

Fwd: CONTESTACION DEMANDA FERNANDO MORALES DE LA HOZ

Alejandra Sossa Doza <alejamilesd@gmail.com>

Vie 04/02/2022 17:07

Para: Juzgado 05 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 2 archivos adjuntos (2 MB)

contestacion demanda fernando morales de la hoz.pdf; JUZGADO 5 LLAMAMIENTO EN GARANTIA COMPLETO.pdf;

Buenas tardes

EL JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

E. S. D.

ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA:	CONTESTACION DE DEMANDA
PROCESO:	VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
DEMANDANTE:	FERNANDO MORALES DE LA HOZ
DEMANDADO:	COOMEVA EPS.
RAD.	2019-00192

Alejandra Milena Sossa identificada con cédula ciudadanía No. 1030523486 y T.P. 184.949 apoderada de Coomeva EPS, reconocida en el proceso de la referencia, por medio de la presente adjunto contestación de la demanda y llamamiento en garantía en el proceso de la referencia

Señores

EL JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

E. S. D.

ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: CONTESTACION DE DEMANDA
PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DEMANDANTE: FERNANDO MORALES DE LA HOZ
DEMANDADO: COOMEVA EPS.
RAD. 2019-00192

ALEJANDRA MILENA SOSSA DOZA, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1030523486 y tarjeta profesional No. 184.949 apoderada de COOMEVA EPS, estando dentro del término legal, me permito dar contestación a la Demanda Declarativa de Responsabilidad Civil Extracontractual de la referencia en los siguientes términos:

Para contextualizar al despacho acerca de los términos presento los siguientes argumentos:

ANTECEDENTES A LA MEDIDA DE INTERVENCION

La Superintendencia Nacional de Salud ha proferido las siguientes resoluciones

1. Resolución 006045 del 27 de mayo de 2021 que ordenó:

ARTÍCULO PRIMERO: ORDENAR La toma de posesión inmediata de los bienes haberes y negocios de la entidad vigilada COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. identificada con Nit 805000427-1 por el termino de dos meses , por las razones expuestas en la presente resolución.

2. Resolución No. 202151000125056 de 2021

Artículo Primero: Prorrogar la toma de posesión inmediata de los bienes haberes y negocios ordenada por la Superintendencia Nacional mediante Resolución 006045 del 27 de mayo de 2021 a COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. identificada con Nit 805000427-1 por el término de dos (2) meses, es decir hasta el 27 de septiembre de 2021, por la razones expuestas en la parte motiva de la presente resolución.

3. Mediante la Resolución N° 2 0 2 1 5 1 0 0 0 1 3 2 3 0 – 6 del 27 de septiembre del 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se ordenó la intervención forzosa administrativa para administrar de COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A, identificada con e NIT 805.000.427-1, por el término de un (1) año, es decir, desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2022.

Teniendo en cuenta lo anterior se procede a explicar los efectos de la última medida que en cuanto a los términos de notificación al interventor la cual da la misma orden a los despachos judiciales en las dos resoluciones anteriores

En la Resolución 6045 de 2021 respecto de la notificación del proceso se indico:

Conforme con lo establecido en los literales c) y d) artículo tercero de la Resolución No 06045 del 27 de mayo de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en concordancia con lo dispuesto en los literales d) y e) numeral 1 del artículo 9.1.1.1.1. del Decreto 2555 de 2010, el cual establece las medidas preventivas obligatorias y al respecto dispone:

“(...) c) La comunicación a los jueces de la República y a las autoridades que adelanten procesos de jurisdicción coactiva sobre la suspensión de los procesos de la ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión con ocasión de las obligaciones anteriores a dicha medida. (...)”

“(...) d) La advertencia que, en adelante, no se podrá iniciar ni continuar procesos o actuación alguna contra la intervenida sin que se notifique personalmente al agente especial, so pena de nulidad (...)”.

4. De igual manera se consagro en la Resolución 202151000125056 de 2021.

5. Mediante la Resolución N° 2 0 2 1 5 1 0 0 0 1 3 2 3 0 – 6 del 27 de septiembre del 2021, se indicó lo siguiente:

El régimen jurídico aplicable al presente proceso de intervención forzosa administrativa para administrar, es el contenido en la Resolución N° 2 0 2 1 5 1 0 0 0 1 3 2 3 0 – 6 del 27 de septiembre del 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Decreto 2555 de 2010 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Conforme con lo establecido en los literales c) y d) del artículo cuarto N° 2 0 2 1 5 1 0 0 0 1 3 2 3 0 – 6 del 27 de septiembre del 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en concordancia con lo dispuesto en los literales d) y e) numeral 1 del artículo 9.1.1.1.1. del Decreto 2555 de 2010, el cual establece las medidas preventivas obligatorias y al respecto dispone:

“(...) c) La comunicación a los jueces de la República y a las autoridades que adelanten procesos de jurisdicción coactiva sobre la suspensión de los procesos de la ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión con ocasión de las obligaciones anteriores a dicha medida. (...)”

“(...) d) La advertencia que, en adelante, no se podrá iniciar ni continuar procesos o actuación alguna contra la intervenida sin que se notifique personalmente al agente especial, so pena de nulidad (...)”.

Así mismo el artículo 161 del CGP, establece en el inciso segundo del párrafo del numeral segundo, que los procesos se deberán suspender cuando “(...), en disposiciones especiales, sin necesidad de decreto del juez” así lo disponga.

I. AUTO QUE ORDENA NOTIFICAR

Teniendo en cuenta que el link del expediente fue enviado a mi correo el 15 de diciembre como apoderada de la intervención me encuentro en términos para contestar la demanda.

Ahora bien, teniendo en cuenta que Coomeva EPS en intervención, no fue notificada conforme se señaló en las resoluciones anteriormente relacionadas, no se le puede imponer la carga de la notificación a un abogado externo, toda vez que no estaba enterada de la existencia del proceso. Visto lo anterior se entiende que una vez enterada Coomeva EPS

de la existencia del proceso por acceso al link del expediente se debe tener en cuenta este termino para contabilizar el termino de la notificación al agente interventor,

Teniendo en cuenta que la falta de notificación al agente especial interventor conlleva la nulidad de las actuaciones:

“(...) d) La advertencia que, en adelante, no se podrá iniciar ni continuar procesos o actuación alguna contra la intervenida sin que se notifique personalmente al agente especial, so pena de nulidad (...)”.

Al no realizar la notificación del agente interventor no se puede agravar su situación imponiendo consecuencias procesales de las cuales no estaba enterado, agravando aún más el derecho al debido proceso que hasta el momento ha sido vulnerado.

CAPITULO I

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

HECHOS 1. Es cierto parcialmente: En cuanto a la afiliación de la demandante. En cuanto a la conformación de su núcleo familiar no nos consta. La señora MERIELEN se encuentra afiliada a Coomeva EPS en calidad de cotizante desde el 05-04-2013, actualmente en estado retirado desde el 28-05-2018.

HECHO 2 y 3. SON CIERTOS PARCIALMENTE: Ya que las atenciones recibidas fueron más que las relatadas en estos hechos complementando con controles de exámenes y otras atenciones. Tal como se explica a continuación.

En fecha 13-01-2017 la Sra. Merielen consulta a Sinergia Salud Unidad Básica La Unión con gineco-obstetra Dr. Cristóbal Jose De Avila Ganem, con reporte de uroanálisis: normal, y Gravindex que reporta positivo, embarazo de 6 semana por ecografía particular de enero 10 y de +- 10 semanas por amenorrea, fecha probable de parto (fpp): sept 9 de 2017, con fecha ultima menstruación (fum) 09-11-2016, ordena exámenes del primer trimestre del embarazo y la remiten para iniciar control prenatal G3P0C1A1. Se realiza captación inmediata al programa de control prenatal, es valorada por Enfermera jefe para la realización de asesoría para la aplicación de la prueba presuntiva para VIH en su primer trimestre de embarazo.

El 17 de enero de 2017 es valorada por medico gestante en su primer control prenatal acompañada de su pareja, con resultado de exámenes del primer trimestre completos normales de fecha 14-01-2017, examen de VIH negativo (le explican que se va a realizar de forma trimestral, post-test VIH).

El 19 de enero es valorada por Psicología y Nutrición dentro del programa de control prenatal. Con sobrepeso para la edad gestacional, le detectan alta ingesta de cho complejos, jugos y bebidas azucaradas - le entregan recomendaciones nutricionales - se enfatiza en alimentación saludable en la gestación y ganancia adecuada de peso.

Paciente acude a control prenatal con medico gestante 07 de febrero, encuentra Infección De Vías Urinarias Primer Episodio Cistitis Aguda, le realiza diagnóstico de Supervisión De Embarazo De Alto Riesgo Sin Otra Especificación por embarazo de 10.6 semanas por ecografía obstétrica, g3a1c1, antecedente familiar de hipertensión, antecedente personal

de sobrepeso en seguimiento con nutrición, antecedente de infección por virus del papiloma humano (VPH) tratado, infección de vías urinarias primer episodio cistitis aguda.

El 9 de marzo de 2017 acude a consulta prioritaria por cuadro de dolor abdominal tipo cólico hipogastrio y región lumbar, manchado vaginal escaso, cursa gestación de 11 semanas, le realizan diagnóstico de amenaza de aborto.

El 8 de marzo de 2017 es valorada en su unidad básica por Gineco-obstetra, embarazo de 17 semanas, Antecedente personal de cesárea hace 12 años por distocia de encajamiento. Desde hace 1 semana presenta cuadro clínico caracterizado por síntomas urinarios disuria al final de la micción, tenesmo vesical y polaquiuria, sin ningún otro síntoma concomitante, con TA de 100/60 - AU de 13 Cm, FCF DE 155 latidos, con reporte de Ecografía obstétrica de tercer nivel del día 31/01/2017 Embrión de 9 semanas, decidua con adecuada reacción y flujo trofoblástico abundante, sin zonas francas de desprendimiento y ecografía transvaginal del 02-03-17 De Imágenes Vitales embarazo de 13.4 semanas, sonolucencia nucal normal de 1,5 mm- ILA normal, placenta o anterior marginal presenta hueso nasal . FCF DE 168 latidos. Realiza diagnóstico de Supervisión De Embarazo De Alto Riesgo.

El 22 de marzo acude a consulta de control prenatal con Ginecobotetra, paciente con embarazo de Alto riesgo, antecedente familiar de hipertensión, le ordena ecografía obstétrica de III nivel, ordena calcio, le dan recomendaciones y señales de alarma para sangrado y dolor pélvico debe recurrir a urgencia.

El 10 de abril acude a control con ginecobotetra con resultado de Ecografía de III nivel que muestra embarazo de 17.1 semanas, orificio cervical interno (OCI) cerrado y libre, placenta grado I sin desprendimiento. Ila normal, presenta peso de 63 kg. TA de 100/60, Altura uterina (AU) de 16 cm, fcf de 152 latidos, control en 3 semanas, le ordenan hemograma, parcial de orina, urocultivo, serología, VIH.

HECHO 4 y 5. NO SON CIERTOS COMO ESTAN REDACTADOS : El 24 de mayo es valorada por Ginecobotetra tratante con reporte de estudios realizados que muestran: Proteinuria de 24 hrs normal y Parcial de orina normal, al examen físico cardiopulmonar estable, examen obstétrico normal y ginecológico con cuello sano cerrados extremidades con edema en miembros inferiores, manos y cara, le ordena tratamiento con Metildopa Tableta de 500 Mg, Acido Acetil Salicílico Tableta 100 Mg, Calcio Carbonato - Vitamina D3 Tableta, Fumarato Ferroso +ácido Fólico + ácido Ascórbico Tableta.

Según los anexos de la demanda El 26 de mayo le realizan Ecografía obstétrica Doppler la cual reporta feto único de 25.3 semanas, creciendo en percentil 22%, placenta normoinserta, Doppler fetoplacentario normal, IP promedio de arterias uterinas $P > 95\%$, Alto riesgo para preeclampsia y CIR, y es valorada por Perinatologo en Cedifetal Dr. Miguel Parra quien revisa estudios de la paciente, considerando: Embarazo de 25.2 semanas, Trastorno hipertensivo del embarazo a clasificar, ¿Preeclampsia atípica? Ordena: consultar a urgencias, Perfil toxémico, pruebas de bienestar fetal, control de presión arterial.

Según los anexos de la demanda, el mismo 26 de mayo a las 11:59 am la paciente ingresa a la urgencia de clínica Asunción remitida por perinatología por elevación de cifras de tensión arterial 145/90, edema de miembros inferiores, le realizan diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, edema gestacional, alto riesgo de preeclampsia y CIR, feto único vivo, a las 13:55 horas es valorada por el Dr. Roberto Rodriguez, quien le ordena perfil toxémico y revalorar con nueva toma de TA, a las 17:56 horas es valorada por el Dr. Carlos Chaves, quien revisa exámenes de laboratorio proteínas al azar 2.0, Tgo 19, Tgp 17.3, creatinina 0.7, Bun 12, Ldh 405, hemograma: Hemoglobina 11.5, Hto 34.1, plaquetas 158.000, en ese momento asintomática para vasoespasmos, con TA 110/70, decidiendo dar de alta, control por la EPS con proteinuria en 24 horas, y recomendaciones para consultar a urgencias.

Según los anexos de la demanda el 27 de mayo a las 20:58 horas ingresa nuevamente a la urgencia de clínica asunción por cuadro de cefalea asociada a malestar general, con examen clínico adecuado estado general, TA 120/70, cardiopulmonar normal altura uterina 26cm, FCF 134, feto en cefálica, edema GII en miembros inferiores, a las 21:25 horas es valorada por el Dr. Carlos Chaves, con eco Doppler normal, perfil toxémico negativos, tensión arterial en metas, le realizan diagnóstico de G2C1, Embarazo de 25.1 semanas, edema gestacional, con cifras tensionales controladas, persistencia de cefalea, perfil toxémico negativo, le da orden de valoración por Neurología en la EPS, ordena Zaldiar para manejo del dolor, alfa metil dopa 500mg cada 12 horas, clara recomendación para reconsultar a urgencia, paciente egresa a las 21:57 horas de la urgencia de clínica asunción.

Según los anexos de la demanda el 27 de mayo a las 11:54 pm ingresa a la urgencia de la Clínica La Merced Barranquilla S.a.s. con cuadro de presión arterial elevada y epigastralgia, valorada por Ginecobstetra Dra. Carol Gomez, encuentra paciente con retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) y Alto Riesgo Obstétrica Por Preeclampsia, con AU 23CM, feto vico cefálico, FCF 137 latidos, actividad uterina nula, TV omitido, edema grado 2, con síntomas premonitorios a quien ordenan hospitalizar para estudio de su estado hipertensivo, ordenan profilaxis con anticonvulsivantes, y control de cifras tensionales, le realizan diagnostico de hipertensión materna, le ordenan nifedipino, sulfato de magnesio en Solución salina normal, Betametasona ampolla, solicitan perfil toxémico, proteinuria en 24 horas, control cada 2 horas de presión arterial y anotar, sonda vesical a Cistofló, a las 12:40 am ordena hospitalizar en unidad de cuidados intensivos (UCI), paciente hospitalizada bajo manejo por Ginecobstetra, con evolución estable, tensión arterial controlada deciden dar egreso con recomendaciones.

FRENTE A LAS PRETENSIONES

En mi calidad de apoderada judicial de COOMEVA EPS S.A y con base en los argumentos expuestos en esta contestación, me opongo a todas y cada una de las pretensiones formuladas en la demanda dada su carencia de fundamento fáctico, probatorio y legal.

PRIMERA PRETENSION. ME OPONGO A ESTA CONDENA, la cual está encaminada a declarar la responsabilidad por causa en la falla del servicio médico toda vez que no existe bajo ningún punto de vista responsabilidad o nexo causal entre la conducta desplegada por Coomeva EPS y el daño alegado por los demandantes

SEGUNDA PRETENSION: NOS OPONEMOS A ESTA ESTA CONDENA. Esto por cuanto tal como lo manifestamos en los hechos, como muestra la literatura médica la atención en salud y el tratamiento que recibió la señora Merielen Barros Bermejo fue pertinente, se realizo de manera diligente por lo que no existe un nexo causal válido que permita realizar una imputación jurídica del daño.

TERCERA PRETENSION. ME OPONGO A LA CONDENA por daño moral, solicitada toda vez que no se observan los elementos que conforman responsabilidad civil referentes a la prestación del servicio medico.

CUARTA PETENSION. ME OPONGO A LA CONDENA Toda vez que no se encuentra demostrado el nexo causal o la causa adecuada del daño, por la cual mi representada deba ser condenada por una falla en su actuar. Al no tener una causa adecuada del daño cometido por Coomeva no tiene asidero la condena solicitada.

QUINTA PRETENSION: ME OPONGO a esta pretensión y en su lugar solicitó condenar en costas a los demandantes.

CAPITULO III

FUNDAMENTOS DE DERECHO DE DEFENSA DE COOMEVA EPS

Son diversos los fundamentos jurídicos que se pueden esgrimir en defensa de COOMEVA EPS frente a lo indicado por la parte demandante:

1. RESPECTO AL REGIMEN DE RESPONSABILIDAD E IMPUTACION JURIDICA INEXISTENCIA DE- NEXO CAUSAL.

No se puede decir que las situaciones de salud presentadas por la señora MERIELEN BARROS BERMEJO se trataran de una deficiente atención Medica, al contrario Coomeva EPS en ningún momento fue negligente en su actuar, y todo el tiempo le aseguró al usuario la atención medica que requería, con acceso a profesionales idóneos, adscritos a nuestra Red de atención, sin presentarse hechos en los que se pudiera concluir una imprudente o negligente conducta en su actuar respecto a las obligaciones contractuales que tenía con la usuaria, autorizándole todos los servicios y atenciones que requirió para la recuperación de su salud.

Coomeva EPS no fue negligente en su actuar, CUMPLIENDO SU OBLIGACIÓN CONTRATUAL con la señora MERIELEN BARROS BERMEJO garantizándole en todo momento al paciente una atención oportuna y de calidad, brindando una red de servicios con la capacidad técnico-científica requerida para manejar el cuadro clínico que presentaba, autorizando todos los servicios, estudios, intervenciones y manejos que requirió el afiliado durante su afiliación a Coomeva EPS, acompañándolo durante todo el proceso. Por lo tanto, siendo claro el cumplimiento de la obligación contractual para con su afiliado, no puede establecerse a Coomeva EPS como objeto dañoso en este caso.

En efecto no existe una sola causal o juicio de imputación que genere una relación de causalidad entre las actuaciones realizadas por COOMEVA EPS y el daño alegado por los demandantes, ahora bien, el fallecimiento del menor no es causa de un error en la atención, ni en el diagnóstico, ni en los procedimientos o en general los tratamientos recibidos por el paciente, afirmaciones por parte de su apoderado que no tienen ningún soporte jurídico.

ANALISIS DEL CASO

Vamos a contextualizar las patologías presentadas por la usuaria

TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO: Los estados hipertensivos del embarazo son un conjunto de desórdenes que acontecen durante la gestación cuyo nexo común es la hipertensión, pueden ser causa de secuelas permanentes (alteraciones neurológicas, hepáticas, renales o hematológicas) e incrementan la mortalidad neonatal, asociándose con crecimiento intrauterino retardado (CIUR), oligoamnios y prematuridad. El parto y alumbramiento son el único tratamiento curativo. Se trata de una enfermedad progresiva y el parto se realiza en beneficio materno. La razón de retrasar el parto es reducir la morbilidad perinatal gracias a una mayor edad gestacional y en menor grado conseguir una cerviz más favorable.

El riesgo de continuar con la gestación ocasiona un posible daño severo multiorgánico sobre cerebro, hígado, riñones, placenta/feto y sistema vascular.

Clasificación: Los EHE pueden clasificarse en varios tipos:

- HTA crónica: HTA previa a la gestación, diagnosticada antes de la semana 20 ó tras la semana 20.
- Hipertensión gestacional: HTA posterior a la semana 20 sin proteinuria.
- Preeclampsia/eclampsia: HTA (TA sistólica >140 y/o TA diastólica >90 en dos ocasiones separadas >4-6 horas) asociada a proteinuria (>300 mg en orina de 24 horas o >2+ en labstics en dos ocasiones separadas > 4horas) en gestante de más de 20 semanas previamente normotensa.

A su vez se puede diferenciar entre preeclampsia leve y grave, no existe la preeclampsia moderada. La preeclampsia grave presenta uno o más de los siguientes criterios:

- TA sistólico >160 mmhg y/o diastólica >110 en dos determinaciones separadas en 4-6 horas, antes del inicio del tratamiento anti hipertensor.
- Renales: Proteinuria >2 g en orina de 24 horas, oliguria <500 ml/24 horas, creatinina sérica >1,2 mg/dl.
- Alteraciones analíticas: pruebas funcionales hepáticas; hematológicas: trombocitopenia (<100.000 mm³), CID, hemólisis (esquistocitos en sangre periférica, LDH > 600 u/l, haptoglobina <0,8 mg/dL).
- Alteraciones clínicas: cerebrales o visuales (hiperreflexia con clonus, cefalea severa, escotomas, visión borrosa, amaurosis, hemorragia retiniana, papiledema); síntomas de distensión de la cápsula hepática, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos; edema agudo de pulmón.
- Manifestaciones fetales (CIUR).

La eclampsia es la aparición de convulsiones tónico-clónicas en el contexto de una paciente preecláptica que no pueden ser atribuidas a otras causas. El 20% de las pacientes con eclampsia no presenta HTA objetiva.

4. Preeclampsia sobreañadida a HTA crónica: desarrollo de proteinuria en gestante con HTA previa conocida o empeoramiento de las cifras de esta o de las cifras tensionales tras la semana 20.

Predicción y profilaxis de la preeclampsia: Por el momento no existen medidas profilácticas efectivas de prevención primaria por desconocer su etiopatogenia. Por tanto, la actuación se centra en la identificación de gestantes de riesgo para ajustar correctamente el adecuado control antenatal. El control materno persigue dos fines, el diagnóstico precoz de la preeclampsia en los casos de hipertensión gestacional y la valoración de la progresión del proceso

Conducta obstétrica de urgencia: Desde el punto de vista de la urgencia obstétrica es preciso distinguir los cuadros clínicos según su presentación:

- Gestantes hipertensas asintomáticas o paucisintomáticas en las que se deberá establecer el tipo de
- cuadro EHE y su gravedad.
- Gestantes con sintomatología que requieran diagnóstico diferencial entre EHE y otros cuadros clínicos distintos.
- En la atención a estas gestantes se iniciará la valoración materna y fetal de forma conjunta, que permitirá establecer el diagnóstico, su gravedad y su posible repercusión fetal.

- Control materno
- Control fetal

El establecimiento del juicio clínico requiere un diagnóstico diferencial previo que se establecerá con distintas entidades según signos y síntomas teniendo en cuenta los factores de riesgo de la enfermedad (nuliparidad, gestación múltiple, enfermedad trofoblástica, obesidad, antecedentes familiares, personales de preeclampsia, HTA crónica, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus pregestacional, trombofilia, exposición limitada al esperma de la pareja).

- HTA: de nueva aparición en la segunda mitad de la gestación inicialmente se diagnostica como preeclampsia hasta que no se pueda identificar otra causa.
- Dolor torácico: está más relacionado con edema pulmonar o fallo cardiaco congestivo.
- Disnea: la asociación más frecuente es con edema pulmonar. Suele evolucionar en horas.
- Tos: síntoma de presentación frecuente del edema de pulmón
- Taquipnea: una frecuencia respiratoria superior a 25 inspiraciones por minuto requiere estudio, siendo la primera causa el edema pulmonar, pero se debe descartar una complicación tromboembólica.
- Edema: ya no es criterio diagnóstico de preeclampsia por su frecuente aparición en la gestación.
- Dolor abdominal: el dolor característico de la preeclampsia es el localizado en epigastrio y/o en el cuadrante superior derecho, que no se modifica con la ingesta de alimentos, ni irradia
- Convulsiones: las convulsiones eclámpicas no suelen asociar aura, ni focalización posterior (excepto si asocian complicación hemorrágica) y se caracterizan por ser autolimitadas

Conducta y tratamiento: El principal objetivo del tratamiento de la preeclampsia es el bienestar materno. En ocasiones la finalización de la gestación conlleva un riesgo fetal elevado por la prematuridad yatrógena, por este motivo el tratamiento de estas pacientes dependerá de la edad gestacional y del bienestar materno y fetal.

Finalización de la gestación:

- Gestación a término >37 semanas, no debiendo superar la semana 40 incluso en presencia de condiciones cervicales desfavorables.
- Preeclampsia grave en gestante de >34 semanas.
- Por debajo de la semana 34 ante la presencia de:
 - Pródromos de eclampsia o eclampsia.
 - HTA severa resistente al tratamiento (dos hipotensores a dosis máximas de tratamiento).
 - Fallo multiorgánico (deterioro de la función renal u oligoanuria, de la función hepática, trombocitopenia progresiva).
 - Hemorragia cerebral, EAP, rotura hepática, DPPNI.
 - Síndrome de HELLP no estable.
 - Pérdida del bienestar fetal (estudio de Eco-Doppler de arteria uterina con diástole ausente o revertida, registro cardiotocográfico -CTG- no tranquilizador, perfil biofísico <4).

Conducta expectante de la preeclampsia leve: No es necesario el ingreso si de forma ambulatoria se consigue un control adecuado. Las medidas a tener en cuenta son:

- Control de TA cada 12 horas.

- Proteinuria cualitativa/24 horas y en orina de 24 horas (1-2 veces/sem).
- Analítica: hemograma, transaminasas, LDH, creatinina, ácido úrico, urea, pruebas de coagulación y de productos de degradación del fibrinógeno bisemanales.
- Control de movimientos fetales, durante 1 hora/ día si <6 movimientos acudir al hospital.
- Maduración pulmonar si EG <34 semanas con betametasona 12 mg/24 h dos dosis.
- CTG cada 7-15 días desde la semana 28 y semanal a partir de la 34 (nivel de evidencia II).
- Eco Doppler (biometría e índice de líquido amniótico cada 7-15 días, flujometría cada 7-15 días; o antes si alteraciones en arteria umbilical, cerebral media o ductus venoso).
- Tratamiento
- Reposo: no ha demostrado que mejore el pronóstico. Puede mejorar la retención hídrica y la perfusión fetal.
- Dieta normocalórica, normoproteica y normosódica.
- Obtener TA entre 140-145 de sistólica y 90-95 de diastólica. Ningún fármaco previene la evolución a preeclampsia grave. El manejo expectante permite valorar la progresión de la enfermedad.

PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD: Preeclampsia es una complicación del embarazo, se define como la aparición de hipertensión, proteinuria y signos de daños en otro sistema de órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones, Generalmente, la preeclampsia comienza después de la semana 20 en una mujer embarazada previamente normotensa. La preeclampsia severa y la eclampsia son poco frecuentes, pero complican muy seriamente la gestación.

ETIOLOGÍA: La preeclampsia es un desorden multisistémico idiopático específico del embarazo y del puerperio en humanos. Más precisamente, es una enfermedad causada por la placenta, pues se ha descrito en embarazos donde existe tejido trofoblástico, pero no fetal (embarazos molares completos). En forma similar, en la rara situación de un embarazo avanzado complicado por la preeclampsia y si la remoción completa de la placenta no es posible al momento del parto, la preeclampsia persiste en el posparto en vez de resolverse. Aunque la fisiopatología de la preeclampsia es poco comprendida, está claro que la marca principal es la alteración de la placentación en la primera mitad del embarazo. Se ha sugerido que la característica patológica es una falla completa o parcial de la segunda ola de invasión trofoblástica entre las semanas 16 y 20 de embarazo, la cual es responsable, en los embarazos normales, de destruir la capa muscular de las arterias espirales. Mientras el embarazo avanza, las demandas metabólicas de la unidad fetoplacentaria aumentan, y debido a la alteración en la invasión placentaria, las arterias espirales son incapaces de dilatarse para acomodar el aumento necesario del flujo sanguíneo, produciendo una "disfunción placentaria" que se manifiesta clínicamente como preeclampsia.

DIAGNÓSTICO: La preeclampsia no es una entidad patológica única, sino un síndrome clínico constituido por tres elementos distintos:

- a. hipertensión de reciente aparición (descrita como mediciones de presión arterial mayores de 140/90 mmhg en una mujer previamente normotensa).
- b. proteinuria de reciente aparición (definida como valores mayores de 300 mg/24 horas o 2 o más cruces en una muestra de orina en ausencia de infección urinaria).

- c. edema nefrogénico significativo de reciente aparición. Un estudio posterior sugirió eliminar el edema como criterio. El diagnóstico sólo puede ser hecho después de las 20 semanas de embarazo.

CLASIFICACIÓN: La preeclampsia se clasifica en "leve" y "severa". El diagnóstico de preeclampsia severa se debe realizar en mujeres con hipertensión proteinúrica de reciente aparición junto con uno o más de los siguientes:

Síntomas:

- Alteración del sistema nervioso central (visión borrosa, escotomas y cefalea intensa).
- Dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho (por distensión de la cápsula o ruptura hepática).

Signos:

- Elevación marcada de la presión arterial (mayor de 160/110 mmHg en dos ocasiones separadas por lo menos con 6 horas de diferencia).
- Edema pulmonar.
- Eclampsia (definida como convulsiones generalizadas y/o coma sin explicación en presencia de preeclampsia y en ausencia de otra condición neurológica).
- Enfermedad cerebrovascular.
- Ceguera cortical.
- Restricción del crecimiento intrauterino.

Hallazgos de laboratorio:

- Proteinuria (mayor de 5 gramos en 24 horas).
- Oliguria o insuficiencia renal (menos de 500 ml en 24 horas).
- Alteración hepatocelular (concentraciones de transaminasas séricas 2 veces mayor de lo normal).
- Trombocitopenia (menos de 100 000 plaquetas / mm³).
- Coagulopatía.
- Síndrome HELLP (hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas, trombocitopenia).

Sólo una de las características clínicas es necesaria para el diagnóstico de preeclampsia severa.

TRATAMIENTO: A pesar de los esfuerzos, no ha sido posible hasta la fecha prevenir la preeclampsia. La estabilización de las condiciones de la madre y establecimiento del bienestar fetal son las primeras responsabilidades en el tratamiento de las embarazadas con preeclampsia severa.

La obtención del feto y la placenta es generalmente aceptada como el único tratamiento efectivo para la preeclampsia y se recomienda en pacientes con preeclampsia leve una vez que se ha alcanzado una edad gestacional aceptable. En contraste, se recomienda el parto inmediato en todas las pacientes con preeclampsia severa, sin importar la edad del embarazo, para prevenir las complicaciones maternas y fetales, aunque el parto inmediato no significa un parto abdominal. La decisión de realizar la inducción o la cesárea debe ser individualizada basada en factores como la paridad, edad gestacional, condiciones del cuello uterino, presentación y el estado fetal. Los agentes de maduración cervical pueden ser utilizados para mejorar las condiciones del cuello uterino, pero se deben evitar las inducciones prolongadas.

CONDUCTA EXPECTANTE EN LA PREECLAMPSIA SEVERA: El parto es generalmente recomendado para todas las pacientes con preeclampsia severa, sin importar la edad gestacional, pero existe gran controversia sobre esta conducta.

Para diferentes naciones del mundo no existe una definición de la viabilidad fetal. En algunos lugares, la viabilidad fetal es definida como "el tiempo de supervivencia más temprano y bien documentado que en la actualidad es alrededor de las 22 semanas". En otras regiones se considera que el feto debe tener un peso mayor de 500 gramos y más de 20 semanas.

En vista de la confusión alrededor de la definición de los límites de la viabilidad fetal, es más útil considerar los aspectos del manejo de la preeclampsia severa en embarazos "pre-viables". A este respecto, la pre-viabilidad puede relacionarse como "el rango de edad gestacional en el cual la incidencia de efectos adversos perinatales es alta y la variación individual del desarrollo de **órganos** y sistemas es el suficiente que se puede anticipar una morbilidad y mortalidad significativa". Esta definición podría incluir los embarazos con edades gestacionales entre 22 y 26 semanas.

INDICACIONES PARA LA CONDUCTA EXPECTANTE: El tratamiento definitivo de la preeclampsia es el parto para prevenir las potenciales complicaciones maternas. Éste se recomienda en todas las pacientes con preeclampsia severa, sin importar la edad gestacional.

Sólo existen tres situaciones en las cuales se recomienda el manejo expectante en la preeclampsia severa:

* Preeclampsia severa sólo con proteinuria (mayor de 5 gramos en 24 horas). No es una indicación para el parto.

* Las pacientes con preeclampsia severa complicados con restricción del crecimiento intrauterino lejano del término (menos de 32 semanas) pueden ser manejadas conservadoramente con un buen monitoreo fetal, para lograr una edad gestacional más favorable. Tales pacientes deben ser hospitalizadas y realizárseles pruebas fetales diarias.

* La preeclampsia severa únicamente con aumento de la presión arterial antes de las 32 semanas. Esta indicación, aunque potencialmente peligrosa para la madre, ha sido apoyada por varios estudios. Se debe aclarar que no existe beneficio para la madre en el tratamiento expectante, y es que la paciente toma un riesgo pequeño pero significativo sobre su propia salud en vista al retraso del parto hasta que se alcanza una edad gestacional más favorable. Para algunos investigadores ésta sería la única excepción para la conducta expectante.

Complicaciones: Mientras más grave sea la preeclampsia y más temprano se presente en el embarazo, mayores serán los riesgos para el binomio madre-feto. La preeclampsia puede requerir la inducción del trabajo de parto y el parto.

Entre las complicaciones de la preeclampsia se incluyen las siguientes:

- Restricción del crecimiento fetal: La preeclampsia afecta a las arterias que suministran sangre a la placenta. Si la placenta no recibe la cantidad suficiente de sangre, el bebé puede recibir un nivel inadecuado de sangre y oxígeno, y menos nutrientes. Esto puede ocasionar un crecimiento lento, conocido como "restricción del crecimiento fetal", bajo peso al nacer o parto prematuro
- Nacimiento prematuro: Si el bebé nace prematuro, puede tener problemas respiratorios o de otro tipo.
- Desprendimiento de placenta: La preeclampsia aumenta el riesgo de tener desprendimiento de la placenta
- Síndrome de HELLP: aumento de enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas, es una forma más grave de la preeclampsia y puede poner en riesgo rápidamente la vida de la madre y la del bebé.

- Eclampsia: Si la preeclampsia no se controla, es posible que se desarrolle eclampsia, que es, en esencia, una preeclampsia con convulsiones.
- Daño a otros órganos: La preeclampsia puede dañar los riñones, el hígado, los pulmones, el corazón o los ojos, y causar un accidente cerebrovascular u otra lesión cerebral.
- Enfermedad cardiovascular: Tener preeclampsia puede aumentar el riesgo de presentar enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos (cardiovasculares) en el futuro

Prevención: puede reducir el riesgo de tener preeclampsia lo siguiente:

- Aspirina en dosis bajas
- Suplementos de calcio

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO): Un embarazo de alto riesgo es el que tiene factores asociados que pueden afectar negativamente a la salud de la madre o del feto.

- Edad de la madre. mujeres mayores de 35 años
- Estilo de vida
- Condiciones médicas: Hipertensión Inducida por el embarazo, diabetes, anemia, infecciones, epilepsia incrementan el riesgo de desarrollar un embarazo de alto riesgo.
- Complicaciones durante el embarazo: Presión Arterial alta, Diabetes Gestacional, Infecciones, Preeclampsia.
- Embarazo múltiple
- Gestantes multíparas (varios partos)

PREMATURES: Es un bebé nacido antes de 37 semanas completas de gestación (más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto).

Causas: Al nacer, un bebé se clasifica como:

- Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación)
- A término (de 37 a 42 semanas de gestación)
- Postérmino o posmaduro (nacido después de 42 semanas de gestación)

El nacimiento antes de las 37 semanas de edad gestacional se considera prematuro. Los recién nacidos prematuros pueden clasificarse también como:

- Extremadamente prematuro: < 28 semanas
- Muy pretérmino: 28 a 31 6/7 semanas
- Moderadamente pretérmino: 32 a 33 6/7 semanas
- Pretérmino tardío: 34 a < 36 6/7 semanas

Los recién nacidos prematuros se clasifican según el peso al nacer:

- < 1000 g: peso extremadamente bajo al nacer (PEBN)
- 1000 a 1499 g: muy bajo peso al nacer (MBPN)
- 1500 a 2500 g: bajo peso al nacer (BPN)

Diferentes problemas relacionados con el embarazo incrementan el riesgo de trabajo de parto y parto prematuros:

- Un cuello uterino debilitado que comienza a abrirse (dilatarse) temprano, también llamado insuficiencia cervicouterina.
- Anomalías congénitas del útero.
- Antecedentes de parto prematuro.
- Infección (una infección urinaria o de la membrana amniótica).
- Mala nutrición poco antes o durante el embarazo.

- Preeclampsia: hipertensión arterial y presencia de proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo.
- Ruptura prematura de membranas (placenta previa).

Síntomas: El bebé puede tener problemas para respirar y mantener una temperatura corporal constante.

Un bebé prematuro puede tener signos de los siguientes problemas:

- Deficiencia de glóbulos rojos (anemia)
- Sangrado en el cerebro o daño a la sustancia blanca de éste
- Infección o sepsis neonatal
- Bajo nivel de azúcar en la sangre (hipoglucemia)
- Síndrome de dificultad respiratoria neonatal, aire extra en el tejido pulmonar (enfisema intersticial pulmonar) o sangrado en los pulmones (hemorragia pulmonar)
- Color amarillo en la piel y la y los ojos (ictericia del recién nacido)
- Vello corporal (lanugo)
- Problemas para respirar debido a los pulmones inmaduros, neumonía o conducto arterial persistente
- Inflamación intestinal grave (enterocolitis necrosante)

Un bebé prematuro tendrá un peso más bajo al nacer que un bebé a término. Los signos comunes de prematuridad abarcan:

- Patrones respiratorios anormales (pausas irregulares y superficiales en la respiración llamadas apnea).
- Vello corporal (lanugo).
- Clítoris agrandado (en las niñas).
- Menos grasa corporal.
- Tono muscular más bajo y menor actividad que los bebés a término.
- Problemas para alimentarse debido a la dificultad para succionar o coordinar la deglución y la respiración.
- Escroto pequeño que es liso y sin pliegues y testículos sin descender (en los niños).
- Cartílago del oído suave y flexible.
- Piel delgada, lisa, brillante, que a menudo es transparente (se pueden ver las venas bajo la piel).

Tratamiento: Después de nacer, se lleva al bebé a una UCIN. Se lo coloca bajo un calentador o en una caja transparente con calefacción, llamada incubadora, que controla la temperatura del aire. Las máquinas de monitoreo rastrean la respiración, la frecuencia cardíaca y el nivel de oxígeno en la sangre del bebé.

Los órganos de un bebé prematuro no están completamente desarrollados. El bebé necesita cuidado especial en una sala de recién nacidos hasta que los órganos se hayan desarrollado lo suficiente para mantener al bebé vivo sin soporte médico. Esto puede tardar de semanas a meses.

Los bebés usualmente no pueden coordinar la succión y la deglución antes de la semana 34 de gestación.

Problemas respiratorios: Se le coloca una sonda en la tráquea. Una máquina llamada respirador le ayudará a respirar.

Algunos bebés cuyos problemas respiratorios son menos graves reciben presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, por sus siglas en inglés) con pequeñas sondas en la nariz en lugar de la tráquea. O pueden recibir únicamente oxígeno extra.

El oxígeno se puede suministrar por medio de un respirador (CPAP), cánulas nasales o una campana de oxígeno sobre la cabeza del bebé.

Los bebés necesitan cuidados especiales en la sala de recién nacidos hasta que sean capaces de respirar sin soporte extra, alimentarse por la boca y mantener la temperatura y peso del cuerpo. Los bebés muy pequeños pueden tener otros problemas que complican el tratamiento y requieren una hospitalización más prolongada.

Pronóstico: La prematuridad solía ser una causa importante de muertes infantiles. La prematuridad puede tener efectos a largo plazo.

Cuanto más prematuro sea el bebé y menor sea su peso al nacer, entonces el riesgo de complicaciones es mayor. Sin embargo, es imposible predecir el desenlace clínico a largo plazo de un bebé con base en la edad gestacional o el peso al nacer.

Posibles complicaciones: Las posibles complicaciones a largo plazo abarcan:

- Problema pulmonar crónico llamado displasia broncopulmonar (DBP)
- Retraso en crecimiento y desarrollo
- Retraso o discapacidad mental o física
- Problema de la visión denominado retinopatía de la prematuridad, que causa pérdida de la visión o ceguera

CONCLUSIÓN

En el caso que nos ocupa se trata de usuaria de 33 años de edad para la época de los hechos. G3C1A1 con alto riesgo obstétrico por parto anterior por cesárea hace 12 años, antecedente de madre hipertensa, quien ingresa a control prenatal con captación oportuna, le fueron realizados los controles por los profesionales del programa, médico gestante, enfermera, nutrición, Psicología y ginecobstetra, le ordenan los exámenes y estudios del control prenatal, la paciente presenta cifras de tensión arterial elevada por lo cual el ginecobstetra tratante le ordena tratamiento, Ecografía Doppler obstétrica y solicita valoración por Perinatologo, le realizan el estudio y es valorada por Perinatologo quien por el resultado del estudio y las cifras tensionales fuera de meta la remite a urgencia, la paciente ingresa en dos ocasiones a la urgencia de clínica asunción, donde le realizan los estudios pertinentes para valoración del feto y de la paciente, no encontrando criterios para hospitalizar le dan egreso en ambas oportunidades, con exacerbación de los síntomas ingresa a la clínica la Merced donde hospitalizan en cuidados intensivos le realizan manejo médico con mejoría del cuadro clínico dando egreso con recomendaciones, reingresando nuevamente a clínica la merced con reinicio de sintomatología por lo cual la trasladan a cuidados intensivos, realizan estudios a la paciente y para valoración del bienestar fetal, con persistencia de su hipertensión a pesar del tratamiento ordenado es llevada a cirugía para cesárea de urgencias con recién nacido prematuro extremo y bajo peso, que requirió ser intubado y trasladado a uci neonatal sin mejoría al manejo recibido el menor fallece, la paciente por su cuadro de preeclampsia severa es hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos con evolución favorable le dan egreso.

Es evidente que Coomeva EPS no fue negligente en su actuar, y CUMPLIÓ SU OBLIGACIÓN CONTRATUAL con la señora Merielen Barro, brindándole las atenciones requeridas tanto en su unidad básica como en la red hospitalaria, de forma oportuna y de calidad, garantizando una red de servicios con profesionales Idóneos, con la capacidad técnico-científica requerida para manejar el cuadro clínico que presentó, la EPS nunca evadió la obligación contractual que tenía con la paciente, brindándole atención oportuna y de calidad, sin negación ni dilación de autorización de los servicios que requirió la usuaria durante el proceso de su embarazo y finalización del mismo.

2. LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD NO SON LAS DIRECTAS RESPONSABLES DEL ACTO MEDICO:

Las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD creadas por la Ley 100 de 1993, fueron concebidas para garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y no propiamente la prestación directa de los servicios.

El Artículo 177 de la Ley 100 de 1993 define las Entidades Promotoras de Salud como:

ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. *Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.*

Ahora bien, se debe tratar de la verificación del nexo causal entre la conducta culposa y el daño sufrido, el cual debe ser directo es decir debe acreditarse que la conducta activa u omisiva fue la causante del daño, esto es, que sin ese proceder, el daño no se hubiera presentado. En este punto debemos manifestar que Coomeva durante todo el embarazo autorizó las consultas, procedimientos, tratamientos y medicamentos ordenados por los galenos para procurar el bienestar del feto y la madre por lo que no existe culpa al realizar su objeto social. Pues las EPS no intervienen en diagnóstico o tratamiento de los pacientes, nuestra labor es administrativa y no asistencial por lo tanto no existe una actuación directa por parte de Coomeva EPS o un nexo causal entre el daño y el hecho.

En este orden de ideas COOMEVA EPS es una entidad que por delegación del estado garantiza el acceso a los servicios de salud de sus afiliados, dentro de los límites y las coberturas del Plan de Beneficios, sin embargo la prestación del servicio esta a cargo de las IPS o los médicos adscritos a la red de prestadores, razón por la cual COOMEVA EPS suscribió contratos de prestación de servicios con las clínicas y los especialistas, contratos que dentro de su clausulado resaltan la responsabilidad propia que asume cada IPS por la calidad y la idoneidad del servicios que preste a través de su personal médico y paramédico.

El Decreto 1485 de 1994, en su artículo 2 determina las responsabilidades de las entidades promotoras de salud así:

ARTICULO 2°. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. *Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:*

a. Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

c. Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.

d. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

e. Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia.

f. Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza.

En el artículo 16 del mismo Decreto señala:

ARTICULO 16. CONTRATOS PARA LA PRESTACION DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. Los contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados deberán garantizar la prestación de los servicios que el Plan comprende, de conformidad con las disposiciones legales. Su duración será indefinida para aquellos afiliados cotizantes con vinculación laboral y anual para trabajadores independientes.

En el caso concreto la señora MERIELEN BARROS BERMEJO, se le garantizó el acceso a la salud, como puede percibirse en las autorizaciones de procedimientos no solo ante la Clínica La Asunción sino posteriormente en la clínica La Merced. Lo que comprueba aun mas la amplia red de atención que mantenía Coomeva con sus afiliados.

Las clínicas, como los especialistas como actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen a su vez responsabilidades propias y se vinculan a las EPS por contratos de naturaleza civil, siendo responsables dentro del ámbito de su competencia, esto es la atención de los pacientes a su cargo. Son diversas las situaciones que prueban la falta de solidaridad de las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, en las actuaciones de las INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD y MÉDICOS ESPECIALISTAS sin embargo las podemos enunciar de la siguiente manera:

1. No se puede endilgar responsabilidad a COOMEVA EPS o incumplimiento en su deber legal de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud dentro del plan de beneficios, en virtud que cubrió con toda la infraestructura tecnológica y científica determinada en la Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias para la atención de su afiliado, es decir garantizo los servicios dentro de su red adscrita, emitiendo las ordenes correspondientes de acuerdo a las coberturas del Plan de beneficios.
2. Entre las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud naturales o jurídicas, médicos especialistas y en general todo los profesionales de la salud debe existir una autonomía e independencia profesional y técnica que debe ser ejercida por los primeros; estableciéndose entre ellos un principio de confianza entre ambas partes, que le permite a la EPS, como el principio lo indica, confiar en que los profesionales e instituciones actuaran diligentemente en el ejercicio de sus funciones; por lo que mientras dicho principio no se rompa, aquella debe respetar su autonomía.

Esta función otorgada por la ley se ejerce bajo la supervisión del Estado, y siempre dentro del marco legal que regula la Constitución y la Ley, por lo que no puede por expreso mandato sustraerse del obediencia a la normatividad jurídica que regula del sistema; y en cuanto al caso que ahora nos ocupa, es evidente que en desarrollo de la responsabilidad de garantizar el acceso a los servicios de salud de nuestros afiliados. COOMEVA EPS en este caso solo actúa como garante frente al acceso a las diferentes IPS tal como se explico teniendo una red de prestadores acorde con la población afiliada, en este punto debemos manifestar que el contrato con la Clínica la Asunción se encontraba vigente, por lo tanto era deber exclusivo de esta clínica prestar la atención en urgencias requerida. A juicio de los médicos de la Clínica la Asunción al momento del ingreso no ameritaba criterios de hospitalización, dicho criterio es exclusivo del galeno tratante y de la IPS en general, Coomeva EPS no tiene ninguna intervención en el diagnostico o tratamiento del paciente.

Como el objeto social de Coomeva se centra en la garantía del acceso a recibir atención en salud a sus afiliados, Coomeva le garantizo incluso el acceso a los servicios de salud de urgencias en una segunda unidad de atención lo que demuestran el cumplimiento contractual de Coomeva para con su afiliado. Pues genero las autorizaciones a todo lo requerido para la atención de la patología que presentaba, siendo nuestra responsabilidad como aseguradora vincular a especialistas e IPS con nuestros afiliados, como efectivamente se presento.

Así las cosas, cuando la EPS contrata con una IPS la prestación de los servicios de salud de su población afiliada, está dando cumplimiento con lo establecido por la ley 100 de 1993, es decir, le garantiza a su población afiliada las prestaciones asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo de forma indirecta, las IPS asumen obligaciones propias como lo es actuar con calidad y eficiencia, siendo que su actuar es autónomo a la EPS tanto a nivel administrativo, técnico y financiero obligándose así a responder por sus actos médicos propios.

1. INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

Se puede apreciar que hasta el momento Coomeva EPS S.A. ha venido actuando de una manera correcta, al remitirnos a las normas transcritas con anterioridad, donde se estipula que las entidades promotoras de salud, en virtud de la afiliación de sus usuarios garantizan

el acceso de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que puede verse materializada de manera directa o a través de las entidades contratadas para tal fin (IPS). En el caso en concreto, respecto de la menor MAGNAMARA CORDOBA GUERRA, COOMEVA EPS-S S.A le garantizo el acceso a la salud, como puede percibirse en las diversas autorizaciones de procedimientos, la autorización a los medicamentos, consultas externas y demás necesidades que requirió la menor.

Ahora bien, para que se endilgue responsabilidad civil. Al no tener prueba de la existencia de los elementos que conforman el daño no procede culpa alguna.

Respecto de la necesidad de demostrar los elementos que configuran la responsabilidad la Corte Suprema indicó:

Tratándose de la responsabilidad civil extracontractual médica, indispensable demostrar sus elementos en particular del acto o hecho dañoso, imputable a título de dolo o culpa, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante, sin admitirse “un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras”, ni se oponga a “que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 Ibídem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur” (cas. civ. sentencia de 22 de julio de 2010, exp. 41001 3103 004 2000 00042 01).”

En asuntos de responsabilidad médica debe probarse la falta de diligencia y cuidado de los profesionales que suministraron servicios de salud cuestionados, por lo que para que proceda una eventual condena no basta con el hecho de demostrar que se produjo un perjuicio.

En sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez Gómez. Expediente 5507, respecto de la culpa imputable al médico se tiene lo siguiente:

"En la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J.t. XLIX, pag. 116 y s.s.) donde la Corte empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de la culpa del médico sino también la gravedad” expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como “una empresa de riesgo” porque una tesis así sería “inadmisibles desde el punto de vista legal y científico” y haría “imposible el ejercicio de la profesión”.

Este que pudiera calificarse como el criterio que vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.) afirmándose que “... el médico tan sólo se obliga a poner actividad de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”. Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423. págs. 359 y s.s.) se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940,(...) La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998.”

En sentencia de 10 de febrero de 2000, exp: 11.878 del Consejo de Estado se ha reiterado la posición respecto del tipo de obligación existente por responsabilidad en la profesión médica, la mencionada sentencia, expresa:

"La entidad demandada sostiene su inconformidad frente al fallo protestado con el argumento de que la obligación médica es de medio y no de resultado; de tal manera que habrá falla del servicio, no cuando teóricamente era posible evitar el resultado dañoso, sino cuando, dentro de la realidad de los hechos, existió negligencia médica al no aplicar o dejar de aplicar unas técnicas que son comúnmente aceptadas en el medio científico."

Frente a la culpa medica debe tenerse que no puede exigirse al médico una diligencia extrema, esto quiere decir que debe probarse su diligencia pero no puede pedirse a este una mayoral obrar de un buen profesional, sin que opere la culpa levísima, al respecto la Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Laboral en sentencia del 8 de Agosto de 2011 M.P. Pedro Octavio Munar Cadena, ha expresado:

. "Quiérase poner de presente, entonces, que la responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, envuelve un reproche culpabilístico respecto de la diligencia, pericia y cuidados exigibles al facultativo. El nivel de esa exigencia se configura, principalmente, a partir de lo que establecen las reglas de la lex artis ad hoc, que constituye, en ese orden de ideas, el primordial criterio de valoración de la conducta médica, junto con un patrón de comparación que no es otro que el obrar de un buen profesional. Así las cosas, no puede exigirse del médico algo más, como una diligentia diligentissimi propia de la culpa levísima, sino la corrección que se espera de un buen profesional de su especialidad, es decir de quien acata debidamente los preceptos que gobiernan su ciencia, pero tampoco menos."

De esta manera, es necesario remitirnos a lo que la jurisprudencia de nuestra honorable Corte Suprema de Justicia ha establecido respecto de las obligaciones que asumen los médicos en el siguiente tenor:

"...Con relación a la responsabilidad contractual, que es la que por lo general se le puede demandar al médico en consideración al vínculo jurídico que se establece entre éste y el paciente, la Corte desde la sentencia de 5 de marzo de 1940, partiendo de la distinción entre obligaciones de medio y de resultado, estimó que por lo regular la obligación que adquiere el médico "es de medio", aunque admitió que "Puede haber casos en que el médico asume una obligación de resultado, como la intervención quirúrgica en una operación de fines estéticos". Todo para concluir, después de advertir que no se pueden sentar reglas absolutas porque la cuestión de hecho y de derecho varía, que en materia de responsabilidad médica contractual, sigue teniendo vigencia el principio de la carga de la demostración de "la culpa del médico...", agregando como condición "la gravedad", que a decir verdad es una graduación que hoy en día no puede aceptarse, porque aun teniendo en cuenta los aspectos tecnológicos y científicos del acto profesional médico, la conducta sigue siendo enmarcable dentro de los límites de la culpa común, pero, sin duda alguna, sin perder de vista la profesionalidad, porque como bien lo dice la doctrina, "el médico responderá cuando cometa un error científico objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase".

Igualmente, en sentencia de 3 de noviembre de 1977, la Corte consideró que por lo regular las obligaciones que para los médicos surgen, son de medio, de ahí que éstos no se

obliguen, según se dijo “a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones”.

Posteriormente, concretamente en sentencia de 12 de septiembre de 1985, la Corporación luego de ubicar el tema en la responsabilidad contractual y anotar que el contenido de las obligaciones que en virtud del contrato asumen los médicos y los establecimientos hospitalarios, "variará según la naturaleza de la afección que padezca el enfermo y la especialización misma de los servicios que preste la entidad", sostuvo que “Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso sino exactamente de curar al enfermo, si al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, según expresiones con que la jurisprudencia francesa describe su comportamiento. Por tanto, el médico sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”. Al no demostrarse la existencia de los elementos anteriormente mencionados no podría entonces proferirse condena alguna por el actuar de mi representada.

2. INEXISTENCIA DE CULPA DERIVADA DE LAS ATENCIONES SUMINISTRADAS A LA MENOR MAGNAMARA CORDOBA GUERRA.

Frente a la Litis que plantea la parte actora por el tratamiento médico brindado, debemos hacer franca oposición por cuanto la argumentación no encuentra respaldo probatorio ni jurídico para que prosperen las pretensiones de ésta. Como se podrá establecer el proceder médico fue conforme con la diligencia y cuidado aceptado, tratándose de la actividad médica de una actividad de medio y no de resultado, como amplia y reiteradamente ha sido reconocida por la jurisprudencia y la doctrina. La actividad médica desarrollada en las atenciones prestadas a la materna MEIRELEN BARROS BERMEJO fueron las esperadas según el proceder médico frente a esos diagnósticos. Mas aun teniendo en cuenta que no se puede probar que la causa del fallecimiento del menor fuera una consecuencia directa de las atenciones recibidas por urgencias los días 6 y 7 de agosto de 2018.

No es posible evidenciar falla asociada a la práctica médica debido a que, al revisar las altas médicas y encontrar las recomendaciones de egreso dadas por los galenos se evidencia que tuvo pertinencia porque al momento no se cumplían con criterios de hospitalización. En síntesis, no se puede concluir un diagnóstico tardío o indebido actuar de los médicos frente a la posibilidad de dar de alta a la menor o de el tratamiento dado para estabilizar sus signos toda vez que los mismos se realizaron para salvaguardar la salud del paciente.

a. EXCEPCION DE MERITO INEPTA DEMANDA POR AUSENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO:

Los detalles presentados en este escrito de contestación de la demanda, nos permiten concluir sin lugar a dudas que COOMEVA EPS, **NO ACTUO** de manera negligente en el caso de la señora MERIELEN BARROS BERMEJO, por el contrario todas las actuaciones fueron dentro del marco de la obligación legal conferida por la ley 100 de

1993 de garantizar los servicios de salud, de manera oportuna tal como fue recomendado por los médicos tratantes y autorizando los tratamientos y procedimientos necesarios.

Ahora bien, no está demostrado ni es claro por parte del demandante cual de los eventos es considerado por el como la causa del daño, pues bien no esta demostrado que Coomeva interviniera en el estado de salud actual del paciente.

En primer lugar, debemos tener en cuenta que el nexo causal es la relación necesaria y eficiente en el hecho generador del daño y el daño probado, y es uno de los elementos necesarios para declarar la responsabilidad civil.

Conforme a las pretensiones de la presente demanda de responsabilidad civil médica y a los hechos en que esta se funda se concluye que la parte demandante no determina de manera idónea y clara en la demanda cual fue la causa adecuada del daño, por lo menos respecto de Coomeva EPS. Dado que según la demanda a la señora MERIELEN BARROS BERMEJO se le autorizaron todos los controles prenatales referidos la demanda no indica que se le dejaran de autorizar los servicios solicitados, indica la misma que tuvo diversas atenciones derivadas de los controles requeridos, por lo tanto existe omisión directa por parte de Coomeva.

De igual manera no esta demostrado que las consecuencias de la muerte del menor sea consecuencia directa de un actuar o una omisión realizada por Coomeva EPS

Por otra parte si esta demostrado que Coomeva EPS actuó dentro de los límites que la ley le impone y autorizo todos los servicios requeridos por la usuaria, tal como se explico en el acápite de hechos.

Por lo anterior, dentro de las pruebas aportadas al proceso por la parte demandante no se observa daño directo ocasionado por Coomeva EPS, pues no existe negativa en autorizar los servicios de salud, demora en el tramite, falta de entrega de medicamentos o diversas situaciones netamente administrativas no asistenciales como el presente caso.

3. LA INNOMINADA O GENERICA

Con el debido respeto solicito se declare de oficio toda excepción que se encuentre probada, aunque no se hubiera propuesto, de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso.

CAPITULO VI PRUEBAS

PRUEBAS SOLICITADAS POR COOMEVA EPS

1. DOCUMENTAL

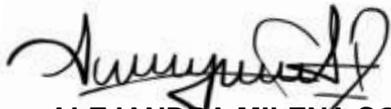
1. La historia clinica aportada con la demanda.

CAPÍTULO VII.

NOTIFICACIONES

1. La demandante, en la enunciada en su escrito de demanda.
2. Mi poderdante en la carrera 100 No. 11-90 CCO HOLGUINES TRADE CENTER LC 7 En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca. Correo electrónico: correoinstitucionaleps@coomeva.com.co
3. El suscrito en el correo alejamilisd@gmail.com o en la Cra 53 Nro 80-198 Piso 8. Torre Atlantica de la ciudad de Barranquilla.

Del Señor Juez, atentamente,



ALEJANDRA MILENA SOSSA DOZA
T.P. 184.949