTRAN MUY AFECTADOS POR LA PERDIDA, SE MOTIVAN A VIVIR EL PROCESO DE DUELO EN UNIDAD FAMILIAR Y A LA EXPRESIÓN DE SUS SENTIMIENTOS REPRIMIDOS, CUENTAN CON BUENA RED DE APOYO QUE AYUDA A MINIMIZAR LA CRISIS.”*

A su vez, se indicó que la paciente expresó en la entrevista que *“YO VINE EL VIERNES AL HOSPITAL PORQUE ME SENTIA MAL, TENIA DOLORES BAJITOS Y FIEBRE POR GRIPA, LA DRA QUE ME ATENDIO ME DEVOLVIO PORQUE DIJO QUE NO ERAN DOLORES DE PARTO Y LUEGO EL SABADO ROMPI FUENTE Y ME EMPEZO UN SANGRADO ABUNDANTE, ME VINE EN UN TAXI RAPIDO AL HOSPITAL Y LA HEMORRAGIA NO PARABA, ME ATENDIERON DE URGENCIAS, ME DIJERON QUE LA BEBE ESTABA MAL, CUANDO ME DESPERTE NO LA TENIA AL LADO Y NADIE ME DECIA NADA, QUE ESTABA MAL, MAL Y NADA MAS. NO PENSE QUE SE ME MURIERA, YO LES DECIA QUE HICIERAN LO QUE ESTABA EN SUS MANOS POR MI Y MI BEBE, 9 MESES ESPERANDOLA, YA LE HABIAMOS COMPRADO TODO PARA QUE SE MURIERA, SI CUANDO YO VINE LA PRIMERA VEZ ME HUBIERAN DEJADO NADA HABIA PASADO, YO LE DECIA A LA DRA QUE ME DEJARA Y NO QUISO”*³⁸: SE INTERVIENE CON LA PAREJA EL SENOR STEVEN CAMARGO QUIEN SE MUESTRA MUY AFECTADO Y MOLESTO. A LA ENTREVISTA REFIERE *“LA ATENCION QUE RECIBIMOS EN EL HOSPITAL POR LA DRA QUE LA ENTENDIO EL VIERNES Y LA ENFERMERA MUY MAL PORQUE NO LA SUPO ATENDER, SE DEMORARON EN LA ATENCION, LO HIZO DE MALA GANA”*³⁸.

El mismo día a las 14:29 horas³⁹, la especialidad de ginecología y obstetricia indicó que la paciente se encontraba en POP día 1 de cesárea por abruptio de placenta (70%), con adecuada evolución clínica, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, estable hemodinamicamente, sin síntomas de vasoespasmio, tolerando la vía oral y la deambulación positiva sin ortostatismo, valorada por servicios de trabajo social y psicología quienes consideran continuar psicoterapia ambulatoria para elaboración del proceso de duelo, por lo que se decide dar egreso por adecuada evolución clínica, se dan recomendaciones de egreso (asistir a citas, dieta balanceada, todas las caries, abundantes líquidos, evitar jugos en caja y gaseosas) signos de alarma (fiebre, escalofríos, vomito, dolor intenso, sangrado abundante con coágulos o de mal olor, senos calientes, rojos, dolorosos o duros) cita control ginecología, citología, planificación familiar y formulación de medicamentos, a lo que la refiere entender y aceptar ordenes médicas.

.- Se allegó igualmente, historia clínica de la atención prestada a la recién nacida el 11 de agosto de 2013, con hora de registro 9:05 horas, la cual inicia con la siguiente aclaración: *“NOTA PEDIATRIA - RECIEN NACIDO. SE ACLARAQUE NO FUE POSIBLE HACER ANOTACIONES EN LA HISTORIA CLINICA EN LA MADRUGADA POR ERROR TECNICO EN SISTEMA DINAMICA GERENCIAL”*⁴⁰. Y se continúa indicando lo siguiente:

“FECHA DE NACIMIENTO: AGOSTO 11 DE 2013
 HORA DE NACIMIENTO: 02+25

³⁸ Página 51 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

³⁹ Página 57 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

⁴⁰ Página 1 del documento digital “REQ GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO”, visible en la carpeta #30.- 13-05-2021 MEMORIALES PROBATORIOS”, del C6.

HEMOCLASIFICACION MATERNA: O POSITIVO
 HEMOCLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO: EN PROCESO
 TSH NEONATAL: EN PROCESO
 SEROLOGIA MATERNA: NO REACTIVA

HIJA DE PACIENTE DE 23 AÑOS, PRIMIGESTANTE, G1P0, CON GESTACION DE 39.5 SEMANAS POR ECO DE PRIMER TRIMESTRE, ASISTE A URGENCIAS POR PRESENTAR AMNIOORREA ABUNDANTE Y SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE CON COAGULOS, ASOCIADO A DISMINUCION DE PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES, A SU INGRESO CONFIRMAN SANGRADO ABUNDANTE POR VIA GENITAL, CONSIDERAN ABRUPTIO PLACENTA, PASAN A CESAREA DE URGENCIA.

A LAS 02+25 SE RECIBE RECIEN NACIDO VIVO SEXO FEMENINO, PARTO POR CESAREA, CEFALICO, EXTRACCION FACIL, LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, ESCASO. SIN ESFUERZO RESPIRATORIO, PINZAMIENTO PRECOZ DE CORDON, SE TRASLADA A LAMPARA DE CALOR RADIANTE, SE POSICIONA, DESPEJA VIA AEREA, SE SECA, SE ESTIMULA, SE RETIRAN COMPRESAS HUMEDAS. SE REVALORA PRESENTANDO A LOS 30 SEGUNDOS AUSENCIA DE ESFUERZO RESPIRATORIO, SIN FRECUENCIA CARDIACA SIN TONO MUSCULAR, COLORACION PALIDA/CIANOTICA, POR LO CUAL SE INICIAN MANIOBRAS BASICAS DE REANIMACION: VENTILACION CON DISPOSITIVO BOLSA MASCARA RESERVORIO Y MASAJE CARDIACO. SE REVALORA A LOS 30 Y 60 SEGUNDOS SIN OBTENER RESPUESTA, A LOS 3 MINUTOS SE APLICA PRIMERA DOSIS DE ADRENALINA ENDOVENOSA, SIN RESPUESTA, CONTINUA MASAJE CARDIACO Y VENTILACION CON AMBU, SIN MEJORIA, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO NI FRECUENCIA CARDIACA A LOS 4, 5 NI 6 MINUTOS, SE APLICA SEGUNDA DOSIS DE ADRENALINA, SIN RESPUESTA, CONTINUAN MANIOBRAS DE REANIMACION POR 4 MINUTOS SIN RESPUESTA, SE APLICA 3RA DOSIS DE ADRENALINA Y CONTINUAN MANIOBRAS DE REANIMACION, RECUPERANDO FRECUENCIA CARDIACA A LOS 12 MINUTOS. SE SUSPENDE MASAJE CARDIACO Y CONTINUA CON VENTILACION CON BOLSA MASCARA, PRESENTANDO RESPIRACIONES ESPONTANEAS CON DEBIL ESFUERZO, SILVERMAN 6/0 A LOS 15 MINUTOS. SE DECIDE INTUBACION OROTRAQUEAL CON HOJA 0, TUBO 3, INTUBACION EXITOSA AL SEGUNDO INTENTO, SE FIJA EN 9 CM EN COMISURA LABIAL, SE REvisa PERMEABILIDAD Y SIMETRIA, RX DE TORAX POST IOT SIN CONSOLIDACIONES, SIN ATELECTASIAS., VOLUMEN PULMONAR DISMINUIDO DERECHO, CON TUBO SELECTIVO A BRONQUIO FUENTE IZQUIERDO, SE FIJA TUBO EN 8 CM. CON ADECUADA VENTILACION Y EXPANSION SIMETRICA, CONTINUA EN REGULAR ESTADO, CON RESPIRACIONES ESPONTANEAS PEROP DEBILES, CONTINUA VENTILACION A TRAVÉS DE TOT CON FISPOSITIVO BOLSA MASCARA, POR AUSENCIA DE VENTILADOR FUNCIONANTE PARA LA EDAD DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION⁴¹. (...)

3+10:

SIN RECUPERACION COMPLETA DE SU ESTADO, FRECUENCIA CARDIACA 120-150 LPM, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO ESPONTANEO, PERSISTE CON VENTILACION PERSISTE CIANOTICO, PALIDO. NO SE DISPONE DE TENSIOMETRO CORRESPONDIENTE AL PACIENTE, SIN EMBARGO POR SU ESTADO, Y REPORTE INTRAOPERATORIO DE GINECOLOGO DE ABRUPTIO DE PLACENTA DEL 70% SE CONSIDERA CHOQUE HIPOVOLEMICO, POR LO CUAL SE PASAN BOLOS DE SSN 10 CC/KG EN TOTAL 3, CON MEJORIA PARCIAL DE LA PERFUSION. SE TOMA GLUCOMETRIA 20 MG/DL, SE INICIA DAD 10% A 100 CC/KG /DIA, FM 7 MG/KG/MIN POR AUSENCIA DE DAD 50% EN LA INSTITUCION, PARA PREPARAR DEXTROSA MAS CONCENTRADA.

⁴¹ Página 1 ibídem.

3+45 PRESENTA NUEVAMENTE DISMINUCION DE FRECUENCIA CARDIACA HASTA PARADA, SE REINICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION, MASAJE CARDIACO POR 5 MINUTOS, UNA DOSIS DE ADRENALINA, CON LO CUAL RECUPERA FRECUENCIA CARDIACA Y PULSOS PERIFERICOS. PERSISTE CON FRILADA DISTAL Y LLENADO CAPILAR MAYOR A 4 SEGUNDOS. SE INTENTA PASO DE SONDA NELATON 6 A TRAVES DE VENA UMBILICAL, BAJO ASEPSIA Y ANTISEPSIA, LA CUAL NO PASA - NO HAY DISPONIBILIDAD DE CATETER UMBILICAL EN LA INSTITUCION. SE DECIDE INICIO DE INFUSION DE ADRENALINA 2.5 MCG/KG/MIN POR VENA PERIFERICA. SE TOMAN MUESTRAS (QUE NO HABIA SIDO POSIBLE TOMAR ANTES) PARA HEMOGRAMA, ELECTROLITOS, GLICEMIA, GASES VENOSOS. CONTINUA EN LAMPARA DE CALOR RADIANTE, BAJO MONITOIIRIA, CON VENTILACION A TRAVES DE TOT CON DISPOSITIVO BOLSA MASCARA.

4+20
 PRESENTA NUEVAMENTE PARO CARDIACO, SE REINICIA MASAJE CARDIACO POR 6 MINUTOS, CON RECUPERACION DE FRECUENCIA CARDIACA Y PULSOS PERIFERICOS, CONTINUA VENTILACION MANUAL A TRAVES DE TOT.

5+15
 PRESENTA PARO CARDIACO, CEDE CON 30 SEGUNDOS DE MASAJE CARDIACO, CONTINUA VENITALACION MANUAL.

5+30
 PRESENTA PARADA CARDIACA QUE NO RESPONDE A MASAJE CARDIACO NI A 2 BOLOS ADICIONALES DE ADRENALINA (ALCANZANDO DOSIS TOPE)
 SE CONTINUA MASAJE CARDIACO POR 20 MINUTOS, EN ESE MOMENTO SE COMPRUEBA AUSENCIA DE PULSOS, AUSENCIA DE FRECUENCIA CARDIACA, AUSENCIA DE ESFUERZO RESPIRATORIO, AUSENCIA DE TONO MUSCULAR., RESPUESTA PUPILAR AUSENTE. SE AUTORIZA ENTRADA A PADRE A SALA DE PARTOS PARA EXPLICARLE SITUACION ACTUAL DE ISABELLA, SE EXPLICA QUE DESPUES DE MANIOBRAS BASICAS Y AVANZADAS DE REANIMACION NO HUBO ADECUADA RESPUESTA. REFEIRE ENTENDER.

SE DECLARA FALLECIMIENTO A LAS 5+45.

HABLANDO CON EL PADRE, SE ESTABLECE QUE LA MADRE HABIA CONSULTADO DOS DIAS ATRAS POR EXPULSION DE LIQUIDO CLARO POR VAGINA Y FIEBRE, REFERE QUE NO LE DIERON MANEJO Y LE DIERON EGRESO.

LLEGA RPEORTE DE HEMOGRAMA CON LEUCOS: 24800 N: 43% L: 44% M : 8% BLASTOS 8% (INDICE INFECCIOSO 0.21)⁴²

Así, el análisis de la información y los diagnósticos se establecieron así:

- “* NEONATO FALLECIDO
- * CHOQUE MULTIFACTORIAL NO COMPENSADO
- * CHOQUE HIPOVOLEMICO
- * ABRUPTIO PLACENTAE 70%
- * CHOQUE CARDIOGENICO
- * ASFIXIA PERINATAL
- * ACIDOSIS MIXTA SEVERA
- * CHOQUE SEPTICO?
- * ALTA SOSPECHA DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA.
- * MADRE CON FIEBRE, INDICE INFECCIOSO POSITIVO.
- * RECIEN NACIDO A TERMINO, PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL

⁴² Página 3 ibídem.

- * PESO ADECUADO AL NACER
- * PARTO POR CESAREA POR ESTADO FETAL INSATISFACTORIO
- * ADAPTACION NEONATAL INMEDIATA CONDUCTA.
- * ACIDOSIS MIXTA SEVERA.

ANALISIS:

PACIENTE RECIEN NACIDO A TERMINO CON ADAPTACION NEONATAL INDUCIDA, QUIEN REQUIRIO REANIMACION POR MAS DE 10 MINUTOS PARA OBTENER FRECUENCIA CARDIACA.

INTRAOPERATORIAMENTE EN CESAREA REPORTAN ABRUPTIO PLACENTAE DEL 70%, TUVO POBRE RESPUESTA A MANEJO INICIAL, SE CONSIDERÓ CHOQUE HIPOVOLEMICO NO COMPENSADO A PESAR DE BOLOS DE CRISTALOIDES E INFUSION DE ADRENALINA.

DADO ESTADO DE ACIDOSIS SEVERA Y CHOQUE REFRACTARIO, SE CONSIDERO CHOQUE CARDIOGENICO POR COMPROMISO CARDIACO SECUNDARIO A ASFIXIA PERINATAL, NO SE INICIO MANEJO VASOACTIVO ADICIONAL POR IMPOSIBILIDAD PARA PASO DE CATETER UMBILICAL DADA AUSENCIA DE CATETER 4 FR.

ADICIONALMENTE CON SOSPECHA DE COMPROMISO INFECCIOSO POR DATOS BRINDADOS POR EL PADRE DE FIEBRE EN LA MADRE DOS DIAS PREPARTO, Y HEMOGRAMA REPORTADO POSTERIOR AL FALLECIMIENTO CON INDICE INFECCIOSO POSITIVO.

PRESENTÓ MULTIPLES PARADAS CARDIACAS, A PESAR DE MANEJO DESCRITO. POSTERIOR AL CUARTO EVENTO NO HUBO RECUPERACION, POR LO CUAL SE DECLARA DECESO A LAS 5+45.

SE CONSIDERA PACIENTE QUIEN PRESENTÓ CHOQUE MULTIFACTORIAL REFRACTARIO AL MANEJO POR RAZONES DESCRITAS. FALLECE A LAS 5+45 AM.⁴³

.- En audiencia de pruebas de 15 de abril de 2021, se practicó la contradicción del dictamen pericial elaborado por el médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia Dr. OSCAR ARGENIS ALVARADO ESCALANTE, quien luego de explicar la historia clínica enviada por la parte demandante, indicó que la señora Gloria Esperanza Giral Trujillo realizó su control prenatal que determinó su embarazo como de bajo riesgo⁴⁴, que en la atención médica prestada por el Hospital demandado el 9 de agosto de 2013, si bien se tenía una paciente primigestante normal, se ignoraron *“algunas cosas que están descritas en la guías de practica médica”*, como practicar una especulocopia para verificar la pérdida de líquido amniótico, y complementar la verificación del bienestar fetal con una ecografía, ya que era un embarazo a término, para así determinar, según el volumen del líquido amniótico, si la paciente podía irse o no a la casa⁴⁵, situación que no ocurrió como quiera que la monitoría fetal demostró el bienestar fetal, aunque insistió en que faltó *“la referencia física del trazado”*.

Luego, sostuvo que dos días después reingresa la paciente con sangrado genital abundante y nuevamente pérdida de líquido, con un probable abrupcio placentario o desprendimiento prematuro de la placenta⁴⁶, lo que quiere decir *“que la placenta se desprende en el momento previo al trabajo de parto o en el parto”*⁴⁷, síntomas que tuvo la paciente alrededor de 30 minutos antes de acudir al hospital, donde inmediatamente se decidió practicar cesárea de urgencia, por considerar un abrupcio de placenta, embarazo a término y una ruptura prematura de membrana ovulares, *“aparte lo toman como un sufrimiento fetal agudo pero el único dato que hay en esa segunda historia es simplemente la referencia de una frecuencia cardiaca de 115, sin que haya otro elemento de monitoria, ecografía o*

⁴³ Página 4 ibídem.

⁴⁴ Minuto 14:50 del audio de la audiencia.

⁴⁵ Minuto 20:45 ibídem.

⁴⁶ Minuto 24:50 ibídem.

⁴⁷ Minuto 25:25 ibídem.

*nada, pero es entendible que una abruptia de placentaria es una urgencia categoría 1, y cuando se presenta es como decir ya o ya*⁴⁸. En cuanto a la suscripción del consentimiento informado en las urgencias vitales, dijo que lo indicado por la “*normativa es que pueden obviarse los consentimientos, porque es una categoría que ya, ni siquiera te da minutos, la directriz es pasarlo si tiene el quirófano a la mano, pasarlo inmediatamente*”⁴⁹.

Agregó que los abruptios de placenta pueden ocurrir espontáneamente, “*se pueden dar a las 27 semanas 28, 30, 32 cualquiera edad del embarazo sin ningún factor previo, pero pues ahí observamos que en 48 horas suceden los eventos*”⁵⁰. No obstante, cuando se le indagó si el desprendimiento pudo determinarse en la primera atención con más exámenes diagnósticos, adujo que “*no siempre se va a prevenir, pero es un factor tranquilizador de que le hayan hecho los exámenes anteriores*”⁵¹, dado que son muchos los factores que pueden predisponer a su ocurrencia, como localizaciones placentarias, presentaciones anómalas del bebé, factores hipertensivos, factores de coagulación, entre otros. Agregó que una ruptura prematura de membranas, antes del trabajo de parto, no es indicativo de que vaya suceder un evento de desprendimiento por sí solo. Y para el caso concretó, consideró que dar salida a la paciente en la primera atención, hubiera sido diligente con el factor tranquilizador, es decir con más exámenes diagnósticos para así determinar con certeza si debía esperar en su domicilio, o por lo menos ordenarlos para que se realizaran a primera hora del día siguiente.

En cuanto al desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa hemorrágica, agregó que son eventos graves “*con los que la paciente puede morir hasta en casa si se presenta porque son demasiado violentos y el tiempo de espera prácticamente es inmediato, entonces, un 70% te habla del aérea pero no siempre de pronto así como es fatal un 20%, de pronto con un 70% no se deteriora la paciente ni se deteriora el producto de la gestación, es decir es variable, pero si hablamos de un 70% hablamos de un desprendimiento categorizado como severo*”⁵². Agregó que el tacto vaginal no influye en el desprendimiento de placenta⁵³.

.- Los anteriores argumentos también se plasmaron en el dictamen pericial suscrito por el Dr. OSCAR ARGENIS ALVARADO ESCALANTE en agosto de 2019⁵⁴, documento en el que, luego de analizar la historia clínica allegada, se concluyó lo siguiente:

“Según historia clínica allegada y desenlace del paciente se puede concluir:

- 1.- Paciente con historia clínica prenatal cuyos reportes de paraclínicos no muestran anormalidades hasta la fecha 09/08/2013, con feto de sexo femenino vivo en presentación cefálica
- 2.- con fecha 09/08/2013 paciente consulta servicio de urgencias por síntoma: 2 días de dolor en hipogastrio irradiado a región lumbar y síntoma: salida de líquido moderado de 6 horas de evolución. Teniendo en cuenta los anteriores hallazgos en la anamnesis, se puede considerar:
 - 2.1.- Negligencia médica por omisión en el diagnóstico presuntivo de ruptura prematura de membranas.
 - 2.2.- Negligencia médica por omisión de diagnóstico y tratamiento de las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y

⁴⁸ Minuto 26:29 ibídem.

⁴⁹ Minuto 27:50 ibídem.

⁵⁰ Minuto 29:53 ibídem.

⁵¹ Minuto 30:34 ibídem.

⁵² Minuto 48:30 ibídem.

⁵³ Minuto 50 ibídem.

⁵⁴ Documento digital “007Pruebas”, del C3.

tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

2.3.- Negligencia médica por omisión al no realizar especuloscopia dentro del examen físico

2.4.- Negligencia médica por omisión al no solicitar ecografía para verificar índice de líquido amniótico (ILA)

25. Negligencia médica por acción al ordenar egreso de la paciente al considerar como curso normal del embarazo, signos y síntomas manifestados por la paciente sin los correspondientes estudios complementarios (especuloscopia, solicitud de ecografía obstétrica transabdominal)

2.6.- No se describe en historia clínica del 09/08/2013 los signos de alarma y las recomendaciones indicadas a la paciente.

2.7.- Considero falta en el deber oportuno de cuidado por el tratamiento administrado en la consulta del 09/08/2012

3.- con fecha 11/08/2013 paciente consulta por salida de líquido abundante y sangrado con coágulos de 30 minutos de evolución.

3.1.- diagnóstico clínico de ruptura prematura de membranas

3.2.- diagnóstico clínico de abrupcio de placenta

3.3.- indicación de cesárea como urgencia vital

3.3.1.- no existe consentimiento informado diligenciado y firmado de procedimiento cesárea segmentaria

3.4.- No se documenta en historia clínica a detalle la de evolución del recién nacido desde su nacimiento 02:25 hasta su fallecimiento 05:45.

3.4.1.- no existe registro de hora de paros cardíacos (4 eventos)

3.4.2.- no existe registro de medidas, maniobras o medicación usada para la reanimación del recién nacido (4 eventos)

3.4.3.- no existe registro de tiempos de duración del paro cardíaco (4 eventos)

3.5.- por lo anterior considero negligencia médica en la omisión de registro de datos relevantes concernientes a la atención del recién nacido.”⁵⁵

.- En audiencia de pruebas de 20 de mayo de 2021, se escuchó el testimonio de la Dra. ALIX FERNANDA CAÑAVERAL RODRÍGUEZ, magister en calidad y gestión integral, quien prestó la atención en salud a la señora Gloria Esperanza Giral Trujillo el 9 de agosto de 2013 en el Hospital de Fontibón ESE. Luego de explicar su atención, indicó que se le dio egreso para control posterior porque se consideró que la paciente estaba en un falso trabajo de parto o en un preparto⁵⁶, agregando que la paciente no refirió presentar sangrado sino solo salida de líquido vaginal, lo que fue comprobado en el examen físico. Indicó que decidió la salida de la paciente porque se encontraba en un pre parto, ya que no presentaba “cambios cervicales, es decir no tenía dilatación, no tenía borramiento, aparte de eso no tenía una actividad uterina, para hablar de actividad uterina tenía que haber tenido más de dos contracciones en 10 minutos (sic), la paciente no lo tenía, se verificó bienestar fetal y actividad uterina por medio de la monitoria fetal que es un examen sensible, y la monitora fetal que se le realizó que está indicada en las guías de practica clínica que en ese momento se encontraban vigentes por el Ministerio, por la Secretaria, la paciente se encontraba en un preparto, un falso trabajo de parto, entonces esa era la indicación que tenía...” lo que se evidenció fue flujo vaginal⁵⁷.

Cuando se le indagó sobre las anotaciones en el acápite de “antecedentes” que muestran antecedentes futuros a la fecha de atención, explicó que ello encuentra justificación en el software de Dinámica Gerencial, el cual registra antecedentes de forma retrospectiva⁵⁸, es decir, que cuando se hace la impresión de la historia clínica, en ese acápite aparecen todos los antecedentes

⁵⁵ Página 12 y 13 del documento digital “007Pruebas”, del C3.

⁵⁶ Minuto 21:14 del audio de la audiencia.

⁵⁷ Minuto 30:13 ibídem.

⁵⁸ Minuto 32:22 ibídem.

de la paciente, *“toma la memoria completa del software de dinámica gerencial”*.

Agregó que no consideró tomar más exámenes diferentes a la monitoria fetal, dado que *“ella tenía exámenes recientes de tamizaje de embarazo, no tenía sangrado para yo considerar tomar un cuadro hemático para determinar si estuviera anémica, no presentaba ahí en la enfermedad actual no quedo registrado ni ella refirió que presentaba síntomas de algún tipo de infección, es decir, como para considerar si tomar un cuadro hemático para determinar si la paciente tuviera respuesta inflamatoria activa, tampoco refirió síntomas urinarios para considerar tomar parcial de orina, tampoco evidencié al examen físico un sangrado o salida de líquido para considerar quizás que estuviera con una amniorrea o salida de líquido amniótico, entonces por eso solamente consideré tomarle la monitoria fetal.”*⁵⁹.

Explicó que cada institución hospitalaria tiene su trámite interno de atención, en el Hospital de Fontibón ESE, para la época de los hechos, el ciclo de atención era una admisión, realización de triage, valoración inicial de médico general, y una vez se conceptuara que la paciente requería una atención por el ginecólogo se solicitaba una interconsulta para ello⁶⁰. De otro lado, explicó que según el carnet de control prenatal, solo asistió a 2 controles prenatales de forma tardía.

.- En la misma audiencia, también se escuchó el testimonio del Dr. HANZEL DE JESÚS GARI GARCÍA, especialista en ginecología y obstetricia, médico que intervino en la atención médica prestada a la demandante. Indicó que la paciente consultó por un sangrado vaginal de 20 minutos y se le diagnosticó un desprendimiento de placenta, por lo que la conducta era desembarazarla de forma inmediata, dado su estado fetal insatisfactorio por la presencia de sangrado y la fetocardia del fruto del embarazo, lo cual se logró a través de una cesárea que la califica de oportuna⁶¹, misma en la que se determinó que el desprendimiento era del 70%. Aseguró que el desprendimiento de la placenta no tiene causa específica según la literatura médica, pero destacó que una de las causas más comunes son los traumas o golpes en el abdomen, y ocurre súbitamente durante este evento o en el trabajo de parto, cuando ocurre y el sangrado es abundante, la indicación es desembarazarla de forma inmediata si está a término.

Agregó que el protocolo del Hospital de Fontibón ESE, para la época de los hechos, indicaba que cuando llegaba una paciente al servicio de urgencias debía ser atendida por medicina general, profesional de la salud que determinaba si se debía interconsultar con el ginecobstetra⁶².

De otro lado, explicó que la evolución del abruptio puede ser muy corto, *“puede tener un desprendimiento de hasta el 100% que puede ser una evolución corta, se puede desprender en su totalidad hasta el 100% en periodos de hasta 5 o 10 minutos, claro que sí.”*⁶³. Aseguró que en los desprendimientos menores, como de 5 a 10% y con bebé pretérmino, se les puede dar espera, pero debe tenerse en observación. Pero cuando el desprendimiento es importante hay que actuar inmediatamente; el desprendimiento leve se determina con dolor abdominal leve y sangrado vaginal, y el medio diagnóstico ideal es la ecografía.

Para el caso concreto, se le indagó si era posible que una persona que presentara 70% de desprendimiento de placenta podía tener más de 3 días de evolución, a lo que contestó que *“no, eso no es posible, una paciente con un*

⁵⁹ Minuto 46:36 ibídem.

⁶⁰ Minuto 51:00 ibídem.

⁶¹ Minuto 1:26:33 ibídem.

⁶² Minuto 1:36:55 ibídem.

⁶³ Minuto 1:42:25 ibídem.

*desprendimiento de esa magnitud, él bebe tiene una catástrofe por la cual se muere inmediatamente.”*⁶⁴. Respeto del falso trabajo de parto, informó que ocurre cuando la mujer siente contracciones, pero estas no desencadenan un trabajo de parto propiamente dicho, aún no ha iniciado esa etapa, se diagnostica con el examen físico que muestre *“un cuello largo posterior cerrado y la monitoria fetal no muestra contracciones uterinas, se considera que es un falso trabajo de parto.”*⁶⁵, situación que aduce, según las guías médicas, no está indicada la ecografía obstétrica, porque prima el examen físico, es decir, *“si el examen físico es normal, no está en trabajo de parto, que no tenga alguna otra alteración y que la monitoria este normal, con bienestar fetal, no es necesario en ese momento hacerle una ecografía de urgencia.”*⁶⁶, y principalmente cuando se está en falso trabajo de parto, el examen principal es la monitoria fetal, a menos que no tenga exámenes importantes previos como el VIH, se le deben ordenar.

Finalmente, precisó que un tacto vaginal jamás podrá causar un sangrado abundante ni mucho menos un desprendimiento de placenta, y que el desprendimiento de placenta se puede presentar en cualquier momento del embarazo, pero principalmente en el trabajo de parto, y que la mortalidad materna es del 5-8% y la mortalidad fetal hasta el 35%, aproximadamente.

Pues bien, descendiendo al caso concreto, se tiene que el análisis probatorio demuestra que en el servicio de salud prestado por el Hospital de Fontibón ESE a la paciente Gloria Esperanza Giral Trujillo los días 9 y 11 de agosto de 2013, se incurrió en un falla en el servicio que permitió la concreción del daño demandado, dado que no se prestó con oportunidad, continuidad y calidad, pues no se utilizaron todas las herramientas que tenían a su alcance para determinar el estado real del embarazo y evitar que a la gestante se le llevara a una operación de cesárea de urgencia vital, de la que se obtuvo un recién nacido vivo en pésimo estado que lo llevó a la muerte perinatal.

Como primera acotación, dirá el Despacho que la historia clínica allegada al plenario presenta serias inconsistencias y muestran que no tienen una estricta relación cronológica de las atenciones prestadas a la paciente, lo que ya muestra un indicio en su contra. La historia clínica no es solo una biografía patológica de una persona, sino que tal como lo dispone el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, es *“(…) el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.”*. Por tanto, en materia de responsabilidad médica, este documento reglado adquiere gran importancia, en cuanto constituye el medio de prueba idóneo para determinar si las prestaciones médico asistenciales de que fue objeto el paciente se adecuaron a los procedimientos establecidos.

La jurisprudencia del Consejo de Estado no ha sido ajena al tema relacionado con la elaboración y manejo de este preciado documento, pues incluso ha dicho que el acto médico complejo abarca también la debida elaboración y mantenimiento íntegro de la historia clínica, y que su incumplimiento constituye un indicio de falla en la prestación del servicio médico. En efecto, ha discurrido la alta Corporación:

“8.1 La obligación de elaborar y mantener la historia clínica – su incumplimiento es un indicio de falla en la prestación del servicio.

Para el cumplimiento de la obligación de elaborar una historia clínica conforme al deber normativo, deben satisfacerse ciertos criterios: a)

⁶⁴ Minuto 1:52:50 ibídem.

⁶⁵ Minuto 1:55:30 ibídem.

⁶⁶ Minuto 1:56:35 ibídem.

claridad en la información (relativa al ingreso, evolución, pruebas diagnósticas, intervenciones, curaciones o profilaxis, tratamientos, etc.); b) fidelidad en la información que se refleje y que corresponda con la situación médica del paciente y, con el período en el que se presta la atención médica; c) que sea completa tanto en el *iter prestacional*, como en la existencia de todo el material que debe reposar en los archivos de la entidad de prestación de la salud; d) debe dejarse consignado dentro de la historia clínica de manera ordenada, cronológica y secuencial toda la información de diagnóstico, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y demás datos indispensables que reflejen el estado de salud del paciente; e) debe orientar y permitir la continuidad en la atención y proporcionar al médico la mejor información, posible, para adoptar decisiones sin improvisación para así ofrecer las mejores alternativas médicas, terapéuticas y/o quirúrgicas, siempre con el objetivo de resguardar la eficacia del derecho a la salud consagrado en el artículo 49 de la Carta Política⁶⁷.” (Subraya del Despacho).

Pues bien, para el *sub lite* se tiene que la totalidad de la historia clínica allegada al expediente presenta inconsistencias en los antecedentes de la paciente y en las horas en que se prestaron los servicios de salud, por ejemplo, en la atención brindada el 9 de agosto de 2013, se aprecian como antecedentes de la gestante hechos futuros que generan confusión sobre el estado actual de la misma para ese momento, y para las atenciones subsiguientes, la que más llama la atención, es que se describe que la cesárea de urgencia inició a las 2:54 horas del 11 de agosto de 2013, no obstante, el alumbramiento del feto se describe que ocurrió a las “2+25”, esto es media hora antes de que al parecer se haya iniciado el procedimiento, además, porque las atenciones que recibió la recién nacida se relatan en la historia clínica escrita varias horas después de que falleció.

Entonces, si bien aquellas anomalías pueden explicarse en un presunto error técnico en el sistema “*dinámica gerencial*”, no existen pruebas que avalen tal hipótesis, y aunque esta situación no constituye plena prueba que edifique por sí sola la responsabilidad administrativa del Hospital demandado, desde ya se deja constancia que sí constituye un indicio en su contra, como quiera que no ofrece pleno grado de certeza o fidelidad sobre lo ocurrido en esas atenciones médicas.

Ahora bien, en relación con la existencia del daño demandado, no existe duda alguna de su configuración, pues se trata del fallecimiento de la hija recién nacida de la pareja conformada por la señora GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO y el señor YERSON STIVEN CAMARGO RINCÓN, la cual ocurrió, de conformidad con el Registro Civil de Defunción⁶⁸, el día 11 de agosto de 2013.

La muerte de la bebé, conforme se detalla en la historia clínica aportada, está relacionada con las patologías de la gestante de ruptura prematura de membrana con abrupcio de placenta de aproximadamente el 70%, que llevaron a que la recién nacida presentara un pésimo estado de salud, generándole los siguientes diagnósticos: i) choque multifactorial no compensado, ii) choque hipovolémico, iii) abruptio de placenta de 70%, iv) choque cardiogénico, v) asfixia perinatal, vi) acidosis mixta severa, viii) choque séptico, ix) alta sospecha de sepsis neonatal temprana, x) índice infeccioso positivo, y xi) acidosis mixta severa.

De otro lado, en cuanto al análisis de la imputación del daño a la demandada,

⁶⁷ Consejo de Estado – Sección Tercera Subsección “C”. Sentencia de 24 de abril de 2014. Radicación 66001-23-31-000-1999-00494-01(26923). CP: Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

⁶⁸ Página 7 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

se recuerda que la parte demandante sostiene que se presentó una falla en la prestación del servicio médico el 9 de agosto de 2013, puesto que las acciones y omisiones del Hospital demandado generaron una pérdida de oportunidad en la demandante de dar a luz de forma óptima, debido a que la demandada se *“apartó de guías y protocolos médicos, al omitir exploración, realización de estudios paraclínicos de la gestante en trabajo de parto, omitiendo el debido cuidado para estudio, monitoreo, observación y cuidado de trabajo de parto, omitiendo la valoración de un especialista estando en un segundo nivel de complejidad en salud.”*.

En síntesis, cuestiona que en la primera atención se omitió un cuidado diligente pues se realizó un estudio superficial, sin especuloscopia, sin estudio de ecografía obstétrica, y dándole salida sin signos de alarma, cuando a juicio de la parte actora ameritaba pasarla a observación y realizar monitoreo continuo a fin de cuidar el estado del trabajo de parto y la bebé, lo que considera como la causa eficiente del daño.

Así, el discurrir procesal muestra que sus dichos encuentran respaldo en el material probatorio regular y oportunamente incorporado al expediente, que indican que el caso bajo estudio se trató de una paciente, primigestante de 23 años, con embarazo de 39.5 semanas, quien el 9 de agosto de 2013 a las 19:58 horas consultó el servicio de urgencias del Hospital de Fontibón ESE, por presentar dolor de 2 días en hipogastrio tipo cólico, irradiado a región lumbar con salida de líquido vaginal moderado hace 6 horas, negando pérdidas vaginales, atención en la que se le practicó una monitoria fetal que determinó el bienestar fetal y que la paciente no presentaba contracciones. Por ello, se decidió darle salida con signos de alarma y recomendaciones, pues se consideró que la paciente cursaba con parto, sin cambios cervicales evidentes, con feto único vivo, sin actividad uterina, y con adecuado bienestar fetal.

No obstante, el 11 de agosto de 2013, a la 1:40 horas, esto es pasadas 29 horas, reconsultó por presentar cuadro clínico de 30 minutos de evolución consistente en salida de líquido abundante por genitales asociado a salida de sangre con coágulos desde hace 15 minutos, sin dolor abdominal, y con movimientos fetales presentes, amniorrea evidente, con sangrado rutilante con coágulos, determinándose que la paciente cursaba con ruptura prematura de membranas con abrupción de placenta, se ordenó la práctica de cesárea como urgencia vital, la cual, según la historia clínica, ocurrió a las 2:54:49, obteniéndose una femenina, viva, cefálico, sin esfuerzo respiratorio.

Narra la historia clínica de forma confusa que el nacimiento ocurrió a las 2:25 horas, y que a los 30 segundos la recién nacida presentó ausencia de esfuerzo respiratorio, sin frecuencia cardíaca y sin tono muscular, que se procedió a practicar maniobras de reanimación, recuperando frecuencia cardíaca a los 12 minutos, con respiraciones espontáneas con débil esfuerzo. A las 3:10 y 3:45 presentó paros respiratorios y disminución de la frecuencia cardíaca hasta parada, que no respondió de forma óptima a las maniobras de reanimación, que a las 4:20, 5:15 y 5:30 presentó paros cardíacos, que no respondió a masaje cardíaco ni a 2 bolos adicionales de adrenalina, se continuo masaje cardíaco por 20 minutos y se comprobó ausencia de pulso, frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta pupilar ausente, y se declaró fallecimiento a las 5:45 horas.

Así, se encuentra probado que la atención en salud prestada a la gestante el 9 de agosto de 2013, fue poco diligente, con falta de oportunidad, pues no se efectuaron todos los protocolos dispuestos por la *lex artis*, ni se utilizaron todas las pruebas diagnósticas con que contaba el Hospital de Fontibón ESE para establecer el real estado de la paciente y del feto, con el fin de diagnosticar si

para ese momento la gestación de la paciente ya cursaba con la ruptura prematura de membranas y el abruptio de placenta que complicó severamente al producto del embarazo, hasta llevarlo a su fallecimiento.

La literatura médica enseña que la rotura de membranas previa al trabajo de parto es la pérdida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto y puede ocurrir a término, mayor de 37 semanas, o antes, llamada rotura prematura de membranas - RPM pretérmino si ocurre antes de las 37 semanas. Esta patología predispone al parto pretérmino, y en cualquier momento aumenta el riesgo de i) infección en la mujer (infección intraamniótica), y en el recién nacido (sepsis), o ambos; ii) presentación fetal anormal, y iii) desprendimiento prematuro de placenta. Típicamente, a menos que aparezcan complicaciones de la RPM, el único síntoma es la pérdida o chorro repentino de líquido por la vagina, y la presencia de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, dolor abdominal y taquicardia fetal, especialmente si no tiene proporción con la temperatura materna, sugiere una infección intraamniótica⁶⁹.

En cuanto a su diagnóstico, se indica que se realiza un examen con espéculo estéril para verificar la rotura prematura de membranas, estimar la dilatación cervical y obtener muestras de cultivos cervicales, y al examen físico se observa la acumulación visible de líquido amniótico en la vagina o visualización de vérnix o meconio, evaluación del líquido vaginal que muestra helechificación o alcalinidad (color azul) en el papel de nitrazina, y amniocentesis bajo guía ecográfica para confirmarlo⁷⁰.

Así mismo, en las guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del Ministerio de Salud⁷¹, en relación con las infecciones en el embarazo, se indica que ocupa un lugar de alta importancia la Ruptura Prematura de Membranas (RPM), y explica lo siguiente:

“Esta patología complica aproximadamente entre el 8 y el 10% de todos los embarazos, generando una alta tasa de morbilidad materna y perinatal. En la mayoría de los casos esta ocurre en embarazos a término; cuando este evento sucede antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino, la cual complica aproximadamente entre 1 a 3% de todos los embarazos únicos y entre 7 y 20% de los embarazos gemelares, siendo la causa directa de aproximadamente 40% de todos los partos pretérmino en el mundo, generando complicaciones y secuelas graves en el neonato. El periodo de latencia, el cual es definido como el intervalo de tiempo comprendido entre la ruptura de las membranas y el parto, determina el tipo de complicaciones que se pueden presentar en esta patología, dependiendo de la edad gestacional en que ocurre la ruptura y del manejo instaurado en la gestante (...)”⁷²

La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la ruptura de las membranas varían con la edad gestacional y el momento del parto. El síndrome de dificultad respiratoria es la complicación más frecuente a cualquier edad gestacional. Otras complicaciones que suelen presentarse y con más frecuencia en edades gestacionales más tempranas incluyen la sepsis materna, la corioamnionitis, la enterocolitis necrotizante,

⁶⁹ Información extraída del “Manual MDS Versión para Profesionales”, visible en el siguiente link: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>

⁷⁰ Ibídem.

⁷¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>

⁷² Página 327

la hemorragia intraventricular, la hiperbilirrubinemia, la sepsis neonatal y una mayor estancia hospitalaria (...) ⁷³

Para su diagnóstico, indica la guía que se inicia cuando una gestante consulta por salida espontánea de líquido amniótico, y en el examen clínico se encuentra salida de líquido a través del orificio cervical o hay presencia de lagos de líquido en el fondo de saco posterior de la vagina, para lo cual se recomienda que sea realizado por medio de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior, y si eso no resultase suficiente se recomienda realizar pruebas complementarias como cristalización, medición de ph, medición del índice de líquido amniótico por ecografía, amniotomía o determinación de microglobulina 1 alfa placentaria ⁷⁴.

Por otra parte, la literatura médica indica que el desprendimiento prematuro de la placenta o abruptio de placenta, es una complicación poco frecuente pero grave del embarazo, se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared interna del útero antes del parto, lo que puede disminuir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes al feto y causar un fuerte sangrado en la madre. Es más probable que el desprendimiento placentario ocurra en el último trimestre del embarazo, y en especial durante las últimas semanas antes del nacimiento, siendo los signos y síntomas del desprendimiento placentario la hemorragia vaginal, aunque puede ser que no haya ninguna, dolor abdominal, dolor de espalda, sensibilidad o rigidez uterina, contracciones uterinas ⁷⁵.

En cuanto a sus causas, indica la literatura que en general no se conoce la causa del desprendimiento de placenta, pero algunas causas posibles son traumatismos o lesiones abdominales, no obstante, existen factores de riesgo que pueden aumentar su aparición como una caída, uso de drogas, infección de útero, y *“Rotura prematura de las membranas, que provoca fuga del líquido amniótico antes del final del embarazo.”* ⁷⁶. Sus complicaciones pueden constituirse en muerte fetal, nacimiento prematuro, insuficiencia de oxígeno, entre otras.

Así, se tiene que la atención en salud brindada a la madre gestante el 9 de agosto de 2013, no fue adecuada, oportuna y diligente, como quiera que se obviaron las guías médicas y la *lex artis* antes detalladas, mismas que debieron ser aplicadas ya que ese día la paciente informó que se encontraba con cuadro de 2 días consistente en dolor en hipogastrio tipo cólico irradiado a región lumbar, con salida de líquido vaginal moderado, y al examen físico, aunque no se encontró amniorrea ni sangrado en ese momento, sí se evidenció leucorrea o fluido vaginal abundante de coloración blanca, todo lo cual, según lo reseñado atrás, constituyen indicios suficientes para que naciera el deber de descartar la probable ruptura prematura de membranas que le fue diagnosticada horas después en su ingreso.

La no aplicación de la *lex artis* y de las guías médicas, puede ser comprobada con la lectura de la historia clínica en la que nada se dice sobre si en el examen físico se practicó el uso del espéculo o se ordenó la ecografía transabdominal para verificar el índice del líquido amniótico, y así poder determinar si en la humanidad de la paciente estaba cursando desde ese

⁷³ Página 327.

⁷⁴ Página 330 y 331.

⁷⁵ Información extraída del siguiente link: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>

⁷⁶ Ibídem.

momento la ruptura temprana de membrana, o incluso, el desprendimiento de la placenta; igualmente, porque estos hechos fueron aceptados en el testimonio que rindió la médico general, Dra. Cañaveral Rodríguez, quien le prestó la atención ese día, en el que indicó que no practicó la especuloscopia, acto médico de rutina en las atenciones a madres gestantes según el criterio del ginecobstetra perito que rindió la experticia allegada al expediente, ni consideró la toma de ecografía transabdominal.

Además, debe tenerse en cuenta que en dicho testimonio y tal como consta en la historia clínica, la médica general consideró que la gestante, según el carnet de control prenatal, solo asistió a 2 controles prenatales y de forma tardía, lo que se constituye según la literatura médica como un factor de riesgo obstétrico, ya que el control prenatal es de suma importancia, incluso en embarazos saludables, pues ha dicho la literatura que *“Aunque no es posible obtener estudios científicos randomizados, los resultados sugieren que los hijos nacidos de madres sin controles de embarazo tienen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de morir, en comparación con hijos de madres que reciben control prenatal. Además de los cuidados médicos, el control prenatal debería incluir educación, soporte emocional y preparación para el parto.”*⁷⁷.

De igual forma, no se puede dejar de lado que la joven Giral Trujillo era primigestante, lo que también constituye un factor de riesgo en la gestación según la literatura médica⁷⁸, ya que existen múltiples factores que conllevan a que se desarrolle alto riesgo durante la gestación en madres primigestantes, *“como la edad materna, los estilos de vida, infecciones previas o durante el embarazo, la carencia de controles prenatales, los antecedentes familiares, los factores socio culturales y los trastornos hipertensivos.”*⁷⁹, que se desarrollan durante el embarazo y pueden conllevar a la muerte materna o perinatal.

En ese sentido, llama la atención del Despacho que, si bien los controles prenatales de la paciente fueron escasos y que cursaba con su primer embarazo, lo que constituyen factores de riesgo obstétrico, no se le haya prestado la atención médica necesaria y suficiente para descartar cualquier anomalía en su gestación. Además, no se puede perder de vista que tan solo unas horas después, en su reingreso al servicio de urgencias, fue vista por la especialidad de ginecología y obstetricia, quienes le diagnosticaron un embarazo de alto riesgo, sin que se especificaran las razones para ello, lo que permite concluir que sí se debió tratar con mayor diligencia y profundidad a la paciente el 9 de agosto de 2013, ya que era probable alguna complicación en la gestación.

En otras palabras, si el embarazo que cursaba en la humanidad de la paciente se consideró por la especialidad de ginecología y obstétrica como de alto riesgo obstétrico, salta a la vista la poca diligencia con la que se prestó el servicio de salud en la primera oportunidad que acudió al servicio de urgencias del hospital demandado, cuando presentaba dolor en hipogastrio y espalda de 2 días, salida de líquido por la vagina y flujo vaginal abundante, razón por la cual los controles, la atención y los cuidados médicos y clínicos debieron ser realizados con suma oportunidad y pertinencia, ajustados a dicha situación, lo que impone, se insiste, mayor deber de cuidado para prevenir las complicaciones gestacionales que horas después llevaron a que el embarazo no llegara a feliz término.

⁷⁷ Información extraída de; [https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340#:~:text=Aunque%20no%20es%20posible%20obtener,prenatal%20\(1%2C2\).](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340#:~:text=Aunque%20no%20es%20posible%20obtener,prenatal%20(1%2C2).)

⁷⁸ Por ejemplo, leer el siguiente resumen del estudio denominado *“Alto riesgo obstétrico en primigestates”*, visible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/1337>.

⁷⁹ Ibídem.

Por lo anterior, si bien se puede afirmar que la causa de la pérdida del producto del embarazo de la demanda se deriva de la ruptura prematura de membranas y el desprendimiento de la placenta, también se puede aseverar que ello es jurídicamente imputable a la entidad demandada, como quiera que se permitió la concreción de un riesgo que pudo haber sido detectado oportunamente, si en la primera consulta se hubiera hecho un estudio más profundo sobre la sintomatología que informó la paciente de acuerdo a las guías médicas y *lex artis* antes detalladas, lo que permite concluir que se obvió el deber de cuidado por parte de la institución de salud, quien para la fecha de los hechos era la garante de que el embarazo considerado tardíamente de alto riesgo llegara a feliz término.

Así las cosas, se concluye que el Hospital de Fontibón ESE incurrió en falla en la prestación del servicio de salud el 9 de agosto de 2013, ya que omitió prestar a la señora Gloria Esperanza Giral Trujillo un servicio de salud completo y de calidad, pues como se vio, no bastó con hacer un estudio superficial de la paciente y comprobar que el feto estaba vivo y con aparente bienestar, sino que se debió ahondar con suficiencia en las causas que la llevaron a consultar el servicio de urgencias, practicar en el examen físico la especulocopia, acceder al estudio por ecografía obstétrica, y así una vez descartadas la ocurrencia de las patologías que horas después le fueron confirmadas, dar salida con signos de alarma y recomendaciones.

Lo anterior no ocurrió en el caso bajo estudio, pues las pruebas muestran que ante los ruegos de la gestante, su sintomatología y las especiales circunstancias en las que se evidenció las complicaciones de su embarazo, el criterio médico de esa fecha fue desacertado y reprochable ya que facilitó que el resultado fatal se consumara, sobre todo porque no se observa en la historia clínica ningún procedimiento o examen diagnóstico tendiente a determinar el origen de los síntomas que presentaba la gestante, tales como salida de líquido por sus genitales, abundante fluido vaginal, dolor abdominal, etc. Esta omisión facilitó la presencia de las complicaciones ya mencionadas, frente a lo cual el cuerpo médico de la entidad demandada practicó una cesárea de urgencia, en la que se obtuvo un feto en pésimas condiciones de salud, por haber soportado sufrimiento fetal, asfixia, choque séptico y sepsis neonatal temprana, complicaciones que no pudieron ser superadas pues sobrevino la muerte de la recién nacida.

Por lo dicho atrás, queda demostrado que los contenidos normativos obligacionales relacionados con la atención que se debió dar a la embarazada, fueron desconocidos por la entidad de Salud, en claro detrimento no solo de los derechos fundamentales de la demandante, sino también de la criatura que estaba por nacer, quien igualmente goza de protección constitucional.

En lo relativo a las atenciones brindadas durante el reingreso de la paciente el 11 de agosto de 2013, el Despacho no encuentra ningún reparo que hacer, como quiera que las imputaciones efectuadas frente a estas quedaron desvirtuadas con el dictamen pericial que rindió el médico ginecobstetra y su contradicción, quien explicó que la ruptura prematura de membranas y el desprendimiento de placenta es una urgencia obstétrica grave, cuya tratamiento sí era provocar el parto por cesárea como urgencia vital, y que aunque en la historia clínica no obre copia del consentimiento informado para la práctica de esa intervención, en esos casos en los que es inminente el riesgo en la vida de la madre y del feto, se puede proceder a la práctica de la cesárea aún sin contar con dicho consentimiento o contando apenas con la aceptación verbal del mismo, lo que según se infiere de la historia clínica así sucedió.

Por otro lado, concluyó el perito que hubo negligencia médica por la omisión en

el registro de datos relevantes en la atención del recién nacido, no obstante, el hospital demandado allegó copia íntegra de la historia clínica, documento que permite concluir que si bien no se dejó registro de los paros cardiacos, maniobras médicas para reanimar a la bebé y duración de las afecciones que ocasionaron su deceso, ello obedeció a una falla en el sistema, razón por la que horas después se anotó todo lo ocurrido.

Así las cosas, se declarará la responsabilidad administrativa y patrimonial de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. (antes HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE), por las fallas en que incurrió en la prestación del servicio que el 9 de agosto de 2013, se le brindó a la materna GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO, lo que llevó al deceso de su hija recién nacida.

7.- Indemnización de perjuicios

Teniendo en cuenta que se declarará la responsabilidad extracontractual en cabeza del SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. (ANTES HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE), procede el Despacho a fijar los montos indemnizatorios, de conformidad con lo demandado y teniendo como base lo establecido por la jurisprudencia del Consejo de Estado.

7.1.- Perjuicios morales

La parte actora, en el libelo introductorio, solicita el reconocimiento y pago de daños morales en cuantía de 100 SMLMV para la madre y el padre de YULIANA ISABELLA CAMARGO GIRAL (q.e.p.d.).

La reparación del daño moral en caso de muerte tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a los familiares y demás personas allegadas del fallecido. Para el efecto se fija como referente en la liquidación del perjuicio moral, los cinco (5) rangos identificados según la jurisprudencia patria así⁸⁰:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
Regla general en el caso de muerte	Relación afectiva conyugal y paterno – filial	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos, nietos)	Relación afectiva del 3er de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relación afectiva no familiar (terceros damnificados)
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

En este sentido, el Alto Tribunal, indicó que “Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva”. Por tanto, se tasarán los daños morales, aplicando los parámetros fijados por el Consejo de Estado.

Al respecto, no cabe duda que la madre de la bebé YULIANA ISABELLA CAMARGO GIRAL (q.e.p.d.), era la señora GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO, pues así lo demuestran la mayoría de las pruebas aportadas como la historia clínica y el Certificado de Nacimiento allegado⁸¹. Respecto al demandante YERSON STIVEN CAMARGO RINCÓN, dirá el Despacho que su

⁸⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, Sentencia del 28 de agosto de 2014, Exp. 26.251, M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.
⁸¹ Página 6 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

calidad de padre se puede inferir de las pruebas aportadas al expediente, ya que siempre fue aceptado como tal por la madre ante el hospital demandado⁸², aunado a que en algunas de las atenciones que recibió en su control prenatal se anotaba como compañero al señor “Yerson Camargo”⁸³, y porque también fue la persona que acompañó a la entonces gestante a la unidad de urgencias del HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE⁸⁴.

Entonces, según los parámetros fijados por la jurisprudencia nacional en la tabla anterior, a GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO y YERSON STIVEN CAMARGO RINCÓN, padres de la bebé fallecida, se les reconocerá como indemnización por perjuicios morales el equivalente a CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV), para cada uno de ellos.

7.2.- Daños materiales

La parte actora pide que se condene a la demandada a pagar el lucro cesante consolidado y futuro que generó el fallecimiento de la bebé YULIANA ISABELLA CAMARGO GIRAL en cuantía de \$64.897.093.00. El Despacho no hará ningún reconocimiento al respecto, toda vez que la hija de los demandantes ni siquiera tuvo la oportunidad de generar ingresos, lo que hace que la causación de un lucro cesante se torne incierta⁸⁵, lo que va en contravía del carácter cierto que necesariamente debe tener el daño para que proceda su indemnización.

Adicionalmente, si bien es cierto que de haber sobrevivido la menor lo más seguro es que hubiera llevado una vida normal, con su posterior incorporación al mercado laboral, empero, ello no hace siquiera probable que hacia el futuro sus padres fueran a depender económicamente de su hija, dado que en la actualidad se entiende que son personas con capacidad de proveer a su propia subsistencia, lo que indica que el daño reclamado carece de algunos de los elementos necesarios para su configuración como son la certeza y actualidad.

7.3.- Otros daños inmateriales

El apoderado de la parte demandante pide que se reconozca y pague la cantidad de 200 SMLMV tanto para la madre como para la bebé, por concepto de daño fisiológico y daño a la salud, derivado del “sufrimiento, dolor y deterioro” ocasionado por el mencionado fallecimiento. Al mismo tiempo, pide que se reconozca y pague la misma cantidad, a título de daño a la vida de relación y alteración grave a las condiciones de existencia, a cada uno de los padres de la víctima directa, por lo mismo, esto es, por el “sufrimiento, dolor y deterioro”, por el deceso de la recién nacida.

Para resolver estas solicitudes, el Despacho se apoya en la posición unificada de la Sección Tercera del Consejo de Estado, que subsumió los perjuicios inmateriales surgidos de la lesión por la integridad psicofísica, en el denominado **daño a la salud**, indicando:

“(…) se recuerda que, desde las sentencias de la Sala Plena de la Sección Tercera de 14 de septiembre de 2011, exp. 19031 y 38222 (...) se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños

⁸² Página 52 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

⁸³ Página 18 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

⁸⁴ Página 26 del documento digital “002AnexosDeLaDemanda”, del C1.

⁸⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección B. C.P: Stella Conto Díaz del Castillo. Sentencia de 28 de febrero de 2011. Radicación: 17001-23-31-000-1997-08001-01(18515).

inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada daño a la salud (...)”⁸⁶

“De modo que, el “daño a la salud” –esto es el que se reconoce como proveniente de una afectación a la integridad psicofísica– ha permitido solucionar o aliviar la discusión, toda vez reduce a una categoría los ámbitos físico, psicológico, sexual, etc., de tal forma que siempre que el daño consista en una lesión a la salud, será procedente determinar el grado de afectación del derecho constitucional y fundamental (artículo 49 C.P.) para determinar una indemnización por ese aspecto, sin que sea procedente el reconocimiento de otro tipo de daños (v.gr. la alteración de las condiciones de existencia), en esta clase o naturaleza de supuestos.

Se reconoce de este modo una valoración del daño a la persona estructurado sobre la idea del daño corporal, sin tener en cuenta categorías abiertas que distorsionen el modelo de reparación integral. Es decir, cuando la víctima sufra un daño a la integridad psicofísica sólo podrá reclamar los daños materiales que se generen de esa situación y que estén probados, los perjuicios morales de conformidad con los parámetros jurisprudenciales de la Sala y, por último, el daño a la salud por la afectación de este derecho constitucional.”⁸⁷

...

En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación– precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud.

Como se infiere de la posición unificada del órgano de cierre de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, ya no se debe hablar como antaño de diferentes daños inmateriales como los que ahora reclama el togado que defiende los intereses de la parte demandante, sino que todos estos conceptos quedaron inmersos en lo que denominó como daño a la salud, que no abarca toda la esfera individual de una persona sino lo que tiene que ver con su aspecto corporal, entendido como la alteración del funcionamiento corporal del ser humano con un daño antijurídico, incluyendo aspectos físicos, sexuales y psicológicos, entre otros.

Así las cosas, el Despacho no concederá estas pretensiones como quiera que las pruebas no son suficientes para acreditar la ocurrencia cierta y actual de este perjuicio inmaterial. En suma, porque la parte actora lo reclama bajo la argumentación de que el fallecimiento de la bebé causó dolor y sufrimiento a los demandantes, lo cual escapa a la naturaleza de este tipo de indemnizaciones, sobre todo porque la compensación del *dolor y sufrimiento* generado por el daño antijurídico ya se entiende satisfecha con el reconocimiento pecuniario del daño moral.

⁸⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 28 de agosto de 2014, exp. 31170, M.P. Enrique Gil Botero.

⁸⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 28 de agosto de 2014, exp. 31172, M.P. Olga Medila Valle de la Hoz.

7.4.- Otras solicitudes

El apoderado de la parte actora pide que se condene a la demandada al “reconocimiento y solicitud de perdón y compromiso de no repetición en público”, sin embargo, no justificó la pretensión. El Despacho no accederá a esta solicitud, pero en cambio, sí conminará a la entidad demandada para que reevalúen sus protocolos internos para la atención de las madres gestantes, con el fin de que presten con mayor pericia, diligencia y oportunidad el servicio de salud, lo que incluye la utilización todos los medios a su alcance para el diagnóstico de las diferentes complicaciones del embarazo, y así se evitar que se produzcan más casos como el que ahora se reprocha.

De igual forma, en el numeral 4º de la pretensión segunda de la demanda se solicita la indemnización del daño fisiológico y daño a la salud, sufridos por la bebé YULIANA ISABELLA CAMARGO GIRAL, en cuantía de doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes. El Despacho no considera viable hacer este reconocimiento, porque la menor no experimentó en estricto sentido un daño en su esfera psicofísica, sino que el daño por ella sufrido por la pérdida de la vida. Además, si lo que reclama la parte actora es la indemnización de ese daño por el corto espacio de tiempo que estuvo viva, en el que fue objeto de múltiples procedimientos para tratar de salvarle la vida, al respecto dirá el juzgado que la indemnización tampoco procede, puesto que su estado de inconciencia se observó desde el primer momento de su nacimiento y se mantuvo hasta su deceso, lo que impide conocer con certeza si pudo haber sido consciente del dolor físico y emocional que padeció entre el alumbramiento y su óbito.

8.- Costas

Si bien el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo prescribe que “la sentencia dispondrá sobre la condena en costas”, de ello no se sigue necesariamente que ante un pronunciamiento adverso la parte vencida deba ser condenada en costas. Por tanto, como la parte demandada ejerció su derecho de contradicción sin acudir a maniobras reprochables, el Juzgado no la condenará en costas.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta y Ocho Administrativo Oral – Sección Tercera del Circuito Judicial de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A

PRIMERO: DECLARAR IMPRÓSPERAS las excepciones de mérito propuestas por la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. (ANTES HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE)**.

SEGUNDO: DECLARAR administrativa y extracontractualmente responsable a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. (ANTES HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE)**, por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes, derivados de la muerte de la recién nacida YULIANA ISABELLA CAMARGO GIRAL (q.e.p.d.), a consecuencia del defectuoso servicio de salud prestado durante los días 9 y 11 de agosto de 2013, en ese ente hospitalario.

TERCERO: CONDENAR a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. (ANTES HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE)**, a pagar a **GLORIA ESPERANZA GIRAL TRUJILLO** y **YERSON STIVEN CAMARGO RINCÓN** el equivalente a CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV), por perjuicios morales, para cada uno de ellos.

CUARTO: CONMINAR a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. (ANTES HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE)** para que reevalúen sus protocolos internos para la atención de las madres gestantes, con el fin de que les presten con mayor pericia, diligencia, profundidad y oportunidad el servicio de salud, lo que incluye la utilización todos los medios a su alcance para el diagnóstico pleno de las diferentes complicaciones del embarazo, y así se evitar que se produzcan más casos como el que ahora se reprocha.

QUINTO: DENEGAR las demás pretensiones de la demanda.

SEXTO: Sin condena en costas.

SÉPTIMO: ORDENAR el cumplimiento de esta sentencia en los términos de los artículos 192 y 195 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

OCTAVO: ORDENAR la liquidación de los gastos procesales, si hay lugar a ello. Una vez cumplido lo anterior **ARCHÍVESE** el expediente dejando las anotaciones del caso.

NOVENO: RECONOCER personería a la Doctora ERIKA JOHANNA MORA BELTRAN identificada con C.C. No. 53.052.774 y T.P. No. 251.455 del C.S. de la J., como apoderada de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (antes Hospital Fontibón ESE), en los términos y para los fines del poder a ella conferido⁸⁸.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE
Juez 38 Administrativo Bogotá D.C.

JFAT

Correos electrónicos
Parte demandante: leurogutierrez@hotmail.com; mauricio.rueda.it@oulook.com.
Parte demandada: defensajudicialsubredsuroccidente@gmail.com; notificacionesjudiciales@subredsuroccidente.gov.co; erikajohannamorabeltran@gmail.com
Ministerio Público: mferreira@procuraduria.gov.co;

⁸⁸ Documento digital “49.- 27-03-2023 PODER”, del C6.

Firmado Por:
Henry Asdrubal Corredor Villate
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
038
Bogotá, D.C. - Bogotá 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: **4ebbd634ab5600f418ddf46bce7b4d00883168cb1ae585c0f750722497c297ca**

Documento generado en 18/05/2023 05:09:08 PM

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