



JUZGADO SÉPTIMO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ – DISTRITO JUDICIAL DEL TOLIMA

Ibagué, veintisiete (27) de noviembre de dos mil veintitrés (2023)

Clase de Proceso:	Reparación Directa
Demandantes:	NEIDY TATIANA GUTIÉRREZ MADRIGAL Y OTROS
Demandados:	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ “U.S.I” E.S.E y MUNICIPIO DE IBAGUÉ- SECRETARÍA DE SALUD.
Radicación:	No. 73001-33-33-007-2014-00661-00
Asunto:	Falla médica

Como toda la actuación de la referencia se ha surtido conforme a las reglas adjetivas que le son propias, sin que se observe causal alguna que invalide lo actuado, es procedente proferir decisión de mérito, para lo cual, la **Juez Séptima Administrativa de Oralidad del Circuito de Ibagué / Distrito Judicial del Tolima**, en ejercicio legal de la Función Pública de Administrar Justicia que le es propia, y con observancia plena al derecho aplicable, dicta la presente

S E N T E N C I A

I.- COMPETENCIA

Tal y como se expuso en el auto admisorio de la demanda, este Despacho es competente para conocer y decidir el presente asunto, conforme a lo dispuesto en el numeral 6° de los artículos 155 y 156 de la Ley 1437 de 2011.

II.- ANTECEDENTES

A través de apoderado judicial, los señores **NEIDY TATIANA GUTIÉRREZ MADRIGAL, MARCOS RINCÓN MARTÍNEZ, RUBI MADRIGAL, WILSON GUTIERREZ, ROSALÍA MARTÍNEZ RÍOS, NANCY RINCÓN MARTÍNEZ, DAMARIS RINCÓN MARTÍNEZ, BEHERLIDES RINCÓN MARTÍNEZ, YANETH GUTIÉRREZ MADRIGAL, LUZ ADRIANA GUTIÉRREZ MADRIGAL, MÓNICA ANDREA GUTIÉRREZ MADRIGAL Y WILSON ALEXIS GUTIÉRREZ MADRIGAL** han promovido el medio de control con pretensión de reparación directa en contra de la **UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ “U.S.I” E.S.E.** y el **MUNICIPIO DE IBAGUÉ- SECRETARÍA DE SALUD**, con el fin de obtener el reconocimiento de las siguientes

2.1. PRETENSIONES¹:

2.1.1. Declarar que las entidades demandadas son administrativamente responsables de la totalidad de los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales causados a los demandantes, a raíz del mal

¹ Folio 114 y s.s. del archivo denominado “001CuadernoPrincipal” de la carpeta “001CuadernoPrincipal” del expediente digital.

manejo propedéutico y administrativo prestado a la señora NEIDY TATIANA GUTIÉRREZ MADRIGAL y a su hijo por nacer, lo que ocasionó la muerte del neonato.

- 2.1.2. Que como consecuencia de la anterior declaración de responsabilidad, se condene a las Entidades demandadas a pagar a los demandantes, los perjuicios inmateriales causados en las modalidades de daño moral y daño a la vida en relación, cuantificados en el libelo de la demanda.
- 2.1.3. Que se ordene a las Entidades demandadas dar cumplimiento a la sentencia en los términos establecidos en la Ley.
- 2.2. Como **HECHOS** para fundamentar sus pretensiones expuso los que a continuación se sintetizan²:
- 2.2.1. Que la señora NAIDY TATIANA GUTIÉRREZ MADRIGAL se encontraba afiliada a SOLSALUD EPS-S hoy en liquidación y era atendida en la Unidad de Salud de Ibagué "U.S.I" E.S.E.
- 2.2.2. Que el 02 de febrero de 2012, la señora NAIDY TATIANA GUTIÉRREZ MADRIGAL se realizó una ecografía obstétrica en la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E, la cual arrojó resultados normales, con un balance de líquido amniótico de característica normal, para su primer embarazo de 5.4 semanas.
- 2.2.3. Que el día 13 de febrero de 2012 la señora Gutiérrez Madrigal dio inicio a sus controles prenatales, asistiendo a siete (7) controles en donde se registra normalidad.
- 2.2.4. Que el día 14 de marzo de 2012 la paciente acude a control pre natal No. 2 en la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E., y registra embarazo de 13.5 semanas.
- 2.2.5. Que el 13 de abril de 2012, la paciente acude al control prenatal No. 3, registrando un embarazo de 15.3 semanas, atención en la cual, según se afirma en el escrito de demanda se registró que se observaba la paciente en buenas condiciones generales, feto único vivo, movimientos fetales positivos, sin pérdida de líquido y bajo riesgo obstétrico.
- 2.2.6. Que el 16 de mayo de 2012, la paciente acude al Control Prenatal No. 03, en donde según se afirma se registra en la historia clínica, que se trata de una gestante de 20.2 semanas por eco temprana, movimientos fetales positivos, feto único vivo, bajo riesgo obstétrico.
- 2.2.7. Que el 08 de junio de 2012, se le diagnostica a la paciente vaginitis vulvitis y vulvovaginitis, sin que se registre, según se afirma en la demanda, cuál fue el plan de estudio y manejo clínico dado.
- 2.2.8. Que el 13 de junio de 2012, la paciente acude a control prenatal No. 4 en la Unidad de Salud de Ibagué, en donde se registra, que se observa en buenas condiciones generales, presenta reporte de exámenes de laboratorio y refiere estar en tratamiento, con una tensión arterial de 120/80.
- 2.2.9. Que el 15 de junio de 2012, la paciente es nuevamente atendida en la Unidad de Salud de Ibagué por el servicio de urgencias remitida de consulta externa por presentar tensión arterial alta.

² Folio 116 y s.s. del archivo ibídem.

- 2.2.10.** Que el 19 de junio de 2012, la paciente es atendida en la Unidad de Salud de Ibagué, en donde se realizó vacunación, sin ninguna otra anotación en la historia clínica.
- 2.2.11.** Que el 21 de junio de 2012, en la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E, se realiza a la paciente ecografía obstétrica, que arroja resultados normales, con un presunto balance de líquido amniótico normal para un embarazo de 27.5 semanas.
- 2.2.12.** Que el 13 de julio de 2012, la paciente acude al control pre natal No. 6 en la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E. en donde se registra, que se trata de una gestante de 30.3 semanas, se observa en buenas condiciones generales, feto único vivo, movimientos fetales positivo, genitales sin sangrado ni pérdida de líquido.
- 2.2.13.** Que el 25 de julio de 2012, la paciente procede a realizarse una ecografía particular, en donde se evidencia, entre otras cosas, un índice de líquido amniótico de 8, un embarazo único de 30 semanas y se sugirió seguimiento con ecografía Doppler y Monitoreo Fetal. En la misma fecha, la paciente asiste a consulta con medicina externa y presenta reporte de laboratorios y ecografía del mismo día, en donde se registra en la historia clínica, oligoamnios (disminución de la cantidad del líquido amniótico), RCIU (restricción del crecimiento uterino), HTA (hipertensión), Hiperuricemia (ácido úrico elevado) y se ordena como plan de manejo, valoración por gineco prioritaria y supervisión embarazo de alto riesgo.
- 2.2.14.** Que el día 13 de agosto de 2012, se realiza Doppler Obstétrico con evaluación de circulación placentaria, el cual arroja como resultado, que se trata de un feto único en situación longitudinal, sin actividad cardiaca en el momento del estudio y se corrobora líquido amniótico disminuido en aspecto y cantidad para la edad de gestación.
- 2.2.15.** Que en la misma fecha -13 de agosto de 2012- la paciente acude a la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E en donde es valorada y se le ordena control prenatal en 15 días, recomendaciones y signos de alarma y supervisión de embarazo de alto riesgo.
- 2.2.16.** Que el mismo día -13 de agosto de 2012- la paciente acude al Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué, donde es valorada e ingresa a la sala de partos por ausencia de fetocardia, movimientos fetales y actividad uterina y se reporta óbito fetal.
- 2.2.17.** Que el 14 de agosto de 2012, se traslada la paciente a la sala de partos, y se obtiene recién nacido muerto con evidencia de meconio abundante.
- 2.2.18.** Que después de los eventos descritos, la paciente fue atendida por el servicio de psicología al denotarse una afectación en el área emocional a causa de la muerte de su hijo por nacer.

2.3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

2.3.1. Unidad de Salud de Ibagué "U.S.I" E.S.E.³

El apoderado de la Entidad demandada indicó que se opone a todas y cada una de las pretensiones incoadas por la parte actora en relación con la Entidad que representa por considerar que, no hay elementos fácticos, probatorios o jurídicos que permitan imputar responsabilidad a la USI por los

³ Folio 82 y s.s. del archivo denominado "001Cuaderno1Parte2" de la carpeta "002Cuaderno1Parte2" del expediente digital.

perjuicios alegados, ya que según afirma, la atención prestada a la señora Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal durante su embarazo en el año 2012 fue oportuna y adecuada y no hubo acción u omisión por parte de la Unidad de Salud de Ibagué, que pueda haber causado el daño alegado a razón del óbito fetal.

En relación con los supuestos fácticos de la demanda indicó que: los hechos 1, 3, 5, 6, 9, 11, 12 y 16 son ciertos; los hechos 2 y 23 no le constan; el hecho 4 es parcialmente cierto y que los hechos 7, 8, 10, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21 y 22 no son ciertos.

Señala que la USI atendió adecuadamente a la paciente en el primer nivel que le correspondía como parte de sus competencias, cumplió cabalmente con los controles del embarazo y le dio las instrucciones de comparecencia a la paciente, ordenando los exámenes pertinentes y los tratamientos mandados por el estado del arte y la diligencia en atención de la salud.

Agrega que el embarazo transcurrió normalmente y solo el 25 de julio se remitió a la paciente al segundo nivel por evidenciarse algunos signos de alarma, y en el segundo nivel no se detectó por parte de los médicos tratantes ninguna anomalía.

Indica a su vez que, de conformidad con lo dispuesto en la historia clínica, la paciente nunca presentó preclamsia y la muerte del feto se produjo por insuficiencia placentaria de origen desconocido.

Formuló como excepciones las que denominó *En la USI no hubo falla del servicio médico asistencial prestado a la gestante, no hay nexo de causalidad alguno entre la atención brindada a la paciente y el óbito fetal que presentó, no hubo falla del servicio por parte de la USI E.S.E y no hubo falta de oportunidad, diligencia y atención a la paciente durante su embarazo.*

2.3.2. Municipio de Ibagué- Secretaría de Salud.

Dentro del término conferido guardó silencio, tal y como da cuenta la constancia secretarial visible en el folio 102 del archivo denominado "001Cuaderno1Parte2" de la carpeta "002Cuaderno1Parte2" del expediente digital.

III.- TRÁMITE PROCESAL

Presentado el proceso ante la Oficina Judicial el día 20 de febrero de 2014⁴, correspondió por reparto a este Despacho quien mediante providencia de fecha 12 de junio de 2014 ordenó la admisión de la demanda⁵.

Posteriormente, mediante auto de fecha 05 de junio de 2015⁶, se tuvo a la firma Legal Strategy SAS como sucesor procesal de SOLSALUD SAS, en atención a los contratos de mandato suscritos entre ellas para conocer de los asuntos judiciales pendientes por definirse.

Notificadas las partes, el Ministerio Público y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado⁷, dentro del término de traslado de la demanda, la sociedad Legal Strategy SAS y la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E contestaron la demanda, propusieron excepciones y allegaron las pruebas que pretendían hacer valer y el Municipio de Ibagué- Secretaría de Salud guardó silencio⁸.

⁴ Folio 2 del archivo denominado "001CuadernoPrincipal" de la carpeta "001CuadernoPrincipal" del expediente digital.

⁵ Folio 167 y s.s. del archivo ibídem.

⁶ Folio 184 y s.s. del archivo ibídem.

⁷ Folio 201 y s.s. del archivo ibídem.

⁸ Folio 102 del archivo denominado "001Cuaderno1Parte2" de la carpeta "002Cuaderno1Parte2" del expediente digital.

Mediante providencia del 11 de marzo de 2016⁹ se fijó fecha para llevar a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 del C.P.A.C.A., la cual fue reprogramada mediante proveído adiado 13 de mayo de 2016¹⁰ por solicitud del apoderado de la Unidad de Salud de Ibagué.

Posteriormente, a través de auto de fecha 11 de julio de 2016¹¹, previo a la realización de la diligencia de audiencia inicial, se ordenó correr traslado del recurso de reposición impetrado por el apoderado de la sociedad Legal Strategy SAS en contra del auto que dispuso su vinculación a la presente actuación.

Una vez surtido el referido trámite, mediante auto de fecha 19 de agosto de 2016¹² se resolvió reponer el auto de fecha 05 de junio de 2015, por medio del cual se tuvo a la firma Legal Strategy SAS como sucesor procesal de Solsalud EPS liquidada y en su lugar, se ordenó su desvinculación de la presente actuación e igualmente se declaró probada de oficio la excepción previa denominada "*inexistencia del demandado*" frente a SOLSALUD EPS-S liquidada.

Mediante providencia del 02 de septiembre de 2016¹³ se fijó fecha para llevar a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 del C.P.A. y de lo C.A.; diligencia que se llevó a cabo el día 09 de noviembre de 2016¹⁴ agotándose en ella la totalidad de sus instancias en legal forma.

Por encontrarse necesaria la práctica de pruebas, se fijó fecha para la realización de la diligencia de que trata el artículo 181 del C.P.A. y de lo C.A., la cual se llevó a cabo el día 01 de marzo de 2017¹⁵.

Una vez surtido el recaudo probatorio, a través de auto de fecha 15 de julio de 2022¹⁶ se ordenó correr traslado a las partes por el término de tres (3) días del dictamen pericial elaborado por la Dra. Miryam Adriana Gómez Meneses y con el fin de continuar con el trámite procesal se citó a las partes a diligencia de continuación de la audiencia de pruebas, la cual se llevó a cabo el día 25 de octubre de 2022¹⁷, en donde se declaró precluido el periodo probatorio y por considerar innecesaria la celebración de la audiencia de alegaciones y juzgamiento, de conformidad con lo dispuesto en el inciso final del artículo 181 del C.P.A. y delo C.A., se ordenó a las partes presentar por escrito sus alegatos de conclusión dentro de los diez (10) días siguientes a la realización de dicha diligencia.

3.1. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

3.1.1. PARTE DEMANDANTE.

Guardó silencio¹⁸.

3.2. PARTE DEMANDADA

3.2.1. UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ E.S.E¹⁹.

⁹ Folio 108 del archivo ibídem.

¹⁰ Folio 118 del archivo ibídem.

¹¹ Folio 122 del archivo ibídem.

¹² Folio 126 y s.s. del archivo ibídem.

¹³ Folio 132 del archivo ibídem.

¹⁴ Folio 139 y s.s. del archivo ibídem.

¹⁵ Folio 162 y s.s. del archivo ibídem.

¹⁶ Archivo denominado "027AutoCorreTrasladoDictamenFijaFechaAudienciaPruebas" de la carpeta "002Cuaderno1Parte2" del expediente digital.

¹⁷ Archivo denominado "032ActaAudienciaPruebasCorreTrasladoAlegatos" de la carpeta ibídem.

¹⁸ Archivo denominado "VencimientoAlegacionesPasaDespachoSentencia" de la carpeta ibídem.

¹⁹ Archivo denominado "035AlegatosUSI" de la carpeta ibídem.

Solicitó que se desestimen las pretensiones de la demanda por ausencia de falla del servicio que pudiera generar los daños alegados.

Agrega, que de conformidad con lo señalado por la Dra. Adriana Gómez Meneses en dictamen pericial allegado a la presente actuación, la insuficiencia placentaria que provocó el desenlace fatal para el feto resulta de origen desconocido, y de ninguna manera imputable a la USI ESE.

De lo anterior concluye, que la causa del óbito fetal no tuvo nada que ver con acción u omisión alguna de la Entidad que representa.

En virtud de lo expuesto solicita, se declaren probadas las excepciones de fondo de la contestación de la demanda.

3.2.2. MUNICIPIO DE IBAGUÉ- SECRETARÍA DE SALUD²⁰.

El apoderado de la Entidad territorial se pronunció para señalar, que el Municipio de Ibagué no tuvo injerencia alguna en el presunto daño alegado, como quiera que dentro de sus competencias no se encuentra la vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud.

Por lo anterior concluye, que no existen razones de hecho o derecho para predicar la configuración del título de imputación de responsabilidad que se alega en contra el Municipio de Ibagué, como quiera que no existió negligencia, falla, o tardanza en la prestación de algún servicio, que repercutiera en algún bien jurídico tutelado de los demandantes.

IV.- CONSIDERACIONES

Sin manifestaciones que efectuar respecto a los presupuestos procesales de jurisdicción y competencia analizados en el auto admisorio de la demanda, y dado que de conformidad con lo previsto en el artículo 207 del C.P.A. y de lo C.A., en el desarrollo de las etapas procesales se ejerció un control de legalidad de las mismas, sin presentarse manifestación alguna por las partes u observarse por el despacho vicios procesales que acarreen la nulidad del proceso, se procede a proferir la sentencia de primera instancia que en derecho corresponda.

4.1. PROBLEMA JURÍDICO

Determinar si las Entidades demandadas, Municipio de Ibagué y la Unidad de Salud de Ibagué son administrativa y extracontractualmente responsables a título de falla en el servicio, por los perjuicios ocasionados a los demandantes, como consecuencia de la presunta deficiencia en la prestación del servicio de salud de la señora Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal, que conllevó al fallecimiento de su hijo por nacer.

4.2. CUESTIÓN PREVIA

En relación con las excepciones de mérito propuestas por la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E que denominó "En la USI no hubo falla del servicio médico asistencial prestado a la gestante, no hay nexo de causalidad alguno entre la atención brindada a la paciente y el óbito fetal que presentó, no hubo falla

²⁰ Archivo denominado "033AlegatosMunicipiolbagué" de la carpeta ibídem.

del servicio por parte de la USI E.S.E y no hubo falta de oportunidad, diligencia y atención a la paciente durante su embarazo”, se prevé que no constituyen una excepción propiamente dicha, al no atacar las pretensiones mediante la formulación de hechos nuevos que por sí solos tengan la virtud de extinguir, aplazar o modificar los efectos de aquella, limitándose a contradecir o negar los hechos de la demanda. Por ende, su decisión quedará inmersa en las consideraciones de la presente providencia.

4.3. ANÁLISIS DE INSTANCIA

4.3.1. Marco Normativo y Jurisprudencial para dar Respuesta al Problema Jurídico Planteado.

- Constitución Política, artículos 2, 6 y 90.
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 20 de mayo de 2022. Exp: 68001-23-31-000-2004-01503-01 (55134). C.P. José Roberto SÁCHICA Méndez
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 8 de junio de 2022. Exp: 27001-23-31-000-2011-00218-01 (55501). C.P. José Roberto SÁCHICA Méndez.
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 29 de julio de 2022. Exp: 25000-23-26-000-1997-13536-01 (25045). C.P. María Adriana Marín.
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 30 de agosto de 2022. Exp: 05001-23-31-000-2008-00540-0 (49835). C.P. María Adriana Marín.

4.3.2. De la Responsabilidad del Estado

El artículo 90 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado debe responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas y se requiere de la concurrencia de varios elementos a saber: *(i)* el daño antijurídico, *(ii)* la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, *(iii)* el nexo causal entre el daño y la actuación u omisión de la administración.

El **Daño Antijurídico** es entendido en la jurisprudencia Contencioso – Administrativa como *“la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”,* en otros términos, aquel que se produce a pesar de que *“el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación”*²¹.

De acuerdo a una debida interpretación del artículo 90 Constitucional, el H. Consejo de Estado²² ha enseñado, que la responsabilidad del Estado se origina, de un lado, cuando existe una lesión causada a la víctima que no tiene el deber jurídico de soportar y, de otro, cuando esa lesión es imputable fáctica y jurídicamente a una autoridad pública. Dicha Tesis fue avalada por la Corte Constitucional en Sentencia C-333 de 1993, en donde expresó, que además de constatar la antijuridicidad del daño, el juzgador debe elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión.

²¹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Bogotá, D.C., nueve (9) de mayo de dos mil doce (2012). Radicación número: 68001-23-15-000-1997-03572-01(22366).

²² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dr. Alirio Eduardo Hernández Enríquez, de fecha 01 de marzo de 2006.

Al referirnos a la **imputación jurídica y fáctica**, debemos remitirnos a lo explicado por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado que considera que *"imputar, para nuestro caso, es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición sine qua non para declarar la responsabilidad patrimonial de este último (...) la imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que su causación obedezca a la acción o a la omisión de las autoridades públicas en desarrollo del servicio público o en nexos con él, excluyendo la conducta personal del servidor público que, sin conexión con el servicio, causa un daño"*²³

A partir de la disposición Constitucional señalada, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad imputables al Estado, como (i) el subjetivo, que se basa en la teoría de la falla del servicio y (ii) el objetivo, que obedece a diferentes situaciones en las cuales la entidad demandada está llamada a responder, por un lado, con ocasión del ejercicio de actividades peligrosas o la utilización de elementos de la misma naturaleza, caso en el cual se habla del régimen del riesgo excepcional, y por otro, debido a la ruptura de la igualdad frente a las cargas públicas, caso en el cual estamos en presencia del régimen del daño especial, por ende, corresponde al Juez analizar los hechos de cada caso concreto y determinar el régimen de responsabilidad aplicable, para resolver el asunto sometido a su consideración de acuerdo con los elementos probatorios allegados, aunque el demandante haya encuadrado el contencioso en un título de imputación disímil, pues en acciones de reparación directa, domina el principio de *iura novit curia*.

De otro lado, en cuanto al **nexo de causalidad**, nuestro Órgano de Cierre²⁴ trayendo a colación apartes de la Doctrina Francesa ha considerado que éste, es el elemento principal en la construcción de la responsabilidad, esto es la determinación de que un hecho es la causa de un daño, pues desde el punto de vista teórico resulta fácil, en criterio de los autores, diferenciar el tratamiento del nexo de causalidad dentro de los títulos objetivo y de falla. En tratándose de la falla del servicio, la relación de causalidad se vincula directamente con la culpa, con la irregularidad o la anormalidad.

En síntesis, existe una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, en forma de mandato imperativo, aplicable a todas las autoridades estatales y en todos los ámbitos de la responsabilidad, siendo una garantía para los administrados, con la consecuente obligación para el Estado de repetir contra sus agentes, cuando la administración pública haya resultado condenada y se demuestre la culpa grave o el dolo de los mismos.

4.3.3. Régimen de imputación derivado de la actividad médica

En torno al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, la jurisprudencia ha realizado una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, siendo la posición actual aquella según la cual, el régimen de responsabilidad que resulta aplicable por la actividad médica hospitalaria es el de falla probada del servicio²⁵, subregla en la que, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales resulta improcedente por esta vía una condena en contra del Estado²⁶, tal y como lo ha entendido el H. Consejo de Estado al señalar:

*"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, **lo cierto es que existe consenso en cuanto a***

²³ Sentencia del 21 de octubre de 1999, expediente 10948, M.P. Alir Eduardo Hernández Enríquez.

²⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. María Elena Giraldo Gómez, Sentencia del 10 de agosto de 2005, Rad. 73001-23-31-000-1997-04725-01(15127).

²⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Sentencia del 09 de julio de 2018, Rad. 08001-23-31-000-2000-01774-01(44961).

²⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Marta Nubia Velásquez Rico, Sentencia del 19 de abril de 2018, Rad. 76001-23-31-000-2003-03719-01(44222) acumulado con el 76001-23-000-2004-01899-01).

que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño."²⁷ (Negrillas y subrayas del despacho)

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera, no sólo 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, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz"²⁸. (Se destaca)

En consonancia con ello y de acuerdo con lo dispuesto en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, 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.

Ahora bien, según el precedente jurisprudencial constitucional "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 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"²⁹.

Frente al particular, el órgano de cierre de ésta jurisdicción ha señalado que la falla médica se circunscribe a una consideración básica, según la cual, 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)"³⁰ (Subrayado original)

4.3.4. Responsabilidad por error en el diagnóstico.

²⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

²⁸ Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

²⁹ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

³⁰ Sección Tercera, sentencia del 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

El diagnóstico ha sido definido por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado, como el elemento determinante del acto médico, ya que es a partir de sus resultados que se elabora todo el tratamiento propiamente dicho, al señalar:

"Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho.

De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.

Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (...)"³¹.

Igualmente, se ha determinado en la Jurisprudencia de nuestro órgano de cierre, que **el diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas** a saber, la primera es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpación, auscultación, tomografías, radiografías, etc...; en la segunda, corresponde al médico analizar los exámenes practicados y emitir su juicio³².

A la par, esa Corporación ha sostenido que para que el diagnóstico sea acertado, se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de las fases anteriormente mencionadas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente, y en ese sentido, si el médico actuó con la pericia y cuidado antes mencionada, su responsabilidad no queda comprometida a pesar de que se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones³³.

En conclusión, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido enfática en afirmar que, para imputar responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos:

i) El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.

ii) El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.

iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.

³¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp.19.846; 10 de febrero de 2011, exp.19.040; 31 de mayo de 2013, exp.31724; 9 de octubre de 2014, exp.32348; y 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

³² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

³³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 y sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517.

iv) El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.

v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente.

*vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto.*³⁴

4.4. CASO EN CONCRETO.

A través del presente asunto se deberá determinar si las Entidades demandadas son administrativa y patrimonialmente responsables del óbito fetal, por haberle brindado a la madre gestante una atención médica deficiente e inoportuna, o si por el contrario, las entidades demandadas actuaron de manera diligente.

4.4.1. Lo probado en el proceso:

- Documental:

- 4.4.1.1.** Obran los registros civiles de nacimiento de los aquí demandantes, que dan cuenta de los lazos de parentesco existentes entre los mismos³⁵.
- 4.4.1.2.** Se aprecia el registro civil de matrimonio de los señores Marcos Rincón Martínez y Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal.³⁶
- 4.4.1.3.** Historia Clínica Prenatal sin fecha emitida por el Dr. Hugo Arenas R, especialista en ginecología y obstetricia.³⁷
- 4.4.1.4.** Resultados de exámenes de laboratorio efectuados a la señora Neidy Gutiérrez el día 31 de enero de 2012³⁸.
- 4.4.1.5.** Resultados de exámenes de laboratorio efectuados a la señora Neidy Gutiérrez el día 30 de enero de 2012³⁹.
- 4.4.1.6.** Resultado de Doppler Obstétrico con evaluación de circulación placentaria realizado a la paciente el día 13 de agosto de 2012, en la cual se concluye: "Gestación de 30 semanas 1 día +/- 2 semanas por Biometría. Obito fetal"⁴⁰.
- 4.4.1.7.** Resultado de Ecografía realizada a la paciente el día 21 de junio de 2012 en la cual se reporta índice de líquido amniótico normal, placenta madura, embarazo de 27.5 semanas y peso fetal estimado de 937 gramos⁴¹.

³⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 02 de mayo de 2018, CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa; Exp. 63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)

³⁵ Folio 13 a 28 del archivo denominado "001CuadernoPrincipal" de la carpeta "001CuadernoPrincipal" del expediente digital.

³⁶ Folio 16 del archivo ibídem.

³⁷ Folio 29 ibídem.

³⁸ Folio 30 ibídem.

³⁹ Folio 31 a 32 ibídem.

⁴⁰ Folio 33 a 34 ibídem.

⁴¹ Folio 35 a 37 ibídem.

- 4.4.1.8. Resultado de Ecografía realizada a la paciente el día 02 de febrero 2012 en la cual se reporta índice de líquido amniótico normal y embarazo de 5.4 semanas⁴².
- 4.4.1.9. Historia clínica de la señora Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal emanada de la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E del 13 de abril de 2012 al 13 de agosto de 2012.⁴³
- 4.4.1.10. Eco diagnostico transvaginal realizado a la paciente el día 25 de julio de 2012, en el cual, se indica: "Embarazo único de 30 semanas 1 día +/- 2 Semanas Oligoamnios, RCIU?" y se sugiere seguimiento con ecografía Doppler y Monitoreo Fetal⁴⁴.
- 4.4.1.11. Historia clínica de la señora Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal emanada del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E⁴⁵.
- 4.4.1.12. Certificado de defunción del naciurus de fecha 13 de agosto de 2012⁴⁶.
- 4.4.1.13. Historia clínica transcrita de la paciente Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal emanada del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué⁴⁷.
- 4.4.1.14. Historia clínica transcrita de la paciente Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal emanada de la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E⁴⁸.

- **Pericial.**

Se allegó al expediente el dictamen pericial rendido por la doctora Miryam Adriana Gómez Meneses, médica especialista en Ginecología y Obstetricia, en el cual se concluyó en relación con la atención brindada a la señora NEIDY TATIANA GUTIÉRREZ en la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E., lo siguiente:

"Se considera en el este caso, tomando en consideración que el control prenatal fue llevado a cabo por enfermería y médico general, que se cumplieron con las actividades requeridas para la época de los hechos. Las personas que atendieron a la paciente en la Unidad de Salud de Ibagué, utilizaron lo que se tenía a su alcance al ser un nivel I de atención, solicitando los paraclínicos requeridos frente a los hallazgos en los últimos controles. Al momento de la ausencia de actividad cardíaca fetal como hallazgo en el control, y dado que la paciente ya tenía cita para la ecografía, la médico general solo podía explicar a la paciente los posibles escenarios. Se le explicó tal y como quedó registrado en la historia y fue lo que hizo a paciente, que ante un reporte negativo debía dirigirse a urgencias.

Con el reporte de patología se sugiere que la causa ante parto del feto, fue producto de un desprendimiento de placenta (60% de desprendimiento). Frente a este hallazgo no hay algo que el médico general o enfermera en su control prenatal de nivel I, hubieran podido hacer para prevenirlo, evitarlo, dado que la paciente no tenía un factor de riesgo conocido para el desprendimiento de placenta.

*Cabe aquí también decir que según la historia clínica a la paciente se le informaban los signos de alarma."*⁴⁹

⁴² Folio 38 ibídem.

⁴³ Folio 39 a 80 ibídem.

⁴⁴ Folio 81 a 82 ibídem.

⁴⁵ Folio 83 a 102 ibídem.

⁴⁶ Folio 103 ibídem.

⁴⁷ Folio 3 a 18 del archivo denominado "001Cuaderno3PruebasParteDemandante" de la carpeta "003Cuaderno3PruebasParteDemandante" del expediente digital.

⁴⁸ Folio 19 a 55 del archivo denominado "001Cuaderno3PruebasParteDemandante" de la carpeta "003Cuaderno3PruebasParteDemandante" del expediente digital.

⁴⁹ Archivo denominado "003DictamenPericialUnidadSaludIbague" de la carpeta "004Cuaderno4DictamenPericial" del expediente digital.

A la diligencia de pruebas celebrada el día 23 de febrero de 2021 compareció la Dra. Miryam Adriana Gómez Meneses quien expuso su dictamen y respondió las preguntas formuladas, así:

CONTESTÓ: Este es el caso de una paciente NEIDY TATIANA GUTIÉRREZ que ingresa a control prenatal en el año 2012, febrero del año 2012 de manera temprana; para nosotros considerar un inicio temprano de control prenatal para esa época de los hechos, era durante el primer trimestre de la gestación, o sea antes de las 13 semanas. La paciente al principio comienza con un sangrado vaginal pero lo consideran de bajo riesgo, después la paciente asiste de manera regular a sus controles prenatales encuentran las tensiones normales. El 13 de julio del año 2012 es valorada por el médico general de la Unidad de Salud de Ibagué, tengo que expresar que yo solo tuve conocimiento de las historias y de las valoraciones de la paciente en la Unidad de Salud de Ibagué, que es una Unidad de primer nivel de atención. Para el 13 de julio la paciente tenía un embarazo de 30.3 semanas pero el médico general le había encontrado una tensión en 130/80, si bien esta tensión no se considera alta, el hecho de que la paciente venía con unas tensiones arteriales un poco más bajas hace que el médico que valora a la señora considere realizar estudios adicionales, si igual no se clasifica como tal, como un trastorno hipertensivo del embarazo porque las tensiones están por debajo de 140, si hay una elevación o un cambio de la tendencia con la que la paciente venía en sus controles previos por lo cual hace el médico general realice la solicitud de los laboratorios para corroborar el hallazgo. El 25 de julio la paciente asiste nuevamente a la consulta, lleva los laboratorios solicitados, lo único que se encuentra es la elevación del ácido úrico, ese mismo día llevaba una ecografía que reportaba un embarazo de 30 semanas con oligohidramnios que es una disminución del líquido amniótico y una sospecha de restricción, el médico indica la valoración prioritaria por ginecología, solicita monitoreo fetal y da recomendaciones y signos de alarma. La paciente regresa hasta el 13 de agosto a la Unidad de Salud de Ibagué, en ese control el médico no ausculta la fetocardia, se registra que la paciente para ese mismo día tenía una cita para un doppler obstétrico y le indica que según el resultado de ese doppler podría acudir a urgencias o si el doppler le sale normal que acuda a control a los 15 días. Ese mismo día la paciente ingresa al Hospital Federico Lleras, dice que el médico no ausculta la fetocardia, realizan la ecografía sin encontrar actividad cardíaca y la paciente refiere que desde la noche anterior no siente mover al bebé, tiene un embarazo de 25.6 por fecha de última regla y 33.1 semanas por ecografía. Con esa revisión de la historia yo puedo ver que la paciente tiene un ingreso temprano a control prenatal, asiste de manera regular, lo clasifican como una gestación de bajo riesgo, porque no encuentran ningún antecedente dentro de lo que refería la paciente para hacer el cambio a eso, ante el hallazgo de la ecografía que la señora llevaba a control el 25 de julio de oligohidramnios y restricción envían de manera prioritaria a valoración por ginecología y solicitan la monitoría como prueba de bienestar fetal. No hay registros en la historia clínica si la paciente si hizo esa monitoría fetal, cuál fue la interpretación de esa monitoría fetal, quién interpretó esa monitoría fetal como prueba de bienestar fetal que se realiza al alcance rápidamente en nuestro medio, tampoco se sabe cómo se dio la orden de valoración prioritaria por ginecología, que pasó con esa valoración de ginecología, si la paciente acudió a hacer el trámite ante su entidad administradora o su asegurador, si le dieron la cita, si se la autorizaron, para cuándo le dieron la cita. Para esa época de los hechos en la Unidad de Salud de Ibagué no se contaba con valoración de ginecología al interior de la Entidad como de pronto ahora puede existir que hay ginecólogo de turno que puede hacer esas valoraciones, para esa época estamos hablando de un primer nivel que solo contaba con medicina general sin contar con valoración por ginecología. En este caso, la paciente ante ese hallazgo tenía que tener la valoración por ginecología, no era una urgencia vital, si era prioritario es decir que la paciente sí requería una valoración evidentemente por un especialista en ginecología y obstetricia, ya eso se tendría que realizar en un segundo o en un tercer nivel de atención, en ese momento la unidad de salud de Ibagué no tenía esa valoración de ginecología al interior de la institución. Para la siguiente consulta la paciente llega nuevamente y al examen físico el médico le encuentra que no ausculta la frecuencia cardíaca

fetal con el doppler, en un primer nivel de atención realmente lo único que tienen los médicos generales para auscultar la frecuencia cardíaca fetal es el Doppler que es el aparato con el cual uno pone en el abdomen y ausculta, ante eso ella lo que hace es que ya que la paciente tenía una cita de control ese mismo día para una ecografía, pues el método con el que uno verifica si hay o no actividad cardíaca fetal es con ecografía, en la Unidad de Salud de Ibagué para el 2012 no se contaba con ecógrafo a diferencia de lo que en este momento sí hay en el Hospital San Francisco pero en ese momento no se contaba con ecógrafo y el médico general igual no está en la capacidad de verificar, así tuviera el ecógrafo eso, aunque es muy fácil de hacer, el médico general no está dentro de sus competencias hacer una ecografía obstétrica, entonces la médico le dijo como usted tiene la ecografía Doppler hoy, hágase la ecografía, si el ginecólogo que le hace la ecografía no le ve fetocardia váyase para urgencias y si le ve la fetocardia y dice que si todo está bien vuelva a control dentro de 15 días, evidentemente cuando la señora consulta ya no le encuentran fetocardia, lo que quiere decir que el bebé había fallecido dentro del útero, para nosotros eso es un óbito fetal y ante eso se indica la terminación de la gestación, en la terminación de la gestación, según lo reportado en la historia clínica del Hospital Federico Lleras Acosta, el feto no tenía esfacelaciones, para nosotros las esfacelaciones o el desprendimiento de la piel nos habla que el feto tendría más de 24 horas de fallecido y según lo que describen en la historia clínica del Federico Lleras el feto no tenía esfacelaciones, es decir que no tenía más de 24 horas de fallecido, la placenta evidentemente la envían a patología y el reporte de patología determina que la paciente tenía un desprendimiento de la placenta de cerca del 60% y además el peso del bebé que para esa época tendría 33 semanas por ecografía al momento que ingresó al Federico Lleras estaba en el percentil inferior de crecimiento o sea que el bebé no venía creciendo de manera adecuada tal y como se había documentado en la ecografía que había sido revisada, por lo cual había sido enviada la paciente a valoración por ginecología en julio de 2012. Un abruptio de placenta es un desprendimiento prematuro de la placenta; teniendo en consideración que la placenta es como el corazón del bebé porque es la que permite la vitalidad del feto y que le pasen los nutrientes y que el bebé esté bien adentro, cuando la placenta se desprende deja de pasarle el flujo sanguíneo al bebé, deja de pasarle los nutrientes y evidentemente eso, dependiendo del porcentaje, puede llevar a la muerte del bebé. En este caso, según el reporte de la patología, el hematoma o el desprendimiento de la placenta era de cerca del 60% que podría comprometer la vitalidad del feto, hay factores de riesgo identificados claramente para un desprendimiento de la placenta como son la elevación de las cifras de tensión arterial; en este caso, la paciente si tuvo una elevación de cifras de tensión que estaban afuera de su rango o del que habitualmente estaba manejando la paciente en su control prenatal pero no estaban tan altas para considerar un trastorno hipertensivo del embarazo; cuando uno habla de un trastorno hipertensivo del embarazo habla de 140 la sistólica y de 90 o más la diastólica y según los registros de atención en la Unidad de Salud de Ibagué, la paciente nunca tuvo esas cifras de tensión y según lo que se revisó en la Historia del Federico no tenía ese tipo de elevación de tensión; hay otras causas que no se pueden identificar de un abruptio de placenta, pacientes que tienen antecedentes de pérdida gestacional, pacientes que quedan embarazadas con el dispositivo intrauterino, pero en este caso la paciente no tenía ninguna otra causa identificable o que hubiera podido hacer sospechar a alguien de un abruptio. ¿Qué si hay algo que uno pueda hacer para evitar un abruptio de placenta? En el caso de una paciente que uno identifique hipertensa, hacer la identificación temprana y el control de cifras de tensión, esa es la causa más frecuente para un abruptio de placenta, pero en este caso concreto no hubo una clara elevación de cifras de tensión antes del momento de presentarse los hechos, sino simplemente la sospecha frente a la pérdida del control habitual de tensión que tenía la paciente, lo otro que se refería era un proceso infeccioso; la corioamnionitis como tal, es un término de patología, no es un término clínico porque es más de lo que ve el patólogo al microscopio y esa inflamación o esa infección de las membranas ovulares sí puede llevar también un abruptio o cualquier proceso infeccioso a un desprendimiento prematuro de la placenta; hay causas infecciosas y hay causas no infecciosas de las

corioamnionitis y lo que es el proceso inflamatorio más no necesariamente infeccioso de las membranas ovulares si uno es capaz de detectar que hay un proceso infeccioso secundario a bacterias pues se debe iniciar un tratamiento antibiótico; en general, una corioamnionitis que para nosotros sea identificada con una paciente embarazada y con feto vivo da para la terminación de la gestación, así yo le ponga el antibiótico da para la terminación de la gestación y completo el tratamiento antibiótico con el bebé ya afuera y con la paciente desembarazada. Hay signos clínicos que para uno pueden ser evidentes de un proceso infeccioso, la taquicardia materna, que aumente la frecuencia cardíaca, la hipersensibilidad uterina, la presencia de contracciones uterinas que hacen que la paciente arranque con un trabajo de parto antes del tiempo, los cambios a nivel de los leucocitos en el cuadro hemático de la paciente. En este caso concreto no hubo claridad durante los controles prenatales, en general la corioamnionitis es un diagnóstico más de urgencias que durante el control prenatal porque el control prenatal es algo que se realiza de forma periódica y no ante una solicitud expresa de la paciente por ejemplo por fiebre o por contracciones. Dentro de los signos de alarma que uno le da a una paciente en un control prenatal, siempre está si tiene salida de líquido por vagina, sangrado, si tiene contracciones, lo cual quedó registrado en la historia clínica que se le decía a la paciente y todas estas consultas en la Unidad de Salud de Ibagué fueron consultas de control prenatal, fueron consultas programadas en las cuales la paciente no refería ninguno de estos síntomas o signos que le pudieran haber hecho sospechar a uno una corioamnionitis o un proceso infeccioso a nivel de las membranas. En conclusión, teniendo en cuenta que la paciente fue atendida en un primer nivel de atención en el que no había atención especializada, que la atención fue realizada en consulta externa, dentro de sus competencias de un médico general de un primer nivel de atención, en mi concepto la paciente tuvo una atención adecuada de acuerdo a estas circunstancias, un control de forma regular, ante hallazgos de cambios en el patrón de las cifras de tensión solicitaron los exámenes que correspondían, que igual estaba dentro de límites normales y ante el hallazgo durante el control prenatal de la ausencia de frecuencia cardíaca fetal el médico envió a la paciente a su ecografía que además ya tenía programada para poder identificar si había una muerte fetal intrauterina como desgraciadamente se presentó. PREGUNTADO: Dentro de la historia clínica de la USI en la atención del 13 de julio de 2012, se consignó en la misma alto riesgo obstétrico, riesgo de preclamsia, esta anotación se dejó por la elevación en la tensión arterial de ella de ese día?. CONTESTÓ: Si señora, porque tenía 130/80 de tensión y se la volvieron a tomar y tenía 125/85 y como le digo hubo un cambio en el comportamiento de las cifras de tensión arterial de la paciente que hicieron que la médico considerara en ese momento que era necesario hacer los laboratorios y cambiar la clasificación de bajo riesgo a alto riesgo obstétrico. PREGUNTADA: Esa es la conducta que se debe seguir ante este cambio a nivel de la tensión arterial?. CONTESTÓ: Si señora, hacer la solicitud de los laboratorios, hacer control de tensión y hacer el seguimiento de la paciente. PREGUNTADO: Ahí fue cuando le ordenaron a ella la ecografía? CONTESTÓ: No, ahí tenía solicitados los laboratorios y el Doppler se lo solicitaron el 25 de julio, cuando la señora regresa con los laboratorios y le piden la valoración prioritaria por ginecología, la señora había llegado ese 25 de julio con la ecografía que decía que el bebé venía más pequeño con una sospecha de restricción y con el líquido amniótico disminuido, entonces ahí es cuando piden la valoración prioritaria por ginecología, lo del Doppler no tengo claro en la historia clínica quién hizo la solicitud de ese Doppler, no sé si esa paciente la valoró en algún momento ginecología con esa solicitud que hizo el médico general el 25 de julio. PREGUNTADO: El 25 de julio, el día que observaron la ecografía en la que usted dice que ante el hallazgo ecográfico de oligoamnios y del retardo de crecimiento uterino la paciente es enviada a valoración por ginecología, cuando yo miro en la historia, yo veo que no se hace ninguna anotación de oligoamnios, el del retardo uterino sí, pero lo otro no y su dictamen usted dice que esos oligoamnios eran normales. CONTESTÓ: No, lo que pasa es que ellos reportan como oligoamnios un líquido amniótico que estaba en 8 cm en la ecografía del 25 de julio, pero un oligoamnios es oligoamnios cuando el líquido amniótico está por debajo de 5, el líquido amniótico normal está entre 5 y 25 cm, cuando está por debajo de 5 se considera

oligohidramnios, sino que está registrado en la historia clínica como si en esa ecografía hubieran reportado un oligohidramnios con un índice de líquido amniótico de 8, pero con un índice de líquido amniótico de 8 es un líquido amniótico que se puede considerar normal. PREGUNTADO: En conclusión el óbito fetal se dio por el abruptio de la placenta y el abruptio de la placenta fue por la hipertensión arterial?. CONTESTÓ: La principal causa de abruptio es la hipertensión, en lo que yo revisé de la historia del Federico Lleras más adelante encontraron cifras de tensión arterial que se pudieron considerar elevadas, entonces muy probablemente la causa del abruptio fue la hipertensión inducida por el embarazo, definitivamente dentro de los hallazgos y dentro de lo que uno puede documentar, la causa del fallecimiento del bebé fue el desprendimiento de la placenta porque fue un desprendimiento importante, por encima del 50% casi todos fallecen.

- **Testimonial:**

Se recibió el testimonio del doctor **JUAN CARLOS ZAMBRANO VILLANUEVA**, médico cirujano, Coordinador Médico de la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E, quien a las preguntas formuladas en relación con la atención médica suministrada a la señora Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal

CONTESTÓ: Era una mujer de 22 años, en su primer embarazo, inició control en el primer trimestre a edad relativamente temprana, tuvo una consulta inicial en urgencias por algún sangrado y después en algún centro de salud, no recuerdo el sitio, se le iniciaron los controles, la señora acudió mensualmente a sus controles, se le realizaron los laboratorios del caso, no hubo ningún problema, se le realizaron las ecografías del caso, las atenciones estuvieron relativamente, digo relativamente porque al final se dio un resultado que no era el esperado, pero fueron unas atenciones adecuadas básicamente cumpliendo con la norma técnica del Ministerio. Ya finalizando los controles, aproximadamente en el séptimo control hubo unos signos de alerta para preclamsia, el médico resolvió remitirla a ginecoobstetra, al especialista, el especialista la atendió en su momento, la paciente volvió, siguió con sus controles, pero finalizando el octavo o noveno control llegó con cifras tensionales altas que no había presentado en los demás controles, llegó con un óbito fetal que en su momento el médico no vio fetocardia, le envió un Doppler para confirmar y se confirmó, la paciente se canalizó por urgencias, se remitió para el Hospital Federico Lleras, la verdad no sé la atención exacta del Federico Lleras que pudo haber sido dos procedimientos, uno o le indujeron el parto para que expulsara el feto, otro pudo haber sido que le hicieran cesárea para extraer el feto, uno de los dos procedimientos han debido de hacer, no se la verdad cuál de los dos se haría. PREGUNTADO: Cuál fue el manejo que se le dio o el trámite administrativo para la remisión de la paciente de la Unidad al Hospital. CONTESTÓ: Una vez se detectó el óbito, la paciente se hospitalizó y se remitió al Hospital Federico Lleras, se hace el trámite administrativo normal, llamar al Federico Lleras solicitar una cama, solicitar un número de remisión y una vez nos confirmen este hecho se envía, si no nos confirman la paciente no va, nosotros tenemos que confirmar con la institución que efectivamente nos aceptan la remisión y nos aceptan la paciente para llevarla al Federico Lleras. PREGUNTADO: Si lo recuerda, cuáles fueron los signos de alerta para que el médico que la atendió hubiese sospechado de una preclamsia, si usted nos dijo que no era la tensión. CONTESTÓ: No recuerdo en detalle, de todas maneras yo sé que hay dos signos sine qua non para uno pensar en una preclamsia, uno que son unos signos clínicos, el más notorio es el edema en miembros inferiores o en todo el cuerpo, el edema es una inflamación de toda la piel, eso es un signo que nos está advirtiendo que de pronto la paciente va a hacer preclamsia y otro es aumento de cifras tensionales a un aumento sin decir anormal alto a un aumento normal que nos alerta por así decirlo a un aumento normal alto, cuando yo digo una paciente tiene preclamsia estoy hablando de cifras tensionales no menores a 140/90, pero si yo vengo controlando una paciente que viene con 100-120/60 y de pronto la veo que sube a 80 u 85 es un signo de alarma, sin ser alta me está diciendo esta paciente de pronto me llega a una preclamsia que probablemente en su momento fue lo que el médico pensó y la remitió al gineco

obstetra, pero no me acuerdo exactamente qué ocurrió. Ella inició controles el 13 de febrero de 2012, ese fue el primer control que se le hizo, aquí se le solicitaron todos los exámenes, se le llenó un formato especial que se tiene para la materna; el 14 de marzo vuelve por otro control, aquí las cifras tensionales están normales; el 13 de abril vuelve, tiene cifras tensionales de 100/80. PREGUNTADO: En algún momento dentro de esos controles, la paciente está refiriendo que hubo pérdida de líquido amniótico?. CONTESTÓ: El 01 de febrero ella consulta a urgencias por un sangrado vaginal, el médico dice que es un sangrado vaginal leve, ella dice que tiene una prueba de embarazo casera positiva y ahí se canaliza para el primer control que se hace el 20 de febrero, en el primer control no refiere salida de líquido. Acá en el segundo control también manifiesta sangrado vaginal en escasa cantidad hace unas semanas, ya en el tercer control niega sangrado vaginal y pérdidas vaginales, la tensión sigue 100/80; el otro control es el 16 de mayo solamente refiere flujo vaginal abundante que es diferente a salida de líquido amniótico y la presión arterial está 122/70, próximo control el 13 de julio, aquí le ven unos exámenes que por el flujo le envían un examen del flujo y le dan tratamiento para ese flujo, aparece una infección vaginal, tratamiento con óvulos vaginales y la tensión está en 120/80. En el próximo control de julio 13 refieren solo flujo vaginal color amarillo, la tensión 125/85, sin sangrado ni pérdidas de líquido, aquí ya la tamizan como alto riesgo de preclamsia por la cifra tensional que ha venido subiendo, le envían los exámenes de creatinina, proteína en 24 horas, para mirar y tamizar más el riesgo porque de pronto la tensión aunque no está alta ya me está diciendo que está subiendo, le piden estos exámenes para tamizar más el riesgo de preclamsia. PREGUNTADO: Cuándo le pidieron esos exámenes. CONTESTÓ: Los pidieron el 13 de julio. PREGUNTADO: Cuántas semanas tenía?. CONTESTÓ: 30.3 semanas. PREGUNTADO: Usted refería que había mirado, que otra vez presentaba flujo vaginal, se le dio algún tratamiento por eso o era algo normal dado el color. CONTESTÓ: Normalmente en el embarazo se cambia el ph, normalmente el ph en una vagina es ácido, eso el cuerpo lo tiene y evita de alguna manera infecciones que sin ser tan peligrosas afectan a la mujer, en el embarazo el ph se baja completamente precisamente para preparar la salida del feto y la embarazada queda muy vulnerable a los flujos, un gran porcentaje de mujeres gestantes padecen de flujo durante el embarazo que hay que tratarlo a veces con óvulos o con antibióticos para evitar de pronto complicaciones, tener ahí una bacteria cerca al cervix no es bueno. PREGUNTADO: Luego de la atención que se le dio el 13 de julio, qué pasó? Le ordenaron algún examen?. CONTESTÓ: Si le ordenaron creatinina, ácido úrico, proteína en orina y se remite al médico para llevar reportes y se dan signos de alarma específicamente de la preclamsia como ver lucécitas, tinnitus o edema. Acá aparece un control del 25 de julio con la lectura de los exámenes, niega pérdidas vaginales, niega actividad uterina, no síntomas de vaso espasmo que quiere decir aumento de presión arterial, parcial de orina normal, negativo para albúmina que es la proteína en la orina que también es un signo muy característico de la preclamsia, la mujer embarazada empieza a perder mucha proteína en la orina y de eso deriva la hinchazón general, eso técnicamente se llama proteinuria y no hay preclamsia sin proteinuria, es algo que en mi concepto técnico y médico es uno de los hallazgos que es típico y característico de la preclamsia, yo no puedo hablar de una preclamsia sin proteinuria. PREGUNTADO: Ahí ya descartaron que tuviera preclamsia? CONTESTÓ: Aunque la presión seguía lo mismo, otra vez aparece 125/85, ella dice embarazo de 32 semanas y la envían para valoración por ginecología prioritaria, se solicita monitoreo fetal, se dan signos de alarma claros y recomendaciones. PREGUNTADO: Ella la remiten el 25 de julio al especialista, hay constancia de que la paciente haya referido desde cuándo no percibía actividad uterina, porque ahí se deja ese registro, que no había actividad uterina. CONTESTÓ: No, dice que niega actividad uterina, se refiere a las contracciones. Tiene otra consulta del 13 de agosto, la atiende la doctora Melisa Lizcano médica general entrenada para atender el control prenatal. PREGUNTADO: Qué pasó con la remisión a ginecología? CONTESTÓ: No aparece nada más, aquí se supone que se remite y se ordena prioritariamente pero no pudiera decir qué pasó. Analizando el caso, nosotros supimos que el doctor Hugo Ferney Arenas el ginecólogo la había atendido. PREGUNTADO: De qué red es? CONTESTÓ: No sé. PREGUNTADO: De eso no queda constancia en la historia clínica? CONTESTÓ: De pronto con la EPS pudiéramos determinar eso.

APODERADO USI: La paciente efectivamente fue remitida al segundo nivel, como ella misma lo narra en la demanda era una paciente de SOLSALUD, el segundo nivel lo atendía SOLSALUD y por esa remisión la atendió el Dr. Hugo Arenas ese mismo 25 y también la atendió el doctor López Herrán. En la demanda hay copia de esas atenciones de segundo nivel que por supuesto no corresponden a la historia clínica de primer nivel, ahí están y en su momento puede que no figuren directamente en la historia clínica de la USI, pero cuando la paciente vuelve, ya volvió con una novedad, había pasado por el segundo nivel y ahí están los exámenes y están en la historia clínica que aportó la misma demandante.

PREGUNTADO: Acá hay una valoración del doctor Hugo Arenas ginecólogo y obstetra, él dice embarazo de 32 semanas de la última menstruación, 13 de diciembre de 2011, semanas por ecografía 27 semanas (...) aparece con tensión más baja, dice factores de riesgo hipertensión arterial leve 120/80, premigestante con retardo del crecimiento uterino, se solicita Doppler Fetal, el Doppler fetal básicamente lo que lee es la percusión a través de la placenta, él dice fecha probable del parto 20 de septiembre, no dice nada más.

PREGUNTADO: Hasta ese momento 25 de julio el embarazo era relativamente normal, feto vivo?

CONTESTÓ: Si, aunque ya habían signos de alerta, el embarazo transcurría dentro de lo normal a pesar de las alertas. No, el aquí dice RCIU que es retardo del crecimiento intrauterino y ya veo que por eso le envían el Doppler fetal, RCIU quiere decir retardo del crecimiento intrauterino, él ve el feto pequeño para la edad y por eso le envía el Doppler fetal para mirar si hay alguna alteración a través del cordón umbilical de la placenta porque ve que el feto no es tan adecuado para la edad gestacional que se le viene calculando y por eso se le solicita el Doppler Fetal para descartar una anomalía de la percusión hacia el feto de todos los nutrientes y oxígeno y todo lo que le pasa a un feto que se supone que por eso crece.

PREGUNTADO: Como usted manifiesta que tiene conocimiento de todos los trámites administrativos, cuando un especialista ordena ese tipo de examen, cuál es el procedimiento que se hace para poderse realizar?

CONTESTÓ: Acá hasta la actualidad la medicina está por niveles, nosotros atendemos el primer nivel que es por así decirlo la atención básica primaria, cuando hacemos una remisión y le colocamos prioritaria se le llama a la EPS porque la EPS es la encargada de ahí en adelante de facilitar todo el recurso o el talento humano especializado y los laboratorios especializados, entonces el trámite administrativo nuestro es cuando nos colocan prioritario o urgente es llamar a la EPS, comentarles el paciente para que ellos le abran un cupo con la red de servicios especializado, nosotros llegamos hasta ese punto de la atención, de ahí en adelante la EPS tiene otra red de servicios para complementar la atención.

PREGUNTADO: Esa consulta con el ginecólogo cuándo fue?

CONTESTÓ: En este papel no veo la fecha, no podría establecer la fecha.

PREGUNTADO: Cuando un especialista ordena ese Doppler le corresponde a la paciente hacer el trámite ante la EPS para obtener ese examen?

CONTESTÓ: Se supone que la EPS maneja ese trámite administrativo y pienso que le tocó a la paciente ir a la EPS con la orden para que la EPS la direccionara hacia el consultorio, porque eso lo hace también un ginecólogo y es una imagen diagnóstica, entonces me imagino le tocó a ella llevar la orden para que la EPS le asignara la cita.

PREGUNTADO: Es decir que para la realización de ese Doppler era con la EPS?

CONTESTÓ: Si.

PREGUNTADO: Usted refiere que ella volvió el 12 de agosto, allí qué se evidenció? La señora llevó exámenes?

CONTESTÓ: La atiende la señora Melisa Lizcano (...) tensión arterial 140/100 aquí es una tensión arterial alta (...) fetocardia no presenta, ya la señora dice que no y ella lo corrobora con el fonendoscopio, extremidades edema grado 1 (...) Plan y manejo alto riesgo obstétrico, pendiente Doppler hoy a las 11:20, según resultado valoración por urgencias o control prenatal en 15 días, el Doppler iba a acabar de diagnosticar además de la percusión si había o no fetocardia, solicitan laboratorios, recomendaciones y signos de alarma, ese día ella va a las 9:27 a consulta con la doctora y a las 11:20 ya tenía seguramente la cita para el Doppler (...).

PREGUNTADO: Por que va ella allá?

CONTESTÓ: Cuando remitimos una paciente por alto riesgo al especialista no dejamos de hacerle el control mensual, nosotros rigurosamente le hacemos el control, como el riesgo aumentó el médico rigurosamente lo tiene que ver así el especialista lo esté viendo, entonces a ella se le programaban los controles véala o no el especialista, independiente de eso.

PREGUNTADO: Ahí es que hacen la remisión al Federico o por que sale ella de la USI?.

CONTESTÓ:

No, hasta aquí llega la atención. PREGUNTADO: Analizando los documentos encuentra usted en la historia clínica además que esa remisión que se hizo de la paciente al segundo nivel el 25 de julio la hubiera atendido otro especialista además del doctor Hugo Arenas? CONTESTÓ: Si, en el folio 22 aparece el Doppler obstétrico con evaluación de circulación placentaria el 13 de agosto (...) con los siguientes hallazgos, feto único con situación longitudinal presentación cefálica sin actividad cardíaca en el momento del estudio lo cual se corrobora mediante examen Doppler (...) edad gestacional de 30 semanas 1 día (...) líquido amniótico disminuido en aspecto y cantidad para la edad gestacional, índice de líquido amniótico 4 cm (...) En el folio 70 hay una ecografía del Dr. López Herrán de Julio 25 de 2012, está únicamente el reporte de la ecografía. APODERADO PARTE DEMANDANTE: Para aclarar el tema de la ecografía del Dr. López Herrán, según lo manifestado por mis prohijados esa ecografía ellos la realizaron de forma particular, no fue por remisión por parte de la Entidad. PREGUNTADO: Dentro de lo que ya examinó ve atención por otro obstetra o ginecólogo?. CONTESTÓ: Básicamente está la valoración por el Dr. Hugo Ferney Arenas y hay otra ecografía realizada por el Dr. Jairo López. PREGUNTADO: Diga por favor si encuentra que los especialistas en el segundo nivel hayan diagnosticado preclamsia a la paciente, hablo específicamente de la valoración que hizo el Dr. Arenas y de la ecografía leída y reportada por el Dr. Jairo López Herrán. CONTESTÓ: El formato de valoración del Dr. Hugo Arenas no habla de preclamsia y el Dr. Jairo López solamente habla del reporte de la ecografía. PREGUNTADO: Esa ecografía del doctor López cuándo se efectuó?. CONTESTÓ: Julio 25 de 2012. PREGUNTADO: Díganos cuáles son los 3 elementos que permiten por su convergencia y simultaneidad diagnosticar una preclamsia. CONTESTÓ: Yo hablé algo de la pérdida de proteínas en la orina y decía que era el signo como más típico de la preclamsia, que no se evidenció. PREGUNTADO: Hasta el 25 de julio que fue la remisión a segundo nivel por parte de la USI se había presentado edema?. CONTESTÓ: No hay registro de que haya existido edema. PREGUNTADO: Se había presentado hasta esa fecha una proteinuria por la cual se pudiera sospechar de una preclamsia?. CONTESTÓ: No hubo proteinuria según los registros. PREGUNTADO: con la sola tensión alta o cifras tensionales ligeramente altas se puede diagnosticar una preclamsia?. CONTESTÓ: Es una alta sospecha, la preclamsia es una hipertensión inducida por el embarazo de la cual hay muchas teorías porque realmente no se conoce la causa exacta, lo único cierto que hay es que la placenta por algún tóxico es el que causa los cambios en el endotelio que son el recubrimiento interior de los vasos que produce hipertensión y produce alteraciones cerebrales, hepáticas y de coagulación, pero con certeza no se sabe. PREGUNTADO: Dada la leve hipertensión arterial de la señora Neidy Tatiana durante los controles con ese solo signo de esa leve hipertensión arterial era viable haber inducido el parto para evitar la preclamsia o conjurar esa patología. CONTESTÓ: Básicamente hay dos formas de manejo de una preclamsia, una es si las tensiones arteriales me lo permiten, es decir, cuando tengo tensiones arteriales menores a 160 la sistólica y menores de 110 la diastólica yo puedo pensar que con una inducción, es decir, colocar una droga para acelerar el parto puedo dar un tratamiento adecuado y de alguna forma quitar el factor de la preclamsia o la otra es la cesárea si las cifras están mayor de 160 y mayor de 110 no me permite sino el manejo por cesárea, entonces de las cifras tensionales y del estado clínico de la paciente depende el manejo. PREGUNTADO: Teniendo en cuenta la tensión arterial que la paciente manejaba, por qué no se dio ninguna de esas dos opciones? CONTESTÓ: Porque hasta el último control se evidenciaron tensiones arteriales altas, las otras eran signos de alerta, eran 125/85 que en término generales no son tensiones altas pero si una alerta por un posible riesgo de preclamsia, entonces son dos cosas diferentes. PREGUNTADO: Entonces necesitaba alguno de los otros signos para poder diagnosticar y ahí si proceder como usted lo dijo anteriormente. CONTESTÓ: Si, nosotros dependemos de una remisión que nos reciban la paciente con diagnostico muy claro (...) deben haber signos manifiestos para que se le de manejo y nos la acepten en un nivel superior. PREGUNTADO: La decisión de el diagnóstico de preclamsia por la remisión tenía que haber sido si se diagnosticaba o no de acuerdo a los resultados de los análisis de laboratorio y los signos clínicos, tendría que haber sido de segundo nivel: CONTESTÓ: De alguna forma por eso se remitió la paciente con riesgo de preclamsia para que

fuera el gineco obstetra el que diera la última opinión que de alguna forma nos aclarara si podíamos seguirla manejando o de una vez decidiera el manejo en otro nivel y por eso recurrimos al otro nivel, quisiera agregar algo con respecto a la decisión de desembarazar o no, si yo tengo un feto en estas condiciones yo lo pensaría para desembarazar porque probablemente el feto no venía tan bien, se le detectó ya finalizando un retardo de crecimiento que no me fuera a garantizar la viabilidad si de alguna forma le inducíamos el parto o le hiciéramos cesárea. PREGUNTADO: Quién hace ese análisis de desembarazar o no una paciente? CONTESTÓ: Es claro que en el primer nivel como se tiene una medicina básica primaria se detectan los riesgos, pero la decisión final del manejo está en manos del especialista. PREGUNTADO: Sirva manifestar al Despacho cómo es el protocolo para el manejo de pacientes con pérdida de líquido amniótico. CONTESTÓ: Jairo López es el que dice que hay unos oligohidramnios y esta es la ecografía que motiva a la remisión al ginecólogo. PREGUNTADO: Esa pérdida es tal que hubiese requerido otro manejo por urgencias en un centro de segundo nivel? CONTESTÓ: El oligohidramnios es una disminución del líquido amniótico que puede deberse a diversas causas, una de esas puede ser la deficiencia o trastorno de la circulación pero placentaria, realmente no hay un medicamento, si el bebé está viable y hay posibilidad de sacarlo se le hace cesárea, es el único manejo, acá no dice el grado de severidad, porque cuando es severo el manejo, si el bebé está viable, es sacarlo, porque es la única terapia para hacer si el bebé está viable. PREGUNTADO: Dentro del diagnóstico o la lectura de la ecografía que efectuó el doctor López, él dio esa sugerencia? CONTESTÓ: No, él dice sugiero seguimiento con ecografía Doppler, insinúa monitoreo fetal, él no dice valoración por gineco pero nosotros ante este hallazgo en primer nivel y de acuerdo a los protocolos y procedimientos que están establecidos es remisión para ginecología y que allá decidan su manejo. PREGUNTADO: El testigo desea agregar, enmendar, corregir, algo a lo anteriormente depuesto?. CONTESTÓ: Para nosotros como institución cuando se nos presenta una mortalidad fetal para nosotros es un inconveniente grande porque tratándose de calidad del binomio madre e hijo es algo que nos pega duro, afortunadamente no nos pasa todo el día pero es un resultado que nunca debe de (sic) ser, eso para nosotros es algo que de alguna forma nos deja mal parados con nosotros mismos pese a las circunstancias porque nosotros en el análisis no vemos una falla real en el quehacer de nosotros y pienso que nosotros fuimos hasta donde nos permite la normatividad y el mismo sistema de salud pero es algo que es un resultado que no debe de (sic) ser, nosotros hicimos el análisis, hicimos un comité de urgencia (...) pero definitivamente es un resultado que está llamado a desaparecer. PREGUNTADO: Ese comité qué fin tiene, determinar cuál fue el manejo de ustedes? CONTESTÓ: Si, mirar si hubo fallas y hacer planes de mejoramiento para corregir. PREGUNTADO: Que concluyeron en el comité. CONTESTÓ: Nosotros pensamos en el comité que no hubo una falla evidente, que se detectó el riesgo a tiempo, que se remitió a tiempo pero finalmente el resultado no fue el mejor. PREGUNTADO: Usted para ese momento fungía como coordinador? CONTESTÓ: Si.

4.5. DE LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Efectuadas las anteriores precisiones y relacionado el material probatorio obrante en el expediente, corresponde al Despacho verificar si en el asunto sub examine se estructuran o no los presupuestos necesarios para que se configure la responsabilidad del Estado, esto es, la 1) La existencia de un daño antijurídico; 2) Que le sea imputable al Estado (imputabilidad) y, 3) Que haya sido producido por una acción u omisión de una entidad pública o de alguno de sus agentes (causalidad).

4.5.1 De la configuración del Daño

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han coincidido en que el primer elemento de la responsabilidad lo constituye el daño, a tal punto que su inexistencia o la ausencia de prueba sobre su existencia, hace

inocuo el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, como son el título de imputación y el nexo de causalidad entre el daño y la actuación estatal.

El daño antijurídico ha sido definido por la jurisprudencia como la afectación, menoscabo, lesión o perturbación a la esfera personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural), a la esfera de actividad de una persona jurídica (carga anormal para el ejercicio de ciertas libertades), o a la esfera patrimonial (bienes e intereses), que no es soportable por quien lo padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno.

Dentro del presente asunto el daño consiste en el óbito fetal ocurrido el día 13 de agosto de 2012, tal y como da cuenta el Certificado de Defunción de la misma fecha visible a folio 103 del archivo denominado "001CuadernoPrincipal" de la carpeta "001CuadernoPrincipal" del expediente digital y la historia clínica de la señora Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal de la misma fecha del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E DE esta ciudad.

En consecuencia, se tiene que en el presente asunto se encuentra acreditada la existencia del daño, por lo cual, pasa el Despacho a realizar el correspondiente juicio de imputación, que permita determinar si el mismo es atribuible a las Entidades demandadas, o si por el contrario, opera alguna de las causales exonerativas de responsabilidad.

4.5.2 De la imputabilidad de responsabilidad

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, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto.

Dentro del presente asunto la parte actora solicita que se declare la responsabilidad de la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E. y del Municipio de Ibagué- Secretaría de Salud, por el fallecimiento del nasciturus ocurrido el día 13 de agosto de 2012, derivado, según lo argumentado por el extremo demandante, por un error en el diagnóstico y en el tratamiento suministrado a la señora Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal durante los controles prenatales.

Al respecto, el despacho debe empezar por indicar que de las historias clínicas aportadas por las partes a la actuación, se evidencia que, la señora NEIDY TATIANA GUTIERREZ MADRIGAL realizó un primer ingreso al servicio de urgencias de la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E el día 01 de febrero de 2012 a las 13:42 horas, por un sangrado vaginal y prueba de embarazo casera positiva, sin control prenatal, por lo cual fue diagnosticada con hemorragia uterina en estudio y se le ordenó una ecografía obstétrica, prueba de embarazo, serología, parcial de orina y control con reporte de exámenes.

Igualmente, se advierte que, el día 13 de febrero de 2012, la paciente acude a su primer control prenatal, en donde se consigna una tensión arterial de 122/80 y se le ordenan como apoyos diagnósticos ácido úrico, creatina en suero, orina y otros, ecografía obstétrica, estudio frotis de sangre periférica, frotis de flujo vaginal, glucosa pre y post carga, nitrógeno ureico, parcial de orina, proteinuria en 24 horas, serología y sífilis.

Posteriormente, se observa que el día 14 de marzo de 2012, la paciente asiste a su segundo control prenatal, con 13.5 semanas de embarazo, en donde se observa en buenas condiciones generales, se

realiza lectura de exámenes, se efectúa lectura de ecografía realizada el día 02 de febrero de 2012 con reporte de gestación de 5.4 semanas, útero grávido, saco gestacional con embrión único vivo, refiere antecedente de aborto por embarazo anembrionario 2 meses atrás, con cifras tensionales de 110/70, genitales sin sangrado ni pérdida de líquido, extremidades sin edemas, se registra bajo riesgo obstétrico, se da asesoría de signos de alarma y se asigna cita para próximo control.

Seguidamente, se tiene que el 13 de abril de 2012, la paciente acude a su tercer control prenatal, con 15.3 semanas de embarazo, se observa en buenas condiciones generales, refiere dolor bajito, niega sangrado vaginal, refiere flujo vaginal blanco, se evidencia fetocardia de 150 latidos por minutos, feto único vivo, movimientos fetales positivos, posición flotante, genitales sin sangrado ni pérdida de líquido, extremidades sin edemas, se remite con médico para evaluar reporte de exámenes y se asigna cita para próximo control.

Por lo cual, el día 16 de mayo de 2012, según reporte de historia clínica, la paciente asiste a su cuarto control prenatal con 20.2 semanas por eco temprana, se observa en buenas condiciones generales, con una tensión arterial de 122/70, altura uterina de 21 cm, fetocardia de 125 latidos por minuto, movimientos fetales positivos, posición flotante, feto único vivo, genitales sin sangrado, ni pérdida de líquido, extremidades sin edemas y se registra bajo riesgo obstétrico y el día 08 de junio de 2012 la paciente acude a consulta médica para valoración de paraclínicos, en donde se le diagnostica vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis y se ordenan medicamentos.

Posteriormente, el 13 de junio de 2012, la paciente acude a su quinto control prenatal con 24.5 semanas de embarazo, se observa en buenas condiciones generales, refiere flujo vaginal en abundante cantidad blanco y estar en tratamiento con óvulos vaginales, se evidencia tensión arterial de 120/80, altura uterina de 24 cm, fetocardia 140 latidos por minuto, movimientos fetales positivos, posición flotante, feto único vivo, genitales sin sangrado ni pérdida de líquido, extremidades inflamación en tobillos, se solicita ecografía obstétrica, bum, creatina, ácido úrico, se envía control de tensión arterial por 1 semana, se remite con médico al tener reporte y se asigna cita para próximo control.

El 15 de junio de 2012 siendo las 16:45 horas, se observa que la señora Gutiérrez Madrigal acude a la Unidad de Salud de Ibagué a través del servicio de urgencias remitida de consulta externa por presentar tensión arterial alta; al examen físico, el médico tratante le encontró una tensión arterial de 120/80, sin signos de vasoespasmo, movimientos fetales positivos, sin actividad uterina, siendo diagnosticada con tensión arterial normal, se le ordena control al día siguiente para nueva valoración con reporte de ácido úrico y toma de tensión arterial.

Posteriormente, el 13 de julio de 2012, la paciente acude al sexto control prenatal con 30.3 semanas, se observa en buenas condiciones generales, se lee ecografía realizada el día 21 de junio de 2012 con gestación de 27.2 semanas, feto único vivo, movimientos fetales positivos, fetocardia positiva, peso fetal de 937 gramos, tensión arterial 130/80, altura uterina 28 cm, fetocardia 145 latidos por minuto, genitales sin sangrado ni pérdida de líquido, extremidades sin edema, se registra alto riesgo obstétrico con riesgo de preclamsia, se solicita bum, creatina, ácido úrico, proteína en 24 horas, se remite con médico al tener reportes.

El 25 de julio de 2012, la paciente, según manifestación efectuada por la parte demandante, se realiza de forma particular ecografía obstétrica, en la cual el Dr. Jairo López Herrán, médico ginecólogo y

obstetra, registra un embarazo único de 30 semanas 1 día, oligoamnios y Retardo en el Crecimiento Uterino y sugiere seguimiento con ecografía doppler y monitoreo fetal⁵⁰.

Como consecuencia de lo anterior, el 25 de julio de 2012 la paciente acude a consulta médica externa para control de exámenes, en donde refiere ecografía del mismo día que indica oligoamnios y retardo del recrecimiento intrauterino, se diagnostica con posibles oligoamnios, retardo del crecimiento intrauterino, hipertensión arterial, hiperuricemia, por lo cual, se solicita valoración por ginecología prioritaria, monitoreo fetal inmediato, se dan signos de alarma claros y recomendaciones y se registra embarazo de alto riesgo.

El 13 de agosto de 2012 sobre las 09:27 am, la señora Neidy Tatiana acude a consulta externa en la Unidad de Salud de Ibagué por presentar edema en cara y cefalea ocasional, al examen físico se le encuentra tensión arterial de 140/100, edema palpebral bilateral, no se encuentra frecuencia cardíaca fetal, edema grado 1, por lo cual se le ordena que de acuerdo al resultado del Doppler programado para el mismo día a las 11+20 acuda a valoración por urgencias o control prenatal en 15 días.

Continuando con el análisis de las historias clínicas obrantes en la actuación, se encuentra que el día 13 de agosto de 2012 a la paciente le es realizado en Imágenes Diagnosticas de Alta Resolución "IDAR" un Doppler Obstétrico con evaluación de circulación placentaria, en el cual se encuentra, líquido amniótico disminuido en aspecto y cantidad para la edad gestacional y óbito fetal⁵¹.

Igualmente, se advierte que siendo las 12:50 horas del mismo día -13 de agosto de 2012-, la paciente acude al Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué a través del servicio de urgencias, manifestando como motivo de consulta que el bebé no tenía ritmo cardíaco, como enfermedad actual se consigna que se trata de una paciente con embarazo de 34.7 semanas quien consulta a la Unidad de Salud de Ibagué en donde le informan que el feto no tenía actividad cardíaca, se le realizó Doppler de Circulación Placentaria que reporta gestación de 30.1 semanas y óbito fetal y una vez realizado el examen físico por parte del médico del servicio, se le diagnosticó con Embarazo de 34.7 semanas por FUR y 33.1 semanas por ECO I trimestre; Óbito fetal; Trastorno hipertensivo a clasificar y 4. G1 M1, por lo cual, como manejo se ordenó hospitalización, líquido endovenoso, misoprostol y paraclínicos.

Posteriormente, el día 14 de agosto de 2012 siendo las 19:00 horas, se traslada la paciente a sala de partos y se obtiene recién nacido muerto, con evidencia de meconio abundante, no livideces, no esfacelaciones y, finalmente, el 17 de agosto de 2012 siendo las 14:40 horas se le da salida a la paciente del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué en compañía de familiar, consciente, orientada, se da orden de control por ginecología y orden de sicología, orden de medicamentos, cita para control por planificación familiar y para toma de citología vaginal.

Así las cosas, del análisis de las historias clínicas efectuado en precedencia es posible concluir que, desde que la paciente ingresó al servicio de urgencias de la Unidad de Salud de Ibagué el día 01 de febrero de 2012, se le brindó una atención médica oportuna y adecuada, realizándosele por parte de la Institución Hospitalaria los controles prenatales mes a mes, y en cada uno de sus ingresos a la institución, los galenos tratantes realizaron a la paciente un interrogatorio frente a los síntomas que la aquejaban, se le sometió a una valoración médica y física completa y se le ordenaron los exámenes médicos que los médicos encontraron necesarios para la elaboración de un diagnóstico completo y preciso.

Igualmente, encuentra el Despacho que, una vez se evidenció por parte de los médicos tratantes un aumento en las cifras tensionales de la paciente el día 13 de junio de 2012, se le ordenó control de

⁵⁰ Folio 81 del archivo denominado "001CuadernoPrincipal" del expediente digital.

⁵¹ Folio 33 ibídem.

tensión arterial por una semana y control por médico general, el cual se le realizó el día 15 de junio del mismo año encontrando que la paciente tenía cifras tensionales normales.

Posteriormente, el día 13 de julio de 2012, los profesionales adscritos a la Unidad de Salud de Ibagué, al realizar a la paciente el sexto control prenatal, advierten un alto riesgo obstétrico por preclamsia, por lo cual, le envían exámenes de apoyo para diagnóstico y le remiten a medicina general para revisión de resultados.

Seguidamente, el 25 de julio de 2012, cuando la paciente acude a consulta médica externa para control de exámenes y en atención a la ecografía que presentó, se solicita por parte del médico tratante valoración por ginecología prioritaria, monitoreo fetal inmediato, se dan signos de alarma claros y recomendaciones y se registra embarazo de alto riesgo, todo en procura de brindar una atención médica completa y acorde a las patologías presentadas por la paciente gestante, no obstante, por razones que no resultan imputables a la institución prestadora de los servicios de salud, solo hasta el 13 de agosto de 2012 le es realizado a la paciente el examen Doppler Obstétrico con evaluación de circulación placentaria, en el cual lamentablemente se concluyó que la paciente presentaba un óbito fetal.

Frente al particular, la doctora Miryam Adriana Gómez Meneses, médica especialista en Ginecología y Obstetricia⁵² en su dictamen pericial indicó, que en los controles prenatales realizados a la señora Neidy Tatiana Gutiérrez Madrigal se cumplieron con las actividades requeridas para la época de los hechos, se utilizaron todos los recursos que se tenían al alcance en un nivel I de atención, se solicitaron los paraclínicos requeridos frente a los hallazgos encontrados en los últimos controles y al momento de la ausencia de actividad cardíaca fetal como hallazgo en el control, la médico general, dado que la paciente ya tenía cita para ecografía, solo podía explicarle a la paciente los posibles escenarios como en efecto lo realizó y quedó registrado en la historia clínica.

Finalmente, obra señalar que de conformidad con el dictamen médico rendido por la doctora Gómez Meneses, la causa del óbito fetal fue el desprendimiento del 60% de la placenta, frente a lo cual no había algo que el médico general o la enfermera en el control prenatal realizado en el nivel I de atención hubieran podido hacer para prevenirlo o evitarlo, dado que la paciente no tenía un factor de riesgo conocido para dicho desprendimiento⁵³.

Se concluye entonces, que el diagnóstico dado por los médicos tratantes fue acertado, el manejo que se le suministró fue el adecuado, el tiempo de atención fue oportuno, se le hizo el seguimiento al caso hospitalario, pero lamentablemente por causas que no resultan imputables a las Entidades aquí demandadas se produjo el óbito fetal, razón por la cual, se declararán probadas las excepciones denominadas *"En la USI no hubo falla del servicio médico asistencial prestado a la gestante, no hay nexo de causalidad alguno entre la atención brindada a la paciente y el óbito fetal que presentó, no hubo falla del servicio por parte de la USI E.S.E y no hubo falta de oportunidad, diligencia y atención a la paciente durante su embarazo"*, propuestas por la entidad demandada Unidad de Salud de Ibagué.

En consecuencia, al no encontrarse acreditado dentro del plenario que existió una falla en el acto médico, resulta improcedente por esta vía una condena en contra del Estado, por lo cual, habrán de despacharse desfavorablemente las pretensiones de la demanda.

COSTAS

⁵² Archivo denominado "003DictamenPericialUnidadSaludIbague" de la carpeta "004Cuaderno4DictamenPericial" del expediente digital.

⁵³ Archivo denominado "003DictamenPericialUnidadSaludIbague" de la carpeta "004Cuaderno4DictamenPericial" del expediente digital.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A. y de lo C.A., salvo en los procesos donde se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil, hoy C.G.P.

A su turno, el artículo 365 del C.G.P., fija las reglas para la condena en costas, señalando en su núm. 1º que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso.

Así las cosas, se condenará en costas procesales de ésta instancia a la PARTE DEMANDANTE, siempre y cuando se hubieren causado y en la medida de su comprobación, incluyendo en la liquidación el equivalente a dos (2) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes por concepto de agencias en derecho, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo No 1887 de 2003, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

V.- DECISIÓN

Como natural corolario de lo expuesto, la Juez Séptima Administrativa de Oralidad del Circuito de Ibagué, Distrito Judicial del Tolima, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR PROBADAS las excepciones denominadas "*En la USI no hubo falla del servicio médico asistencial prestado a la gestante, no hay nexo de causalidad alguno entre la atención brindada a la paciente y el óbito fetal que presentó, no hubo falla del servicio por parte de la USI E.S.E y no hubo falta de oportunidad, diligencia y atención a la paciente durante su embarazo*", propuestas por la entidad demandada Unidad de Salud de Ibagué.

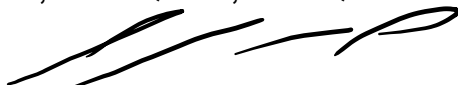
SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda interpuesta por el señor NEIDY TATIANA GUTIÉRREZ MADRIGAL, MARCOS RINCÓN MARTÍNEZ, RUBI MADRIGAL, WILSON GUTIERREZ, ROSALÍA MARTÍNEZ RÍOS, NANCY RINCÓN MARTÍNEZ, DAMARIS RINCÓN MARTÍNEZ, BEHERLIDES RINCÓN MARTÍNEZ, YANETH GUTIÉRREZ MADRIGAL, LUZ ADRIANA GUTIÉRREZ MADRIGAL, MÓNICA ANDREA GUTIÉRREZ MADRIGAL Y WILSON ALEXIS GUTIÉRREZ MADRIGAL en contra de la UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ E.S.E y el MUNICIPIO DE IBAGUÉ, conforme a los argumentos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: CONDENAR en costas a la parte demandante por las razones expuestas con antelación, incluyendo como agencias en derecho a favor de la entidad demandada, la suma de dos (02) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes. Por Secretaría liquídense.

CUARTO: ORDENAR la devolución de los remanentes que por gastos del proceso consignó la parte demandante, si los hubiere.

QUINTO: En firme ésta providencia, archívese el expediente, previas constancias de rigor y anotaciones en el Sistema de Gestión Judicial Samai.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



INÉS ADRIANA SÁNCHEZ LEAL

JUEZ