

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN SALA CIVIL - FAMILIA

Magistrada Ponente	DORIS YOLANDA RODRIGUEZ CHACON
Radicado	19001 31 03 004 2021 00068 02
Proceso	VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL MEDICA
Demandante	MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO y OSCAR EDUARDO LOPEZ, en nombre propio y representación de la menor LISETH TATIANA LOPEZ MENESES – LUIS EDUARDO MENESES MUÑOZ – MARIA TERESA MOLANO – FRANCISCO EDUARDO MENESES MOLANO – RAQUEL SOFIA MENESES MOLANO – LAURA EDITH MENESES MOLANO – JUAN PABLO LOPEZ ¹ .
Demandado	CLINICA LA ESTANCIA ² - SANITAS E.P.S. ³
Llamado en garantía	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO ⁴ - ASEGURADORA CHUBB SEGUROS COLOMBIA ⁵ - GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA ⁶
Asunto	Responsabilidad civil médica. No acreditada la falla y/o negligencia en la prestación del servicio de salud, se revoca la sentencia impugnada.

Popayán, trece (13) de septiembre de dos mil veintitrés (2023)

(Proyecto discutido y aprobado en sesión de Sala del trece (13) de septiembre de dos mil veintitrés (2023). Acta No. 012)

ASUNTO

Procede la Sala a decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante y los demandados - CLINICA LA ESTANCIA S.A., ASEGURADORA CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A. y GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA, contra la sentencia proferida el 09 de septiembre de 2022 por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Popayán, dentro del asunto de

¹ Por conducto de apoderada: Dra. NOHORA ALEJANDRA PARRA GALEANO - Correo electrónico: noraalejandraparra@gmail.com - Móvil: 300 760 49 50

² Apoderada: Dra. JOHANA ANDREA HURTADO ALVAREZ – Correo electrónico: estadosjudiciales@ospedales.com.co - juridico05@ospedale.com.co - Móvil: 301 699 3336

³ Apoderado: Dr. GABRIEL ANDRES JIMENEZ SOTO – Correo electrónico: gajimenez@keralty.com – fjaramil@keralty.com – notificajudiciales@keralty.com

⁴ Apoderado: Dr. GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA - Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co – notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop- Dr. FELIPE PUERTA GARCIA – Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co – Móvil: 315 577 62 00 – 322 514 4706 – 311 388 8049. La demandada: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

⁵ Apoderado: Dr. SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS (apoderado principal) y Dra. CLAUDIA MILENA CARVAJALINO GONZALEZ – Correo electrónico: juridica@arenaschoa.com – notificacioneslegales.co@chubb.com – Móvil: 316 258 4882

⁶ Apoderado: Dr. HAROLD ARISTIZABAL MARIN – Correo electrónico: harold.aristizabal@conava.net – Apoderado suplente: Dr. ALFREDO AZURERO HOLGUIN – Correo electrónico: alfredo.azuero@conava.net. El demandado: negrogame@hotmail.com [archivo 088]

la referencia. Lo anterior, una vez agotado el trámite previsto en la Ley 2213 de 2022 en materia del recurso de apelación contra sentencias⁷.

ANTECEDENTES

La demanda:

MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO y OSCAR EDUARDO LOPEZ, actuando en nombre propio y en representación de su hija menor LISETH TATIANA LOPEZ MENESES; MARIA TERESA MOLANO, LUIS EDUARDO MENESES MUÑOZ, FRANCISCO EDUARDO MENESES MOLANO, RAQUEL SOFIA MENESES MOLANO, LAURA EDITH MENESES MOLANO y JUAN PABLO LOPEZ, por conducto de apoderada, formularon demanda de responsabilidad civil extracontractual contra CLINICA LA ESTANCIA S.A. y SANITAS S.A. E.S.P., solicitando se declare a las demandadas civilmente responsables de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados a los demandantes, por *“la falla en la prestación del servicio médico por parte del personal de salud de la CLINICA LA ESTANCIA S.A. que ocasionó la muerte del hijo de la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO y OSCAR EDUARDO LOPEZ en estado fetal, de 38 semanas de gestación”*, y como consecuencia de la anterior declaración, se condene a las demandadas al pago de las siguientes sumas: (i) **Por perjuicios morales**, para MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, LISETH TATIANA LOPEZ MENESES, OSCAR EDUARDO LOPEZ, MARIA TERESA MOLANO, y LUIS EDUARDO MENESES MUÑOZ, la suma equivalente a 100 SMLMV, para FRANCISCO EDUARDO MENESES MOLANO, RAQUEL SOFIA MENESES MOLANO, LAURA EDITH MENESES MOLANO y JUAN PABLO LOPEZ, la suma equivalente a 50 SMLMV, y (ii) **Por concepto de daño a la salud o daño fisiológico**, para MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, el equivalente a 100 SMLMV; sumas que deberán ser indexadas a la fecha del pago, sin perjuicio de las costas y agencias en derecho.

Las pretensiones se apoyan en los siguientes hechos: Que la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, afiliada a la EPS COLSANITAS en el régimen contributivo, y su compañero permanente OSCAR EDUARDO LÓPEZ, después de años de buscar un segundo embarazo, procrearon a su segundo hijo,

⁷ Por auto del 11 de octubre de 2022, se corrió traslado a la parte apelante (demandante y los demandados CLINICA LA ESTANCIA, ASEGURADORA CHUBB SEGUROS COLOMBIA y GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA) para sustentar por escrito el recurso de apelación. Seguidamente, mediante proveído del 25 de octubre de 2022, se corrió traslado a la parte contraria (demandante y demandados), de los escritos de sustentación del recurso de apelación, en ejercicio del derecho de contradicción. Finalmente, por auto del 04 de noviembre de 2022, se puso en conocimiento del Defensor de Familia y el Procurador de Infancia, Adolescencia y Familia, los escritos presentados por las partes, para lo que estimen pertinente.

transcurriendo el embarazo con normalidad durante 38 semanas; que el día 21 de mayo de 2018, la gestante de 38 años de edad y 38.1 semanas de gestación, ingresó al servicio de urgencias de la CLINICA LA ESTANCIA, siendo las 10:46 am, por un cuadro clínico de dos días de evolución consistente en dolor abdominal en el hipogastrio “*tipo contracción*”, siendo valorada por el médico DIEGO FELIPE CASTRO JORDAN quien señala que la paciente se encuentra en “fase de parto”, y ordena “*toma de monitoria fetal para definir conducta*”.

Siendo las 16:12 horas, la paciente presenta dolor en el hueso púbico y región inguinal derecha, siendo valorada por el Dr. JUAN SEBASTIAN SANDOVAL ESTRADA, quien ordena nueva monitoria fetal, y concluye que se trata de una monitoria fetal “*reactiva*”, atribuyendo el dolor a causa “*ligamentaria*” por lo que ordena manejo analgésico y nueva valoración en dos horas; que nuevamente es valorada a las 21:26 por el Dr. JAVIER EDUARDO PEREZ PUERTA, quien encuentra a la paciente sin criterios para hospitalización y da de alta, con recomendaciones de consultar si presenta contracciones.

Señala, que el día 22 de mayo de 2018 a las 07:47 am, la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO acude nuevamente al servicio de urgencias de la CLINICA LA ESTANCIA, y reconsulta por cuadro de dos horas de evolución consistente en dolor abdominal de gran intensidad, escala de 8-10/10, localizado en epigastrio e hipogastrio, la paciente niega contracciones uterinas, dolor que es capaz de diferenciar dado que tiene antecedente de 3 embarazos [2 partos previos, 1 hija viva]; que a las 8:10 am fue valorada por el Ginecólogo de turno, Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA, quien ordena realizar “*una monitoria fetal*”, la cual inicia a las 8:23 am y termina a las 10:00 am, donde se anota una “*frecuencia cardiaca fetal normal de 138 latidos por minuto*”, y el Dr. GARRIDO interpreta el trazado como “*monitoria categoría I*”, y como plan de conducta: “*se observará*”; trazado que según lo expresado por la parte demandante, revela un: “*trazado anormal, de taquicardia fetal sostenida, con línea basal que oscila entre 170 a 180 latidos por minuto y adicionalmente una disminución importante de la variabilidad*”, hallazgos que no corresponde con la clasificación asignada, cometándose un error en la interpretación del estudio, pues la monitoria categoría I, indica “*bienestar fetal*”, mientras una frecuencia cardiaca basal superior a 160 indica que no es normal, siendo compatible con “*sufrimiento fetal agudo*”, como se indica en el dictamen pericial allegado, lo que ameritaba acciones puntuales que condujeran “*a mejorar su estado fisiológico, y en caso de no responder a dichas medidas, proceder a definir la vía de parto más conveniente para finalizar rápidamente el embarazo y atender el feto*”. Que en el caso concreto, no se

adoptó ninguna medida de vigilancia y monitorización estricta materno fetal, según consta en la historia clínica y el dictamen aportado.

Que siendo las 15:27, la paciente presenta dolor en el pecho asociado con la respiración, en la región retro esternal, irradiada a la espalda con sensación de dificultad respiratoria, ante lo cual se decide “*descartar tromboembolismo pulmonar (TEP), osteocondritis, o patología cardíaca*”, para lo cual, el ginecólogo de turno, Dr. JAIME PAZ MERA, ordena exámenes y valoración por medicina interna; valoración ésta última que realizó el Dr. RICHARD FERNANDO IMBACHI IMBACHI – Internista, quien encuentra que los resultados “*no son compatibles con un evento embólico pulmonar (TEP), y que el dolor en el pecho es de origen osteomuscular*”, ordenando administrar analgésicos y continuar el tratamiento por Ginecoobstetricia. Siendo trasladada nuevamente a Ginecoobstetricia, donde continúa con analgésicos y en observación “*con registro de presión arterial de 90/60, taquicárdica 122 LPM*”.

Que siendo las 22:17 del mismo día, la señora MARTHA MERCEDES refiere que no percibe movimientos fetales, siendo examinada por el Dr. JAVIER EDUARDO PEREZ PUERTA quien realiza barrido ecográfico sin encontrar movimientos fetales ni registro de latido cardíaco, diagnosticando “*óbito fetal...probable abruptio de placenta*”, siendo trasladada la paciente a cirugía para realizarle cesárea y extraer el feto, dejándose constancia en el procedimiento quirúrgico del hallazgo de “*...abundante pus en cavidad peritoneal por apendicitis perforada [...] no hay duda que al feto lo mato la sepsis materna*”; lo que quiere decir, que la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, “*cursó con un proceso inflamatorio de su apéndice que no fue diagnosticado y que se detectó en el procedimiento quirúrgico*” de cesárea. Que extraído el feto se procedió con la limpieza de la cavidad abdominal por el especialista en cirugía general Dr ROGER ORLANDO BONILLA ROJAS, quien describe una “*dissección laboriosa y dispendiosa de plastrón...liberación de adherencias de colón ascendente a hígado...retiro de membranas purulentas de asas*”, sin que “*en la nota quirúrgica se describa que el apéndice haya tenido una localización retrocecal*”, y culminado el procedimiento la paciente es llevada a UCI “*en estado de choque séptico*”, registrando una evolución tórpida, requiriendo diversos procedimientos y lavados peritoneales, hasta el cierre de la herida, pero aún con múltiples complicaciones, encontrándose una colección en el hemiabdomen izquierdo, resuelto mediante drenaje ecodirigido el 12 de junio de 2018, acompañado de tratamiento antibiótico, siendo egresada de la clínica el 15 de junio de 2018. Que esta situación generó en la paciente angustia y afectación psicológica, así como en el resto de su familia, compañero,

padres y hermanos, quienes habían esperado el nacimiento del nuevo miembro de la familia.

Por último, aduce que CLINICA LA ESTANCIA no contaba con todos los profesionales de la salud que exige la norma cuando de vigilancia materno fetal se trata, y ante la falta de un equipo interdisciplinario completo, no puede brindarse una adecuada atención a los pacientes, ni lograr una identificación de las alertas tempranas, tal y como ocurrió en el caso de la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO.

Trámite procesal

La demanda fue admitida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Popayán, mediante auto del 12 de noviembre de 2020⁸, proveído notificado a los demandados en la forma dispuesta en el Decreto 806 de 2020, e igualmente, se concedió a la parte actora un término de diez (10) días para aportar el dictamen enunciado en la demanda⁹; dictamen aportado en su oportunidad. Seguidamente, mediante auto del 30 de abril de 2021, el Juez Tercero Civil del Circuito de Popayán se declaró impedido para continuar conociendo del asunto, impedimento que aceptó el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Popayán, quien avocó conocimiento por auto del 31 de mayo de 2021¹⁰.

Trabada la relación jurídica procesal, y agotadas las audiencias de que tratan los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, se profirió sentencia del 09 de septiembre de 2022.

Contestación de la demanda

1. EPS SANITAS S.A.S., se opone a las pretensiones de la demanda, por cuanto carecen de sustento fáctico y jurídico, no siendo la EPS SANITAS prestador de servicios de salud, sino “asegurador”, pues la EPS se limita a otorgar las autorizaciones y cancelar las facturas por servicios médicos, y es que los demandantes no se quejan de que la EPS no haya autorizado la prestación de servicios, sino de una presunta mala praxis, que tampoco ha acreditado, y por lo tanto, la EPS no es responsable del pago de perjuicios.

Frente a los hechos, manifestó: Que la EPS SANITAS no presta directamente los servicios de salud, sino que gestiona la contratación de las instituciones y

⁸ Documento 005 del expediente

⁹ Documento 006 del expediente

¹⁰ Documento 035 del expediente

profesionales médicos, que prestan el servicio, por lo que los presuntos daños y perjuicios derivados de la atención médica no son imputables a la EPS. Agrega, que es cierto que MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO es usuaria de la EPS en calidad de beneficiaria, en el régimen contributivo, pero advierte, que la EPS no participó en los hechos descritos en la historia clínica. Agrega, que en la valoración del 21 de mayo de 2018, realizada por el Dr. JUAN SEBASTIAN SANDOVAL “*no se evidencia sospecha de patología abdominal*”, resaltando, que el dolor abdominal durante el embarazo es un síntoma común y puede ser secundario a cambios anatómicos y fisiológicos, dentro de las causas más frecuentes se encuentra la distensión del ligamento redondo, la diátesis de la sínfisis del pubis y trastornos músculo-esqueléticos; situaciones que dificultan en la gestante la adopción de medidas terapéuticas adecuadas, sin que en todo caso el embarazo, modifique la actitud del médico ante situaciones quirúrgicas urgentes.

Refiere, que conforme lo indicado en la historia clínica, el Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA registra la monitoria fetal realizada, como “CATEGORIA I”, advirtiendo, que la interpretación de una monitoria es dinámica y dependiente de múltiples factores, por lo que se recomienda validar los resultados con otros medios, como la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal y registros ecográficos, a fin de definir las medidas necesarias de reanimación intrauterina en caso de amenaza de hipoxia fetal, y en el caso concreto, *no existen otros registros de historia clínica ni de trazados en equipo de monitoreo, que “permitan confirmar que entre las 11:56 y las 22:17 el hijo de la paciente hubiese presentado sufrimiento fetal, esta entonces, constituye una conclusión no demostrable*”, y es que a las 19:25 del 22/05/2018 la evolución médica registra FCF 150 y bienestar fetal, lo que indica que las valoraciones físicas con auscultaciones de la frecuencia cardiaca fetal “*se encuentran dentro de los rasgos de normalidad*”.

Señala, que la complejidad en la interpretación de los registros de frecuencia cardiaca fetal (FCF) es dinámica y dependiente de múltiples factores, por lo que las recomendaciones de los expertos consisten en validar los resultados con otros medios, como la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal y los registros ecográficos, pues con la información suficiente es posible definir las medidas necesarias de reanimación intrauterina ante la amenaza de “*hipoxia fetal*”. Sumadas “*las manifestaciones clínicas bizarras de la paciente sin fiebre, sin vómito, y con un hemograma con leucocitos normales...todo muy difícil de encuadrarlo hacia el diagnóstico de apendicitis y peritonitis con un útero grávido por delante del apéndice inflamado, así retrospectivamente parezcan algunas*

cosas obvias, que antes eran inexplicables”; aunada la ubicación atípica del apéndice, registrada como una “*apéndice retrocecal*”. Que en este orden, dos variables dificultaron el proceso diagnóstico en la paciente: 1. El estado de embarazo en tercer trimestre, y 2. La ubicación retrocecal del apéndice, acompañada de síntomas clínicos atípicos, pues el dolor abdominal manifestado inicialmente migró a un dolor torácico igualmente atípico.

Refiere igualmente, que la atención de la paciente durante su estancia en UCI adultos y durante la atención hospitalaria, se realizó bajo un estrecho seguimiento clínico y paraclínico, en el que participaron activamente diferentes especialistas, como Medicina Interna, Cirugía general, Ginecobstetricia e Infectología, así como en la subespecialidad de Medicina del dolor; que “*el proceso infeccioso e inflamatorio abdominal cursó con apendicitis, perforación de apéndice, peritonitis y finalmente, sepsis abdominal con choque séptico*”, requiriendo manejo integral, tanto médico como quirúrgico. Finalmente, lo atinente a la disponibilidad de médicos en el servicio de Ginecobstetricia, debe ser validada exclusivamente por el prestador.

Como excepciones de mérito, formuló las siguientes: “*Inexistencia de la relación causa efecto entre los servicios médicos asistenciales autorizados por EPS SANITAS SAS a la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO y el desenlace de la atención médica*” [a la EPS no corresponde la prestación de servicios de salud de manera directa , y SANITAS asumió la cobertura económica de los servicios que requirió la paciente, por lo que en este caso no es la llamada a responder]; “*Cumplimiento de las obligaciones por parte E.P.S. SANITAS SAS establecidas por la normativa vigente*” [SANITAS cumplió a cabalidad con sus funciones de aseguramiento en salud con el Plan de Beneficios, específicamente, en cuanto a la garantía de acceso a los servicios de salud requeridos por la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, y que fueron ordenados por los médicos tratantes de la IPS]; “*Ausencia de carga probatoria de la parte demandante*” [de acuerdo con el art. 167 del C.G.P. la parte actora tiene una carga probatoria de la que pretende eximirse, imputando responsabilidad por falla probada]; “*Tasación excesiva del perjuicio*” [por cuanto los demandantes solicitan \$702'241.700, cuando ni siquiera se ha probado el nexo causal entre el daño y la actuación de la EPS]; “*Inexistencia de solidaridad*” [no estableciéndose en este caso la fuente de la solidaridad, y es que el eventual error en el tratamiento médico no es imputable a la EPS], y la “*Excepción genérica*” [para que se declare a favor de la demandada todas aquellas excepciones que resulten probadas]¹¹.

2. CLÍNICA LA ESTANCIA, se opone a las pretensiones de la demanda, por cuanto la atención brindada a la señora MARTHA MERCEDES MENESES

¹¹ Documento 007 del expediente

MOLANO se ajustó a lo requerido por la paciente en todo momento, conforme a los protocolos y buenas técnicas y prácticas médicas, poniendo a su disposición la tecnología y profesionales necesarios para su adecuada atención, en concordancia con la *lex artis*, por lo que es desatinado hablar de falla en el servicio, no existiendo culpa imputable a la CLINICA; razón por la que se opone al pago de perjuicios no estando demostrada la presunta falla médica.

Frente a los hechos, manifestó: Que algunos son ciertos, otros son falsos, y otros no le constan, porque corresponden a apreciaciones subjetivas de la parte demandante, quien hace transcripciones de apartes de la historia clínica, y lanza juicios sobre el plan de manejo, sin tener éstas calidades técnicas y/o científicas para tal efecto; máxime cuando la condición de la paciente no sugería un proceso infeccioso concomitante, o una condición diferente a la esperada en esta etapa del embarazo; aunadas las dificultades para examinarla, siendo paciente “*poco colaboradora*”. En relación con la monitoria, aduce, que es falso que haya una disminución alarmante de la variabilidad, siendo preciso hacer estudios y buscar la causa de la taquicardia. Agrega, que la CLINICA no escatimó tiempo ni personal para escudriñar la condición de la paciente, pero nada era concluyente dado su estado de gestación en tercer trimestre, siendo valorada por los especialistas y agotados diversos procedimientos en busca de la causa del dolor torácico. Finalmente, indica, que no se evidencia en la historia clínica, hallazgos en la monitoria fetal de sufrimiento fetal agudo que llevara a una extracción inmediata.

Como excepciones de mérito, formuló las siguientes: “*Excepción de caso fortuito*” [señalando que de existir alguna responsabilidad, obedece a un caso fortuito, dada la sintomatología y situación clínica de la paciente, en estado de gravidez en su tercer semestre, quien se resistía a ser examinada, pese a lo cual se ordenan exámenes diagnósticos que reportan normalidad, al igual que la monitoria fetal, por lo que el desenlace fatal del fallecimiento del feto no es imputable a la CLINICA, quien a través del personal médico procedió conforme los protocolos y guías de atención]; “*Acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos*” [no siendo la medicina, una ciencia exacta, los resultados pueden ser esperables pero nunca predecibles, dados los riesgos inherentes a los manejos implementados, pudiendo ser los resultados imprevisibles. Que además, no existió ninguna falla en el servicio, y los servicios se prestaron de forma digna, eficiente, oportuna y de calidad, brindándose un plan de manejo adecuado, por lo que no le es imputable a la CLINICA el fallecimiento del bebé por nacer]; “*Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad*” [no existiendo prueba que determine con certeza la culpa del personal médico, ni de la IPS, y por lo tanto, no existe falla en el servicio, ni negligencia, impericia, ni error en la atención brindada a la paciente, por lo que no existe responsabilidad en la entidad demandada, no estando demostrados los elementos que componen la responsabilidad civil]; “*Obligación de medios y no de resultados, en la*

atención brindada a la paciente” [al señalar, que el deceso del feto se produjo por una situación clínica de la paciente, resultado que no necesariamente va ligado a la culpa de los médicos que la atendieron o a la institución, pues la medicina no es una ciencia exacta donde se pueda garantizar la sanación o la vida, por lo que el acto médico no comporta una obligación de resultado sino de medios. Que la CLINICA procurando el bienestar de la paciente brindó un manejo adecuado, como consta en la historia clínica]; *“Inexistencia de prueba de negligencia, o error diagnóstico o falla en el servicio médico por parte de CLINICA LA ESTANCIA”* [teniendo en cuenta que según la historia clínica, la paciente fue atendida de manera oportuna, adecuada, inmediata, continua, de conformidad a la sintomatología presentada, por lo que no es de recibo la falla en el servicio que le atribuye la parte demandante, pues se procedió conforme la *lex artis*]; *“El acto médico realizado por los galenos adscritos a CLINICA LA ESTANCIA conforme a la lex artis y la discrecionalidad científica”* [el actuar los profesionales vinculados a la CLINICA estuvo ajustado a la *lex artis*, quienes le brindaron a la paciente toda la atención requerida]; *“El equipo médico dispuesto para la atención de la paciente no incurrió en error de conducta, ni mala práctica médica, ni en omisión profesional consecuentemente se propone como excepción la inexistencia de relación de causa efecto entre los actos de los profesionales de la salud y el resultado que pueda haber afectado a los profesionales de la salud y el resultado que pueda haber afectado a la paciente”* [A la paciente se aplicaron los procedimientos que indica la ciencia médica, y los resultados adversos no se enmarcan dentro de la terminología jurídica del daño, sino a complicaciones denominadas riesgos terapéuticos inherentes a este tipo de eventos, como en el caso de esta paciente y el resultado. Que además, no hay evidencia que permita considerar que el equipo médico obró de forma imperita, negligente o imprudente, por el contrario, la conducta desplegada fue la adecuada]; *“Cobro de lo no debido”* [Dado que no hay culpa alguna que pueda ser atribuida a CLINICA LA ESTANCIA, como consecuencia de la atención prestada a la paciente, ni del fatal desenlace, y por lo tanto, se opone a las pretensiones de los demandantes]; *“Exceso de pretensiones”* [En caso de que se desestimen las excepciones formuladas, y se produzca un fallo que condene al pago de perjuicios, advierte, que el demandante no determinó cuál es la presunta falla en el servicio de la CLINICA ni del equipo médico, carga que incumbe a la parte actora]; *“Carga de la prueba de los perjuicios sufridos”*; *“Los actos médicos suministrados a la paciente fueron adecuados y oportunos”* [la atención se desarrolló dentro de lo requerido por la paciente, en el tiempo pertinente, y de acuerdo con la situación clínica], y *“La innominada”* [Respecto de cualquier hecho o derecho que resulte probado dentro del proceso, en favor de la demandada].

En este orden, solicita se absuelva a CLINICA LA ESTANCIA de las pretensiones de la demanda, declarándola exenta de cualquier responsabilidad en relación con los hechos de la demanda, y se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante. De no accederse a lo anterior, se efectúe una graduación de culpas partiendo de la incidencia de cada uno de los actores en el hecho generador del daño, de manera que se determine la condena para cada

demandado de acuerdo a su incidencia en el hecho generador del daño y el daño mismo¹².

Traslado de las excepciones

Surtido el traslado de las excepciones de mérito propuestas por CLINICA LA ESTANCIA, EPS SANITAS y las llamadas en garantía¹³, la parte actora replicó: Que no se configura el caso fortuito planteado por la demandada, porque no existió un riesgo imprevisto o consecuencias de difícil o imposible anticipación, pues la monitoria fetal demostró la existencia de sufrimiento fetal agudo, que de acuerdo con la *lex artis* exigía acciones inmediatas para mejorar la condición del feto, y de no lograrse su mejoría, la intervención quirúrgica de urgencia para su nacimiento, conforme lo indicado en el dictamen pericial, según el cual, la monitoria realizada el 22 de mayo de 2018 debía clasificarse como categoría II. No obstante, el médico tratante GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO interpreta el trazado de la monitoria fetal como categoría I, aun cuando la monitoria no refleja una frecuencia cardiaca fetal normal, sino por el contrario, una taquicardia fetal sostenida, con línea basal que oscila entre 170 a 180 latidos por minuto, con una importante disminución de la variabilidad, que no corresponde a los criterios de clasificación de la monitoria como categoría I, cometiéndose un error en la interpretación del estudio, el diagnóstico y la conducta subsecuente. Agrega, que la impericia en la interpretación de la monitoria fetal, constituye la génesis de los daños imputables a la entidad, con ocasión de la muerte del bebé por nacer con 38 semanas de gestación, pues la monitoria fetal exigía acciones inmediatas, sin que se tomara ningún tipo de medida o acción tendiente a procurar la mejoría de las condiciones del feto. De otro lado, aduce, que aunque la CLINICA insiste en que el actuar de la entidad se ajusta a los protocolos y guías de manejo, no aporta ningún protocolo, guía o texto médico que respalde su afirmación, y es que la carga de la prueba no radica de manera exclusiva en la parte actora, siendo la Clínica quien se encuentra en mejor posición para demostrar aspectos que requieren puntuales conocimientos científicos en materia médica, reiterando, que la interpretación de la monitoria fetal es errónea, pues mostraba de 170 a 180 latidos por minuto, esto es, por encima del parámetro normal, y compatible con sufrimiento fetal agudo; que el daño se concreta en el fallecimiento del bebé por nacer con 38 semanas de gestación, aun cuando la monitoria fetal mostraba evidentes signos de alarma que permitían determinar el sufrimiento fetal por un

¹² Documento 014 del expediente

¹³ Documento 029

lapso aproximado de 14 horas hasta el momento de su fallecimiento, sin que los médicos actuaran para mejorar sus condiciones o procurar su nacimiento. Que en este orden, la responsabilidad médica se funda en la negligencia en la interpretación de la monitoria fetal y las acciones u omisiones subsiguientes, ante los signos de alarma sobre el estado del bebé, que ponen en evidencia el descuido en la atención médica brindada a la señora MARTHA MERCEDES MENESES; razón por la que se reclama el pago de perjuicios que se encuentran ampliamente fundamentados y demostrados, al punto, que en la señora MARTHA MERCEDES persiste un trastorno emocional que le ocasionó la pérdida de su bebé, como se demuestra en el dictamen pericial¹⁴.

Demanda de llamamiento en garantía

1. EPS SANITAS S.A.S.¹⁵, presentó demanda de llamamiento en garantía contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, para que responda patrimonialmente conforme lo pactado en el contrato de seguro de responsabilidad civil profesional Instituciones Médicas que consta en las pólizas¹⁶, bajo la modalidad de Claims Made; demanda de llamamiento en garantía que admitió el Juzgado por auto del 02 de febrero de 2021¹⁷, proveído notificado personalmente al representante legal de la entidad llamada en garantía¹⁸.

Dentro del término de contestación de la demanda, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.¹⁹, se opone a las pretensiones de la demanda, no habiendo ningún reproche contra la EPS SANITAS, quien no tiene relación con la actuación médica, dado que no presta directamente los servicios de salud, y además, ningún reparo se formuló contra la EPS. Sumado, que el fallecimiento del feto en gestación no se derivó de una mala praxis por parte de CLINICA LA ESTANCIA, sino a la presencia de *“una apendicitis retrocecal no identificable con las valoraciones practicadas y la sintomatología que refirió la paciente”*, cuya anomalía surge desde la ubicación extraña del apéndice, que incluso, puede ser asintomática o tener síntomas que no se relacionan con la patología, y es que la paciente no reportó ningún síntoma similar a la apendicitis y peritonitis,

¹⁴ Documento 015 del expediente

¹⁵ Documento 009 del expediente

¹⁶ Documento 09, demanda de llamamiento en garantía:

N° de Póliza	Inicio vigencia	Final vigencia	Días amparados
AA195705-AA612539	30 agosto 2019	30 agosto 2020	365
AA195705-AA858524	21 febrero 2020	30 agosto 2020	202
AA195705-AA879171	30 agosto 2020	14 sep. 2020	15
AA195705-AA757678	14 sep. 2020	14 sep. 2021	365

¹⁷ Documento 018 del expediente

¹⁸ De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 806 de 2020 - Documento 023 del expediente

¹⁹ Documento 024 del expediente

habiendo sido valorada incluso por medicina interna, por lo que no hay conducta reprochable a CLINICA LA ESTANCIA. Que de esta manera, no estando demostrado el nexo causal, no es atribuible ninguna responsabilidad a los demandados. Agrega, que el documento aportado como dictamen médico pericial y dictamen psicológico, no cumple con los requisitos legales del art. 226 del CGP, por lo que no puede ser valorado como medio de prueba; que el monto máximo reconocido por la Corte Suprema de Justicia es de \$60'000.000, limite que debe tenerse en cuenta para fijar una eventual responsabilidad, aun cuando en el caso concreto, no hay elementos de prueba que demuestren los perjuicios reclamados por los demandantes. Que igualmente, se opone al daño a la salud o daño fisiológico. Como excepciones de mérito frente a la demanda principal, formuló las siguientes: *“Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS E.P.S. S.A.S.”*, *“Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad y de la relación de causalidad entre los actos la E.P.S. SANITAS S.A.S. y los supuestos perjuicios alegados por los actores”*; *“Inexistencia de solidaridad entre la demandada E.P.S. SANITAS S.A.S. y CLÍNICA LA ESTANCIA S.A.”*; *“Ausencia de culpa imputable a CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. por estar acreditado el proceder diligente de su personal médico”*; *“El contenido obligacional que conlleva el servicio médico es de medios y no de resultado”*; *“Ausencia de elementos de prueba que acrediten la causación de los perjuicios alegados por la demandante”*; *“Caso fortuito”*; *“Enriquecimiento sin causa”*, y la *“Genérica, innominadas y otras”*. Como excepciones de mérito frente al llamamiento en garantía, formuló: *“Las pólizas “No. AA195705 – AA612539 con vigencia desde el 30 de agosto del 2019 al 30 de agosto del 2020 y No. AA195705 – AA757678 con vigencia desde el 14 de septiembre del 2020 al 14 septiembre” 2021 que identificó el llamante en la convocatoria no fueron expedidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.”*; *“Inexistencia de obligación indemnizatoria a cargo de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. con base en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA195705, certificados AA727368, A858524, A875744, AA879171, AA892445 y AA905335 por no haberse realizado la reclamación dentro de su vigencia”*; *“Inexistencia de obligación indemnizatoria a cargo de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. con fundamento en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA195705 certificado AA879187 con vigencia desde el 14 de septiembre del 2020 al 14 de septiembre del 2021, por no haberse realizado el riesgo asegurado”*; *“Límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA195705 certificado AA879187 con vigencia desde el 14 de septiembre del 2020 al 14 de septiembre del 2021, los*

cuales enmarcan las obligaciones de las partes”; “En la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA195705 certificado AA879187 con vigencia desde el 14 de septiembre del 2020 al 14 de septiembre del 2021, se pactó un deducible del 10 % del valor de la pérdida mínimo \$150.000.000”; “Causales de exclusión de cobertura aplicables la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA195705 certificado AA879187 con vigencia desde el 14 de septiembre del 2020 al 14 de septiembre del 2021”; “El contrato es ley para las partes”; “Inexistencia de solidaridad entre mi mandante y E.P.S. demandada”; “El seguro contenido en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA195705 certificado AA879187 con vigencia desde el 14 de septiembre del 2020 al 14 de septiembre del 2021, expedida por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., es de carácter meramente indemnizatorio”, y la “Genérica o innominada y otras”.

2. CLINICA LA ESTANCIA S.A.²⁰, presentó demanda de llamamiento en garantía contra CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., para que ante una eventual condena indemnice los daños y perjuicios ocasionados bajo los parámetros de las Pólizas de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para clínicas y hospitales No. 40853 y No. 46339²¹, e igualmente, presentó demanda de llamamiento en garantía contra el Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA – especialista en Ginecología y Obstetricia²², para que responda por los daños causados en caso de una eventual condena, de conformidad con el contrato de prestación de servicios profesionales suscrito con CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., vigente para el momento de los hechos, teniendo en cuenta la atención que brindó el galeno a la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO; demandas de llamamiento en garantía que admitió el Juzgado por auto del 02 de febrero de 2021²³; proveído notificado personalmente a los llamados en garantía²⁴.

CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., se opone a las pretensiones de la demanda, al manifestar que no se tiene en cuenta las condiciones particulares pactadas entre la aseguradora y CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., en calidad de tomador [amparos, deducibles, límite asegurado y demás aspectos no indicados en el llamamiento en garantía], y además, no opera la afectación de ambas pólizas dada la vigencia de cada una de ellas, correspondiendo la cobertura a la No. 46339. Frente a las pretensiones de la demanda, formuló como excepciones de mérito las siguientes: *“De la prestación del servicio médico como obligación de medio y no*

²⁰ Documento 017 del expediente

²¹ Documento 017, folios 10-33

²² Documento 017, folios 35 a 37

²³ Documento 018 del expediente

²⁴ Documento 019 del expediente

de resultado” [considerando importante precisar los conceptos de las obligaciones de resultado y de medio, debiendo probarse en éstas últimas, la culpa]; *“Inexistencia y/o sobreestimación de los perjuicios reclamados”* [Dado que la indemnización máxima por perjuicios morales subjetivos ha sido fijada por la Corte Suprema de Justicia en la suma de \$40.000.000, para *“eventos verdaderamente graves”*, y recurriendo a parámetros fijados por el Consejo de Estado, concluye, que la suma reclamada excede el tope máximo permitido], y *“Ausencia de responsabilidad de la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. y por tanto ausencia de la obligación indemnizatoria de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.”* [no estando presente la falla médica, el procedimiento aplicado fue el correcto, la paciente fue atendida con inmediatez y se suministraron todos los recursos médicos disponibles bajo los principios de la *lex artis*. Se obró con prudencia, eficiencia e idoneidad]. Como excepciones derivadas del contrato de seguro, presentó: *“Inexistencia de responsabilidad del asegurado por tanto ausencia de obligación de pago de aseguradora”* [no se encuentra probado el daño ni el nexo causal, el demandado no tuvo culpa en el evento dañoso, y al no existir responsabilidad a su cargo no procede la acción contra la aseguradora, ni la afectación de la póliza, ni pago alguno]; *“La responsabilidad de la aseguradora se encuentra limitada al valor de la suma asegurada”* [en el caso de una declaratoria de responsabilidad civil extracontractual contra la asegurada, la responsabilidad de la aseguradora se limita a la suma asegurada en la póliza 12/46339, de responsabilidad civil profesional médica en la suma de \$2.000.000.000, bajo la cobertura Claims Made, siendo ésta la única que se podría afectar por actos médicos erróneos. Finalmente advierte, que el período contractual de la póliza No. 12/40853 se encuentra vencido]; *“Deducible de la suma asegurada”* [conforme la cobertura de la póliza de RCM, se pactó un deducible general del 10%, mínimo *“\$50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos”*], y la *“Genérica e innominada”* [solicitando se declare cualquier hecho o circunstancia exceptiva que resulte probado en el proceso]²⁵.

3. El Dr. GUILLERMO AUGUSTO MEJÍA, no se pronunció frente a los hechos de la demanda inicial ni el llamamiento en garantía²⁶.

Sentencia de primera instancia

El JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN, mediante sentencia proferida el 09 de septiembre de 2022²⁷, resolvió declarar prósperas las excepciones de mérito formuladas por EPS SANITAS S.A., denominadas: *“Inexistencia de la relación causa efecto entre los servicios médicos asistenciales autorizados por Sanitas a la señora Marta Mercedes Meneses Molano y el desenlace de la atención médica; Cumplimiento de las obligaciones por parte de Sanitas, establecidas por la normativa vigente, e Inexistencia de solidaridad”*, y declaró parcialmente probada, la excepción formulada por CLÍNICA LA

²⁵ Documento 020 del expediente

²⁶ Documento 076, como consta en auto del 02 de mayo de 2022

²⁷ Documento 148 del expediente

ESTANCIA, denominada “*carga de la prueba de los perjuicios sufridos*”, y en consecuencia, declaró extracontractualmente responsable a la demandada - CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., de los perjuicios morales ocasionados a los demandantes MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, LISETH TATIANA LOPEZ MENESES y OSCAR EDUARDO LOPEZ “*en calidad de padres y hermana del menor fallecido*”, condenando a la demandada a pagar a los mencionados demandantes, la suma de sesenta (60) salarios mínimos legales mensuales vigentes, equivalentes a la fecha de la sentencia, a \$60.000.000, por concepto de perjuicios morales, y se reconoció un interés legal civil del 6% anual a partir de la ejecutoria de la sentencia y hasta la fecha del pago. Así, se negaron las demás pretensiones de la demanda, condenando en costas a CLINICA LA ESTANCIA. Seguidamente, se adiciona la sentencia, condenando al Dr. GUILLERMO GARRDO MEJÍA, a indemnizar a su llamante en un porcentaje del 25% de la condena establecida, sin incluir los gastos judiciales, y se condena a CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA, a pagar a CLINICA LA ESTANCIA S.A., el 75% del valor al que fue condenada, incluidos gastos judiciales.

Lo anterior, luego de considerar la funcionaria de primer grado, que la monitoria fetal realizada el 22 de mayo de 2018 sobre las 9:00 a.m. reflejaba signos de alarma, y no obstante, fue clasificada como categoría I de bienestar fetal, por lo que se abandonó a la paciente, aun cuando presentaba “*acidosis*” sin que se adoptaran acciones positivas tendientes a encontrar la causa de sus dolencias o desembarazarla, lo que habría permitido que el bebé naciera vivo, pues la causa de la muerte del feto, fue la sepsis materna; sepsis que no fue diagnóstica ni detectada oportunamente. Que igualmente, la clasificación como categoría I de la monitoria fetal –error que reconoció el mismo médico tratante, llamado en garantía-, condujo a privar al feto de una adecuada atención, dado que tratándose de dos pacientes – madre y feto- como lo indica el perito ginecólogo de la parte demandante, no se practicaron las ayudas diagnósticas tendientes a establecer las dolencias de la paciente, y tampoco se atendió al feto como paciente independiente de su madre, lo que conllevó un descuido en la atención médica, pues sólo cuando la progenitora manifestó la ausencia de movimientos fetales se retomó la atención del nasciturus. Agrega, que ninguna acción u omisión se atribuye a la EPS SANITAS, y no existen elementos de juicio que permitan derivar alguna responsabilidad de la misma, y en la misma medida, ninguna declaración cabe hacerse en relación con la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Finalmente, se tasaron los perjuicios en la suma de \$60´000.000 para cada uno de los padres y la hermana; mientras respecto de los demás demandantes se negó el

reconocimiento de los mismos por no encontrarse probados. Igualmente, se denegó el daño a la vida de relación.

Fundamentos del recurso

Inconforme con el anterior pronunciamiento, la apoderada de **la parte demandante**, formuló por escrito los siguientes reparos concretos: (i) Que la Juez a-quo, sin motivo alguno, prescindió del dictamen pericial rendido por la Psicóloga LILA AURORA PINEDA MEDINA, que da cuenta de la afectación sufrida por MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, concretamente, en su salud mental; (ii) Se denegó el reconocimiento del daño a la salud o fisiológico padecido por la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, cuando ésta sufrió afectación en su salud mental, siendo diagnosticada con “*trastorno de estrés postraumático*”, y las omisiones médicas la llevaron a debatirse entre la vida y la muerte en la UCI; (iii) Que se excluyó de valoración la afectación moral de los padres de la señora MARTHA MERCEDES, “*abuelos del bebé por nacer*”, quienes padecieron el sufrimiento por la pérdida de su nieto, y la angustia, aflicción y dolor de tener a su hija en la UCI, por causa de la demostrada negligencia médica, y (iv) Que respecto de los demás demandantes “*tíos del bebé por nacer*” se generaron sentimientos de dolor, aflicción y tristeza, traducidos en el daño moral cuya reparación se persigue. En este orden, solicita se modifique la sentencia apelada, para reconocer los daños a la salud o fisiológicos sufridos por la señora MARTHA MERCEDES, y los perjuicios morales en favor de los demás demandantes²⁸.

CLINICA LA ESTANCIA S.A., interpuso recurso de apelación, formulando por escrito los siguientes reparos concretos: “*Error de hecho frente a la valoración de las pruebas, interpretación de lo manifestado por los médicos apartándose de lo probado, imposibilidad de probar la causa del óbito fetal, condena basada en la presunción de la causa material objeto de litigio, vulneración al principio de congruencia, vulneración al debido proceso, indebida tasación de perjuicios, condena sin que existan los elementos propios de la responsabilidad, vulneración al onus probandi (el que alega el hecho debe probar)*”, arguyendo, que no existe prueba de la causa del óbito fetal, porque el señor OSCAR LÓPEZ no permitió el estudio anatomopatológico del feto y la placenta, y aun de aceptarse que el óbito se dio presuntamente por sepsis, tampoco sería imputable a la demandada, pues no habían criterios para sospechar de la misma, teniendo que la patología presentada por la demandante no era prevenible por nadie, y no se deriva de la conducta de la Clínica ni de su equipo médico. Agrega, que los dictámenes de

²⁸ Documento 144

Ginecobstetricia presentan criterios diferentes, pero coinciden en que el plan de manejo de la paciente era de “*observación, vigilancia y monitoreo para posterior revaloración*”, situación que no fue tomada en cuenta por la juez, ajustándose el plan de manejo a la *lex artis*, y siendo desafortunado que el feto estuvo abandonado por 12 horas, pues la historia clínica prueba la atención brindada, y si bien como lo indicó el Dr. GARRIDO en la clasificación de la monitoria fetal realizada el 22 de mayo de 2018, “*clasificada como categoría 1*”, hubo “*un error de digitación*”, ello no afectó el manejo de la paciente, quien recibió atención de los especialistas JAVIER EDUARDO PEREZ PUERTA, GUILLERMO GARRIDO, JAIME PAZ MERA, JUAN SEBASTIAN SANDOVAL ESTRADA, y JUAN CARLOS VANEGAS LOPEZ, que coinciden en el plan de manejo dado a la paciente, de observación, vigilancia y posterior revaloración, siendo la falta de frecuencia cardiaca fetal lo que lleva a un cambio de conducta, llevando la paciente a cesárea, siendo desafortunada y subjetiva la apreciación de la a-quo, al manifestar que los galenos no vieron la monitoria, y de haberla visto, “*todos se equivocaron*” al no cambiar de conducta, y es que el propio perito de los demandantes aceptó que ésta era la conducta a seguir, como también lo hizo el perito Dr. CASAS, por lo que la conducta desplegada por el equipo médico estuvo ajustada a la *lex artis*, pues la vigilancia y monitoria también se hace con la toma de frecuencia cardiaca que se continuó realizando, como consta en el dictamen rendido por el Dr. CASAS, pese tratarse de una paciente de difícil auscultación, a quien se le dio también manejo por medicina interna dado que la paciente manifestaba que no podía respirar, descartándose tromboembolismo pulmonar y evento coronario, siendo “*impreciso manifestar que para este momento había indicación de sospecha de sepsis en la paciente*”, cuando está probado con los peritajes que nunca existió sospecha de sepsis en la paciente, ni de que estaba cursando una peritonitis, y mucho menos, que ésta fuera retrocecal, habiendo indicado el Dr. JUSTY ROMERO que la paciente tuvo un cuadro atípico, lo que fue corroborado con los demás peritos, pues los profesionales indicaron que no había situación alguna que diera lugar a sospechar de una apendicitis y mucho menos de una sepsis; razón por la que a juicio de la apelante hubo una inadecuada valoración de las pruebas, argumentando la funcionaria cosas que no fueron probadas, pues se estaba en presencia de una gestante, y entre más avanzado el embarazo más difícil el diagnóstico, porque se verifica un desplazamiento interno de los órganos, asociándose a una tasa mayor de perforaciones comparativamente con la población general, conduciendo a complicaciones como sepsis, peritonitis y pérdida fetal. Agrega, que el dictamen del Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ contiene conceptos en desuso como el de “*sufrimiento fetal*”, y se basa en

monitorias fetales que la apoderada de la parte actora aceptó haber escaneado y ampliado, manipuladas, lo que le resta credibilidad, dado que éstas se generan en un papel “*que se borra rápidamente*”, por lo que lo correcto era acudir a la fuente. Frente al dictamen psicológico al cual se dio plena credibilidad, señala que una cosa es la parte psicológica objeto del dictamen, y otra es hacer referencia a dolores físicos, que no fueron objeto del dictamen y la perito no consultó los antecedentes psicológicos de la paciente, como para hacer referencia a temas que no le constan.

Refiere igualmente, que se avizora una vulneración del derecho al debido proceso, porque sólo en la sentencia la juez habló de la carga dinámica de la prueba, y si acaso la juez requería más información para fallar de fondo, debió agotar los recursos a su alcance para esclarecer los hechos, porque la medicina no es una ciencia exacta, y la juez interpreta situaciones que fueron dichas en el proceso, pues alude a la hipótesis de si hubiera hecho una cesárea, el bebé hubiera nacido vivo, cuando no había indicación de la misma, se trataba de una paciente con antecedente de parto vaginal, y se tenía una doble circular al cuello encontrada al practicar la cesárea porque no había reporte de la misma en los exámenes, situación que incide en un fatal desenlace, y conlleva a la incertidumbre científica.

Que la tasación de los perjuicios se realizó de manera indebida, porque se reconoció el máximo a las víctimas directas, pudiendo ser menor, y el mismo monto se reconoció al hermano, pese a que la jurisprudencia habla del 50% de lo reconocido a los directamente afectados. En este orden, solicita se revoque la sentencia apelada, se declare probadas las excepciones, y se exonere de responsabilidad a la demandada.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA, interpuso recurso de apelación formulando por escrito los siguientes reparos concretos: (i) “*El a-quo incurrió en un errado juicio por cuanto con la historia clínica, con los interrogatorios de parte, y los testimonios técnicos, se acreditó la adecuada atención de la paciente MARTHA MENESES el día 22 de mayo de 2018 y la debida vigilancia intraparto, conforme los signos presentados. No existe relación de causalidad*”, pues la falladora aduce que la errada interpretación de la monitoria se extendió en el curso del día, abandonándose a la paciente, pero la acción desplegada por el Dr. GARRIDO fue ratificada y avalada por los demás especialistas en Ginecología que atendieron a la paciente el 22 de mayo de 2018, e incluso del dictamen rendido por el perito de la parte demandante, HENRY ARMANDO MUÑOZ, se pudo determinar que dicha conducta era la adecuada de acuerdo con los signos que presentó la paciente, a

quien además, se tomaron las frecuencias cardíacas fetales todo el día, las cuales en palabras del Dr. CASAS suplen la necesidad de realizar otra monitoria fetal, lo que no fue tenido en cuenta por la a-quo, así como las diversas valoraciones realizadas a la paciente antes del deceso del feto [a las 14:20, 15:29, 17:46, 19:25, 20:06, 20:25, 20:53, 22:02, 22:19, 22:50, 23:01, conforme las notas médicas y de enfermería], y que demuestran que no es cierto que se abandonó la paciente y al feto “a su suerte”, pese la renuencia de la paciente a la hora de verificar sus condiciones generales, siendo ésta la conducta avalada por todos los galenos. Y tampoco era posible desembarazar a la paciente [conducta que reprocha la juez no haberse realizado], porque no lo requería y el dolor se enmascaró con el mismo trabajo de parto, sumada la renuencia de la paciente que impide el adecuado abordaje médico, máxime cuando no presentó una sintomatología clara y clásica de apendicitis, y es que no se demostró con certeza que el médico debió actuar de manera distinta a la que lo hizo, y por lo tanto, no está probada la relación de causalidad, pues la prueba pericial aportada por la parte actora no demostró con certeza que la conducta del galeno fue inadecuada, y menos, cuando dicho perito asintió en que lo correcto era pasar a la paciente a observación y esperar el avance y los cambios, así como también reconoció que la falta de colaboración de la paciente “es el mayor problema dentro del abordaje diagnóstico”.

(ii) “El a quo incurrió en una indebida valoración probatoria, por cuanto la historia clínica no es el documento idóneo de cara a la acreditación de la causa de la muerte del nasciturus”, siendo la necropsia la única forma de establecer la causa de muerte del feto.

(iii) “La a quo se apartó injustificadamente del dictamen rendido por el Dr. RODOLFO LEÓN CASAS por un error de digitación que no constituye error grave que condujera a conclusiones equivocadas”, pues no se presentó una inexactitud de identidad entre la realidad del objeto sobre el que se rindió el dictamen y la representación que de él hizo el perito en audiencia, y sin embargo, la juez no se refiere a las conclusiones del profesional²⁹.

Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA, interpuso recurso de apelación, formulando por escrito [bien alejado de la anhelada síntesis] los siguientes reparos concretos: (i) “El a quo incurre en error trascendental y manifiesto al condenar por responsabilidad civil médica pese a reconocer que no se probó ni la causalidad jurídica ni la causalidad material, fijando en la sentencia la carga dinámica de la prueba y a partir de allí estableciendo no solo una presunción de causalidad sino

²⁹ Documento 146

de responsabilidad en cabeza del equipo de salud con lo que no solo viola principio de congruencia sino también el debido proceso y derecho de defensa. Desconociendo la inaplicabilidad de la carga dinámica y de la inversión de la carga de la prueba en materia médica, ya que esta sigue estando a cargo del actor”, arguyendo, que al nacimiento del feto se ordenó la práctica de autopsia con estudio anatomopatológico, que no fue autorizado por el demandante, no siendo posible establecer la verdadera causa de muerte del feto, y por consiguiente, la relación causal, y pese reconocer la Juez a-quo la ausencia de nexo causal “*de manera impertinente e inoportuna*” suple tal incertidumbre invirtiendo la carga de la prueba, al imputar al cuerpo médico la obligación de probar la causa de la muerte del feto y demostrar la ausencia de causalidad, cuando en la responsabilidad médica es a la parte demandante a quien le corresponde probar la culpa galénica, sin que pueda trasladarse tal carga a la parte demandada, aun ante la facilidad o disponibilidad probatoria que tenga a su alcance, porque la parte actora bien puede acudir al dictamen pericial, bajo un principio de igualdad de armas, pues de otro modo, sería predicar una responsabilidad profesional por el mero hecho de su contacto con el paciente. Que con la aplicación de la carga dinámica de la prueba, como se ha hecho en este caso, se desconoce que la actividad médica es una obligación de medios, y además, la parte actora debe acreditar la culpa del profesional de la medicina, porque ésta no se presume.

(ii) *“No hubo error de diagnóstico ni terapéutico en la conducta médica emprendida por el Ginecobstetra GUILLERMO GARRIDO MEJIA en la atención del binomio materno fetal. actuó conforme la expectativa de comportamiento médico”,* no existiendo error de diagnóstico, negligencia, ni imprudencia en la conducta, tanto en el ingreso inicial ni en el reingreso, y de ello da fe la historia clínica, la declaración del Dr. GARRIDO, y lo demostrado en el juicio oral, siendo la decisión de “*vigilancia y seguimiento*” según los expertos, la conducta admitida, y no precisamente proceder a desembarazar a la paciente vía cesárea, y así lo reconoce el propio peritazgo allegado por la demandante, rendido por el Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA, y eso fue lo que se hizo con monitoreo intermitentes con Doppler durante la atención del 22 de mayo, y es que “*ninguna de las opciones terapéuticas que se pudieran plantear garantizaban que el binomio materno fetal no estaba sometido al riesgo de muerte y óbito fetal en cada caso, como lo sostuvieron los testimonios técnicos*”. Agrega, que el perito Ginecólogo HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA “*de manera temeraria, pretende caminar por el sendero de los cursos causales hipotéticos y realizar juicios ex post y no ex ante*” que lo llevan a una argumentación que no

corresponde con la prueba técnica controvertida, al afirmar que *“si la paciente es desembaraza (aun no habiendo criterio para ese momento) en la mañana del 22 de mayo, el bebé estaría sano y salvo, como si definitivamente se pudiera aseverar que la conducta de cesárea y parto vaginal no existiera riesgo de morbimortalidad alguno”*, perito que apoya su teoría en el concepto revaluado del *“sufrimiento fetal agudo”* [término impreciso e inapropiado], que llevó a conclusiones erradas, que fueron desvirtuadas por el perito RODOLFO CASAS; porque con el dictamen aportado por CLINICA LA ESTANCIA, *“se pudo establecer que la paciente jamás se halló en fase alguna de trabajo de parto. Ya que la paciente nunca presentó contracciones uterinas regulares en intensidad y frecuencia y mucho menos presentó en ningún momento cambios cervicales (dilatación y borramiento). La paciente MARTHA MERCEDES MENESES en realidad se hallaba en fase preparto, que corresponde al periodo previo al inicio de trabajo de parto en sí, en el cual existen contracciones irregulares en frecuencia e intensidad sin que se presenten cambios en el cuello del útero”*. Agrega, que la Juez a-quo no podía soportar su fallo en información que no constituye medio de prueba válido, y además, la Corte ha indicado que no se puede cimentar un veredicto en conceptos médicos y literatura médica, desconociendo que tal revisión bibliográfica sólo es admisible como criterio hermenéutico del material probatorio, en aquellos casos en los que éste no resulta suficientemente conclusivo [CSJ STC18982-2017], y en el caso se evidenció: *“1. El diagnóstico obstétrico de riesgo de pérdida del bienestar fetal conlleva dificultades en la clínica neonatológica. 2. Que el estudio de monitoria electrónica fetal (registro cardiotocográfico RCTGF) tienen un alto porcentaje de falsos positivos y, en consecuencia, son pobres predictores de morbilidad neurológica precoz o tardía. 3. Que los ensayos clínicos que han comparado el RCTGF con la auscultación fetal intermitente no han confirmado que la monitorización electrónica (RCTGF), con o sin valoración del pH fetal, permita reducir el número de admisiones a cuidados intensivos neonatales, la morbimortalidad neonatal, ni la incidencia de parálisis cerebral. 4. Que el término de sufrimiento fetal se considera impreciso e inapropiado 5. Mientras el término “sufrimiento fetal” señala y da por hecho un trastorno y afectación fetal, el término “estado fetal no tranquilizador” es una consideración de la incertidumbre asociada a los datos disponibles. 6. Se evidenció que la materna no se hallaba en trabajo de parto en ningún momento entre los días 21 y 22 de mayo de 2018. Por lo que la Categorización de monitoreo fetal no aplica para pacientes sin actividad uterina regular”*.

Agrega, que según el perito RODOLFO CASAS, *“la auscultación intermitente es igual de útil que el registro de la monitoria electrónica fetal”*, y de acuerdo con los registros periódicos secuenciales dentro de la vigilancia y seguimiento del estado fetal, se concluye, que la condición clínica del feto se hallaba dentro de parámetros normales, que de acuerdo con la historia clínica se evaluó periódicamente al binomio materno-fetal, por lo que no es cierto que el feto fue abandonado por 12 horas, y en la nota médica del 22 de mayo a las 19:25 claramente se indica *“que el bebé cursaba con bienestar fetal”*, dando cuenta del seguimiento y vigilancia al binomio madre-feto, ante el cuadro clínico bizarro que cursaba la materna. Agrega, que no era posible valorar la *“acidosis metabólica fetal”*, porque la paciente no estaba en trabajo de parto, y ello sólo se logra cuando estando en trabajo de parto con membranas rotas se toma muestra de sangre del cuero cabelludo del feto, lo que no era posible en este caso porque la paciente tenía las membranas íntegras, y *“no se puede deducir y confundir la acidosis metabólica materna que se evidenció al final de la tarde con acidosis metabólica fetal, imposible de diagnosticar”*.

Que el hecho de que el Dr. GARRIDO haya categorizado el monitoreo como grado I, no es óbice para derivar de dicho error, que producto de tal clasificación se haya generado una mala práctica, porque el binomio materno-fetal continuó bajo vigilancia y seguimiento, como consta en la historia clínica, y lo medular del asunto no radica en la categorización I o II, pues tal imprecisión no indicaba conducta diferente a la que se continuó brindando, máxime cuando la materna no se encontraba en trabajo de parto, *“siendo aplicable dicha categorización únicamente para las maternas que efectivamente se hallan en trabajo de parto”*, y en el caso concreto, la materna no se hallaba cursando un trabajo de parto, sino de parto, y no habiendo dilatación no se puede afirmar que se debía dar un parto pronto o inminente. Agrega, que los especialistas RODOLFO CASAS, JUSTY ROMERO y GUILLERMO GARRIDO, tienen amplia experiencia, idoneidad y experticia, y si bien es un reto hacer un diagnóstico de apendicitis en pacientes no embarazadas, es mucho más difícil hacerlo con gestantes, y la dificultad aumenta entre más avanzada la edad gestacional, pues las estructuras peritoneales, intestino, apéndice y pared abdominal se separan por el crecimiento uterino, lo que entorpece su ubicación y altera los signos clásicos, incluso, conforme lo indicado por el perito de la parte demandante, *“de cada 4 maternas hay una mortalidad fetal de 1 (24%) perforado el apéndice, y la ecografía como ayuda diagnóstica sólo alcanza el 46% de sensibilidad para identificar enfermos con apendicitis”*; porcentajes no calculados para apéndice retrocecal, que implica mayor dificultad y

“acrecienta la posibilidad de perforación en materna de tercer trimestre y esa es la verdadera “tormenta perfecta” que hace que el diagnóstico sea diferido a estadios como el del hallazgo quirúrgico”.

Que así las cosas, el Dr. GARRIDO MEJÍA no incurrió en error de conducta ni omisión profesional, por lo que no es un error sancionable, pues el Dr. GARRIDO prestó sus servicios dentro de los parámetros científicos, y el resultado adverso que pudiera haber sobrevenido no se puede enmarcar dentro de la terminología jurídica del daño con carácter indemnizable, sino que corresponde a una complicación denominada *“riesgo terapéutico inherente”* a este tipo de eventos, tal como aparece descrito en la literatura médica para casos como el de esta paciente, lo que infirma que el equipo médico obrara de forma imperita, negligente o imprudente, y no se puede aseverar, como se hace en la sentencia, que *“la sepsis de la materna era diagnosticable antes de la cesárea practicada”*, y además, no puede pasarse por alto, que la apoderada de la parte actora reconoció haber manipulado la imagen de la monitoria electrónica aportada con la demanda, y es que la imagen se imprime en papel termosensible del monitor fetal que es examinada en tiempo real, por lo que no se puede asegurar la indemnidad documental, y es que el original con el paso del tiempo ha presentado un deterioro que impide su interpretación, ante la pérdida de la integridad física documental, por lo que la prueba no genera la confianza suficiente para darle el peso probatorio que la juez a-quo pretende reconocer.

(iii) *“El a-quo desconoció la validez, relevancia, credibilidad y peso y fuerza inferencial de los peritajes ofrecidos por la CLINICA LA ESTANCIA para determinar la ausencia de culpa y nexo causal”*, reiterando, que el Dr. GARRIDO MEJÍA no incurrió en error de conducta, ni en omisión profesional, y es que el médico está facultado para escoger el procedimiento que considere más apropiado, sin que tal proceder le genere un juicio de reproche. Agrega, que los dictámenes de los Dres CASAS y ROMERO, son exhaustivos, coherentes y congruentes, atendiendo la larga experiencia profesional de los mismos, y sus conocimientos.

(iv) *“El a-quo pretende desconocer que la obstetricia no puede garantizar resultados”*, trayendo a colación la sentencia del Tribunal Nacional de Ética Médica de fecha 1 de marzo de 2005, según la cual, no existe embarazo sin riesgo, siendo característico en la medicina el factor aleatorio que conlleva intrínsecamente su práctica, por lo que resulta un imposible jurídico exigirle al galeno que domine, maneje, prevea, y corrija el problema que genera el factor

aleatorio, pues *“el riesgo no es totalmente previsible ni prevenible”*, y los riesgos que conlleva un embarazo *“no pueden ser previstos ni conocidos en la gran mayoría de los casos”*.

(v) *“El a-quo concluye con juicio ex post y no ex ante”*, arguyendo, que la valoración del error no puede hacerse ex post, por lo que el Juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico, siendo común que frente a determinados síntomas y/o signos, el médico pueda optar entre varios diagnósticos o tratamientos, y si a *posteriori* se establece que el elegido no era el más indicado, ello por sí solo no puede comprometer la responsabilidad del médico, en la medida en que el camino elegido haya estado dentro de los aconsejados prima facie por la ciencia médica.

(vi) *“El equipo de salud del que hizo parte el Dr. GARRIDO se enfrentó a riesgo inherente e inculpable que el a-quo pretende desconocer”* [CSJ SC3272-2020], que en este caso, la paciente presentó *“como evento sobreviniente riesgo inherente reconocido por la literatura científica óbito fetal”*, siendo el resultado insatisfactorio un evento de presentación inconstante, es decir, que estadísticamente se puede llegar a presentar en un porcentaje determinado de pacientes, no siempre evitable ni controlable, pese a una buena práctica médica, por lo que el hecho de que se presente y no sea posible superarlo, aun por el más idóneo y competente de los profesionales, a pesar de una buena práctica médica, *“no es objeto de una declaración de responsabilidad civil”*. Reitera, que corresponde a la parte actora demostrar la culpa médica y el nexo de causalidad, lo contrario implicaría aplicar una responsabilidad objetiva, cuando se ha reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible, porque no todos los individuos responden en igual manera, ante los tratamientos de que dispone la medicina, y además, en el presente asunto, la conducta del médico no resulta relevante en la producción del resultado dañoso.

Por todo lo anterior, solicita se revoque la sentencia apelada, para en su lugar, denegar las pretensiones de la demanda, y es que además, resulta equívoco reconocer el mismo valor por perjuicio moral, a los padres y al hermano, correspondiendo a éste último, el equivalente al 50% de lo que se reconoce a los padres, conforme a los parámetros jurisprudenciales de la Corte³⁰.

Agotado el trámite de la Ley 2213 de 2022, la apoderada de **CLÍNICA LA ESTANCIA S.A.**, sustentó el recurso de apelación, en los mismos términos

³⁰ Documento 140, del expediente digital de primera instancia

expuestos al elevar los reparos concretos³¹, y en idéntico sentido procedió el apoderado del **Dr. GUILLERMO GARRIDO MEJIA**³², mientras la Aseguradora **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, aunque sustentó el recurso de apelación en los mismos términos de los reparos concretos, agrega en el escrito de sustentación del recurso, que en este caso se configuró “*una de las especies de la causa extraña, conocida como “el hecho de la víctima”...*”, al señalar, que el comportamiento de la señora MENESES el día 22 de mayo de 2018, “*tuvo influencia directa en la realización del perjuicio*”, pues no permitió que se tomara la frecuencia cardíaca fetal, ni que se abordaran los únicos 4 procedimientos admisibles para el 22 de mayo de 2018: “*Observación; Reposo Relativo; Vigilancia Obstétrica e Informe de cambios*”, y por lo tanto, debe exonerarse de responsabilidad al demandado. Agrega, que frente a las circunstancias de ese momento era físicamente imposible advertir a la paciente una apendicitis o una peritonitis, pues el cuadro clínico que su cuerpo manifestó no era el esperado en estos casos. Aunado, que la juez injustificadamente se apartó del dictamen rendido por el Dr. RODOLFO LEON CASAS, profesional con amplia experiencia y 7 artículos publicados en revistas nacionales e internacionales, y quien por demás, en la conducta a seguir coincide con el perito de la parte demandante³³. Finalmente, **la parte demandante**, sustenta el recurso de apelación, básicamente en los mismos argumentos que sirven de fundamento a los reparos completos, para solicitar se modifique la sentencia apelada, en el sentido de reconocer la existencia de los daños a la vida de relación o fisiológicos sufridos por MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, así como los perjuicios morales para los demás demandantes³⁴.

Del escrito presentado por la parte demandante **se corrió traslado a los demandados**, y de los escritos presentados por los demandados [CLINICA LA ESTANCIA, GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA y ASEGURADORA CHUBB SEGUROS COLOMBIA], se corrió traslado a la contraparte; término en el que **SANITAS S.A.S. EPS**, solicitó se ratifique la sentencia de primer grado, que encontró probadas las excepciones propuestas por la EPS, y no habiendo prueba del nexo causal se revoque la condena impuesta a los demás demandados, pues un “*momento, un segundo*” registrado en la gráfica de una ecografía no es suficiente para montar la hipotética teoría de un descuido de los tratantes, y lo más importante, es que la parte demandante manipuló el partograma para tratar de conducir al perito y

³¹ Documento 020, cuaderno del Tribunal

³² Documento 022, cuaderno del Tribunal

³³ Documento 024, cuaderno del Tribunal

³⁴ Documento 030, cuaderno del Tribunal

“definir que con un instante de frecuencia cardíaca alta, el caso estaba resuelto, y todos los ginecólogos, anesthesiólogos, enfermeras auxiliares e incluso IPS CLININA LA ESTANCIA fueron negligentes e imperitos”, y por lo tanto, se llegaría al absurdo de que todos los ginecólogos y especialistas son responsables, aun en los eventos de un difícil diagnóstico. De ahí, que no acreditado el nexo causal por la parte demandante [carga que le impone el art. 167 del C.G.P.] debe revocarse la sentencia apelada, porque aunque los peritos son contrarios en sus opiniones y conclusiones, coinciden en que no se puede ordenar una cesárea de manera intempestiva, y además, no se acreditó una mala praxis durante la atención de la paciente³⁵.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., señala, que no le asiste razón a la parte actora-apelante, pues si bien aportó un dictamen pericial que fue sustentado en audiencia, dicha prueba no constituye el único medio de convencimiento del juez, y además, debe ser apreciado de acuerdo a las reglas de la sana crítica y en conjunto con las demás pruebas obrantes en el proceso, e igualmente, reitera lo expresado en los reparos concretos, para solicitar, se modifique el fallo apelado, negando las pretensiones de la parte actora y exonerando a los demandados³⁶.

CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., manifestó, que la parte actora no logró demostrar la concurrencia de los elementos propios de la responsabilidad, y el dictamen psicológico de la señora MARTHA MERCEDES fue valorado de cara a las demás pruebas, por lo que resulta desacertado como lo pretende la parte demandante, que se tome como prueba de los daños a la vida de relación. Que de la prueba recaudada se demostró que con el actuar diligente de los galenos se logró salvar la vida de la paciente, no existiendo relación de causalidad entre el actuar del equipo médico y la Clínica, y el resultado dañoso. Reitera lo dicho en la sustentación de la apelación frente al diagnóstico y adecuada atención de la paciente, quien cursó una apendicitis retrocecal de difícil diagnóstico, en el tercer trimestre de su embarazo, siendo un caso poco común, imprevisible, que conlleva riesgos para quien la padece; razón por la que solicita se revoque el fallo apelado y se denieguen las pretensiones de la demanda³⁷.

GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA, por conducto de su apoderado, señala que no le asiste razón a la parte actora, pues la juez de instancia lejos de no haber valorado la prueba pericial emitida por la Dra. LILIA AURORA PINEDA MEDINA, la desestimó al no encontrar que demostrara el perjuicio a la vida de

³⁵ Documento 035, cuaderno del Tribunal

³⁶ Documento 037, cuaderno del Tribunal

³⁷ Documento 040, cuaderno del Tribunal

relación; perjuicios que le correspondía acreditar a la parte actora, y no habiendo procedido en tal sentido, no podía la juez declarar el daño que persigue la demandante. Finalmente, aduce, que la juez favoreció a la parte actora con la inversión de las reglas de la carga de la prueba al momento de fallar, comprometiendo su imparcialidad, al vulnerar los principios de publicidad y contradicción. Por lo anterior, solicita revocar la sentencia de primer grado, para en su lugar, absolver de toda responsabilidad al Gineco-obstetra GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJÍA³⁸

La apoderada de los **demandantes**, en extensos y sendos escritos, reitera el estado de salud de la gestante y del feto, registrados en la historia clínica, el error de interpretación del Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO, y cómo ello derivó en la falta de atención para el feto; que es falso que el perito HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA consideró que la actuación del galeno frente a la monitoria fue adecuada; que la juez a-quo nunca señaló que la gestante hubiera sido abandonada a su suerte, sino el feto; que a la paciente el dolor y alteración no le permitía “*ni siquiera moverse*”, lo que debió ser interpretado como un signo, una alerta, pero fue interpretado por los médicos de manera nefasta e inhumana como “*falta de colaboración*”, cuando ésta cursaba con un apéndice perforada y peritonitis, por lo que no puede pretender la aseguradora la exoneración de responsabilidad de los condenados argumentando una supuesta culpa de la víctima. Agrega, que la juez a-quo no desestimó el dictamen rendido por el Dr. CASAS por errores de digitación o registro equivocado de folios, sino porque como él mismo lo declaró en audiencia, no valoró para rendir su dictamen la monitoria fetal de fecha 22 de mayo de 2018, prueba en la que se basó el dictamen del Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA, y que se pretendía contradecir. Señala que la necropsia del feto sí fue practicada, aportando tal documento. Por todo lo anterior, solicita no considerar ciertos ni probados, los argumentos presentados por CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.³⁹

Respecto del Dr. GUILLERMO GARRIDO MEJÍA, refiere, que no cabe la menor duda que el feto falleció como consecuencia de la sepsis materna, conforme lo indicado en la historia clínica y por los galenos que intervinieron en el presente asunto, JAVIER PEREZ, GUILLERMO GARRIDO, y RODOLFO CASAS; pruebas que reflejan el nexo causal, y que ahora el apoderado del Dr. GUILLERMO pretende contradecir, en un intento de atenuar la confesión que hizo su defendido. Agrega, que la paciente presentaba signos de sepsis, cuando el feto aún estaba

³⁸ Documento 043, cuaderno del Tribunal

³⁹ Documento 045, cuaderno del Tribunal

vivo, pues el internista registró en la paciente, taquicardia con 110 latidos por minuto y los gases arteriales mostraban una presión arterial de CO₂ (PCO₂) menor de 32 mmhg, criterios que describe el perito JUSTY ROMERO son considerados en *“el terreno de una sepsis, siempre y cuando se hubieran dirigido hacia esa probabilidad diagnóstica”*, criterios a la vista de todos los galenos, pero que nadie los interpretó; omisión en el diagnóstico *“que genera responsabilidad en todos los médicos tratantes”*, pues a ningún médico se le ocurrió que la paciente podía estar cursando una sepsis, por lo que no se tomaron las conductas pertinentes para tratarla, dejando a la paciente y al feto abandonados, al curso fatal de las consecuencias. Agrega, que no es cierto que la juez a-quo haya reconocido que no se demostró el nexo causal, por el contrario, de acuerdo a la historia clínica el feto falleció debido a la sepsis que presentaba la madre. Que el Dr. GARRIDO confesó en interrogatorio *“que se equivocó al diagnosticar la monitoria como categoría uno”*, y ello llevó a que no se hiciera nada más que observar a la paciente, no se realizaron más monitorias fetales durante el día, y por lo tanto, fue la falta de tratamiento oportuno lo que derivó en la muerte del bebé de MARTHA MERCEDES. Refiere, también, que el Dr. CASAS dejó en claro que la monitoria fetal electrónica permite verificar la variabilidad de la frecuencia cardiaca, lo que no ocurre en la auscultación intermitente, y bien pudo practicarse a la paciente otros exámenes, pero se omitieron, debido a que la monitoria estaba normal – categoría I-, lo que refleja un error de diagnóstico sobre el verdadero estado de salud del feto. Que es falso que la monitoria fetal fue manipulada por la apoderada de la parte actora, porque fue la Clínica quien la aportó a los demandantes, y se allegó a la demanda sin ningún tipo de manipulación [folios 46, 47, 48, 49 y 50], siendo ésta la que proyectó el despacho al momento de interrogar al perito de la parte demandante, y es que tal documento no fue tachado de falso por la CLINICA, quien no aportó copia ni original de la monitoria fetal del 22 de mayo de 2018, queriendo evitar que los hallazgos anormales fueran apreciados por el fallador. Que además, el Dr. CASAS reconoció en la audiencia de pruebas, que en la elaboración del dictamen no valoró la monitoria fetal del 22 de mayo de 2018, por lo que la funcionaria adujo, que en este punto, no arroja luces al despacho y desestimó el experticio, y es que las conclusiones del Dr. HENRY MUÑOZ se fundamentan en la monitoria fetal, que no pudo contradecir el Dr. CASAS al omitir la valoración de la monitoria, que tampoco pudo interpretar con claridad al ser puesta de presente en la audiencia. Que fue el Dr. GUILLERMO GARRIDO quien registró un diagnóstico errado del estado de salud del feto, que nunca corrigió y tampoco propuso un nuevo diagnóstico respecto al estado del feto. En este orden, solicita se confirme la sentencia apelada, modificándola en el sentido de reconocer

los perjuicios morales a todos los accionantes, así como el daño fisiológico o daño a la salud para la señora MARTHA MERCEDES. Lo anterior, reitera, estando acreditado que el feto falleció por la negligente atención de CLINICA LA ESTANCIA y de su equipo médico⁴⁰.

Frente a los reparos elevados por CLINICA LA ESTANCIA S.A., señala, que la juez a-quo sí valoró en debida forma las pruebas practicadas en el proceso; que CLINICA LA ESTANCIA aportó una historia clínica incompleta, y omitió allegar la monitoria fetal practicada el 22 de mayo de 2018 a la paciente, de manera conveniente para los intereses de la entidad, ocultando los signos alarmantes que reportaba el examen, ante la ausencia de bienestar fetal, advirtiendo, que la parte actora aceptó haber ampliado y escaneado la monitoria con el fin de hacerla visible, pero sin modificarla; que en el proceso se demostró ampliamente, que la causa de la muerte fetal fue la sepsis materna, como quedó demostrado en la historia clínica y las versiones de los galenos GUILLERMO GARRIDO y RODOLFO CASAS; que el Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA, *“aprovechándose de la poca legibilidad”* del documento por el paso del tiempo, mintió sobre la frecuencia cardiaca fetal registrada el día 22 de mayo de 2018, al señalar que era de 150 latidos por minuto, cuando con base en las explicaciones rendidas por el perito Doctor HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA, se pudo verificar que era de 180 latidos por minuto; que se verificaron dos (2) signos de sepsis en la paciente, taquicardia y gases arteriales menores a 32 mmhg, conforme lo indicado por el perito JUSTY ROMERO; que la falta de colaboración de la paciente fue interpretada de manera nefasta, cuando los médicos debieron indagar más allá de su estado de gestación, siendo adecuado solicitar una ecografía abdominal e interconsulta con especialista en cirugía, conductas que jamás adoptaron los médicos de CLINICA LA ESTANCIA; que los registros de que la paciente era poco colaboradora son realizados con posterioridad a las 8:06 pm, de donde se colige, que durante un lapso de 12 horas, contadas desde su ingreso en la mañana, no tiene ninguna anotación en tal sentido, y es precisamente, porque ya no toleraba el dolor que le impedía moverse y acostarse, dolor que deriva del apéndice perforado, por lo que mal pueden pretender los demandados exonerarse de responsabilidad argumentando culpa de la propia víctima; máxime cuando es evidente la deficiente actuación probatoria de CLINICA LA ESTANCIA, pues el dictamen presentado por el Dr. CASAS no se apoya en la monitoria fetal, siendo éste el medio de prueba con el que se pretende contradecir el dictamen presentado por la parte actora, aun cuando CLINICA LA ESTANCIA estaba en

⁴⁰ Documento 046, cuaderno del Tribunal

mejores condiciones para demostrar las excepciones planteadas. Por todo lo dicho, solicita se confirme el fallo apelado, respecto de la declaratoria de responsabilidad, y se modifique en relación con los perjuicios morales, y el daño a la salud⁴¹.

Se entra a resolver previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

1. Competencia:

Es competente esta Corporación para decidir el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida el 09 de septiembre de 2022 por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Popayán, en virtud de lo dispuesto en el artículo 31 núm. 1 del Código General del Proceso, y ante la no existencia de causal de nulidad capaz de invalidar lo actuado.

2. Legitimación:

Los demandantes reclaman el reconocimiento y pago de los perjuicios derivados de la responsabilidad civil médica que se atribuye a SANITAS EPS, y CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., con ocasión de la negligente atención médica que se dice fue prestada a la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO y a su hijo por nacer, habiéndose producido el óbito fetal el 22 de mayo de 2018, y en tal virtud, las partes están legitimadas por activa y por pasiva para concurrir en el presente asunto, siendo las demandadas las llamadas a contradecir las pretensiones de la demanda, como sujeto pasivo en la actuación que se le atribuye. También, las partes de la litis actúan en el proceso debidamente representadas por sus mandatarios judiciales.

3. Problema Jurídico:

Se plantea en esta oportunidad, teniendo en cuenta los motivos que fundamentan el recurso de apelación: (i) Si la demandada – CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., es civilmente responsable de los perjuicios que aseguran haber sufrido los demandantes, con ocasión de la muerte del hijo de la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, producto de la “*falla en la prestación del servicio médico por parte del personal de salud*” adscrito a CLINICA LA ESTANCIA, y (ii) Si en el caso concreto, se encuentran acreditados los elementos

⁴¹ Documento 047, cuaderno del Tribunal

estructurales de la responsabilidad civil extracontractual que se endilga a la demandada – CLÍNICA LA ESTANCIA S.A.

4. Análisis del caso concreto:

Revisado el expediente, y previo a resolver de fondo el asunto, conviene precisar, que aun cuando en el escrito de demanda la parte actora endilga a CLINICA LA ESTANCIA y la EPS SANITAS, la mala prestación del servicio de salud que llevó al fallecimiento del hijo de MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO estando aún dentro de su vientre, no habiéndose emitido en la sentencia condena alguna contra la EPS SANITAS EPS, y no elevando los apelantes ningún reparo en tal sentido, no se hará ninguna disquisición frente a la EPS.

De otro lado, se encuentra acreditado que la IPS CLINICA LA ESTANCIA fue la entidad encargada de la prestación de los servicios de salud a la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, y es a dicha IPS a quien los demandantes señalan como responsable por *“falla en la prestación del servicio médico por parte del personal de salud”*, y en este orden, bien podían los demandantes reclamar la indemnización a que consideran tener derecho.

4.1 La Responsabilidad civil derivada de la actividad médica

Tratándose de reclamar la indemnización de perjuicios derivados de la responsabilidad médica, corresponde al accionante demostrar la mala práctica médica, esto es, que el resultado adverso fue producto de la impericia, negligencia o indolencia con que actuó el profesional de la medicina encargado de atender el caso, al no prever y/o anticipar una situación que según la *lex artis* era anticipable, representable y objetivamente previsible. Lo anterior, teniendo en cuenta, que la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada⁴², y es necesario establecer que ésta fue determinante del daño causado.

También la responsabilidad médica ha sido catalogada como una obligación de medio y no de resultado, salvo que se esté en presencia de una cirugía estética, no siendo éste el caso que nos ocupa. Así, la Honorable Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, en proveído del 24 de mayo de 2017, refirió: *“...tratándose*

⁴² CSJ SC7110-2017, 24 may. 2017 y CSJ SC12947, 15 sep. 2016, entre otras. También la Corte Constitucional en la sentencia T-158 de 2018, expresó: *“En conclusión, es claro que de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y la interpretación que de esa norma ha hecho la Corte Constitucional: (i) no se pueden imponer reglas sacramentales para la valoración de la prueba cuando se trata de responsabilidad médica; (ii) el juez debe evaluar las reglas de la sana crítica y la experiencia y con fundamento en ello determinar el sentido del fallo según lo demostrado en cada proceso determinado; (iii) la responsabilidad médica se configura a partir de la culpa probada del profesional y (iv) la carga probatoria está en quien alega el daño”*.

de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume....para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica, no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil)⁴³.

Ahora, con el propósito de establecer si la demandada es responsable de los perjuicios que le endilgan los demandantes, se procederá al análisis de la historia clínica, que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, “es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”. En este orden, se hará alusión a los apartes relevantes y que guardan relación con el recurso interpuesto, teniendo en cuenta que la negligencia imputable a la entidad accionada radica en la prestación de los servicios durante el día 22 de mayo de 20218, así:

Del examen de la historia clínica de la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, en la IPS CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., se evidencia, que el **21 de mayo de 2018 a las 10:46:44**, ingresó la paciente por el servicio de urgencias, refiriendo como motivo de consulta “**dolores de parto**”, se describe un “**cuadro clínico de: 2 días de evolución** consistente en: **dolor pélvico tipo contracción** 1 cada 10 minutos, embarazada de 38 ss, sin salida de líquido por la vagina, con sangrado vaginal leve, movimientos fetales positivos, fcf: 159 x mint niega otra sintomatología”⁴⁴, siendo clasificada Triage III.

En evolución realizada por el doctor DIEGO FELIPE CASTRO JORDAN a las **12:12:49** del mismo día, la paciente “**refiere cuadro de 2 días con dolor hipogástrico tipo contracción. hace 5 horas aproximadamente inicia salida de tapón mucoso sanguinolento. percibe movimientos fetales. niega premonitorios**”, al examen físico se observa “**sistema nervioso central: alerta, sin déficits, reflejos normales. abdomen: au: 34 cm, feto cefálico dorso derecho. fcf: 142. se palpa útero reactivo irregular. genitourinario: cérvix posterior largo, permeable 1 dedo. blando. no sangrado ni amniorrea...ANALISIS: G3P2V1. embarazo de 38,1 semanas. PREPARTO. Gestante tardía. Esta normotensa. sin franco trabajo de parto. sin salida de líquido. sin signos de alarma** se indica **toma de monitoria fetal para definir conducta. PLAN Y MANEJO: ss Monitoria fetal de ambulación. Revaloración**

⁴³ CSJ SC, 24 may. 2017, Rad. No.2006-00234-01. **Criterio reiterado** en la sentencia SC4786-2020, 7 dic. 2020, Rad. No. 20001-31-03-003-2001-00942-01, al expresar: “Corresponderá al perjudicado demostrar el actuar imprudente, imperito o negligente del accionado, último sobre quien pesa la demostración del factor de exculpación,...”.

⁴⁴ Folio 75 de la historia clínica, visible en el documento 004 del expediente

en 2 horas”⁴⁵. Realizada la monitoria fetal a las 12:30:00 del 21 de mayo, reporta una “FCF 135”⁴⁶, y en evolución de las 16:12 el doctor JUAN SEBASTIAN SANDOVAL ESTRADA – Especialista en Ginecología y Obstetricia, indica en el ANÁLISIS: “monitoria fetal reactiva (13+46) FCF basal 145/M, variabilidad tipo dos, hay aceleraciones, no desaceleraciones, no registra dinámica uterina durante el trazado. Tacto vaginal del ingreso sin cambios cervicales, no tiene dinámica uterina, no tiene respuesta inflamatoria sistémica, **parece tratarse de origen ligamentario**. La paciente manifiesta que si sigue así "mejor que le hagan cesárea", se le explica que la cesárea no esta indicada para manejar el dolor y que de hecho tiene mayor riesgo de dolor postquirúrgico”, se ordena manejo “analgésico con Dipirona”, y revaloración en dos horas. Como diagnóstico se señala “Z359 supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especifica tipo principal⁴⁷” y “dolor pélvico y perineal”⁴⁸. En evolución realizada por el Ginecólogo Obstetra JAVIER EDUARDO PEREZ PUERTA, del 21 de mayo de 2018 siendo las 21:26:46, se indica en la EVOLUCION MEDICA: “Reporte de TNS reactiva. Sin contracciones de trabajo de parto. Sin amniorrea. FCF=145 IPM. TV=cérvix largo, OCE dehiscente, sin sangrado ni amniorrea. PLAN = de alta, sin criterios para hospitalizar, bienestar fetal adecuado. Recomendaciones...”⁴⁹.

Nuevamente, siendo las 07:47:16 del 22 de mayo de 2018, la paciente reconsulta por el servicio de urgencias de CLINICA LA ESTANCIA S.A., indicando como motivo de consulta: “**Tengo un dolor fuerte en la parte de arriba**”, con “cuadro clínico de: 2 horas de evolución consistente en: Abdominal localizado en epigastrio e hipogastrio embarazada de 38.2 ss, niega salida de líquido por la vagina, niega sangrado, niega contracción, movimientos fetales positivos, FCF: 158 x mint niega otra sintomatología”, es ingresada para manejo médico, con Triage II⁵⁰.

Siendo las 7:58:03, el Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA – Especialista en Ginecología, reporta: “Motivo de consulta: no contesta al llamado”; siendo las 08:10:19, es valorada la paciente por el mencionado galeno, indicando como “motivo de consulta: **Dolor abdominal**. ENFERMEDAD ACTUAL: G3 P2 FUM 25/08/17 FPP 02/06/18 38.5 sem acorde con ecografías - CPN 9 B RH POS exámenes normales - percibe movimientos fetales - **contracciones hace dos horas** - no perdidas

⁴⁵ Folio 77, documento 004

⁴⁶ Folio 78 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁴⁷ Conforme la remisión de medicina general a Ginecología del 17 de noviembre de 2017, es paciente de alto riesgo, por: 1. Edad materna. 2. Antecedente de Preclamsia. 3. Antecedente de malformaciones fetales mayores en 1 gestación. 4. Quiste complejo de ovario [folio 43, documento 004]

⁴⁸ Folio 79 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁴⁹ Folio 81 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁵⁰ Folio 82 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

vaginales”, al EXAMEN FÍSICO: “cabeza y oral: la paciente no se deja examinar - útero grávido reactivo AU 33 cmts - feto vivo cefálico FCF 142XMIN - TV cuello largo D 1 B 40 %. genitourinario: útero grávido reactivo AU 32 CMTS - feto vivo cefálico FCF 140XMIN TV D”. ANÁLISIS: “embarazo de termino - **monitoria fetal** - hemograma VIH serología”. DIAGNÓSTICO: “Z348 supervisión de otros embarazos normales”⁵¹. **Reporte de monitoria fetal realizada a las 08:49:57 del 22 de mayo de 2018, que refleja una “FCF 138”**, y a las 11:56:23 del mismo día el doctor GARRIDO MEJIA evoluciona a la paciente, así⁵²:

EVOLUCIÓN MÉDICO

REPORTE DE EXAMENES

MONITORIA CATEGORIA I

HEMOGRAMA NORMAL VIH NEG SEROLOGIA NEG

REFIERE QUE NO PUEDE RESPIRAR SE AUSCULTAN PULMONES NORMALES

REFIERE QUE DESEA LE HAGAN CESAREA PERO NO HAY INDICACION

SE OBSERVARA

Evolución realizada por: GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA-Fecha: 22/05/18 11:56:34

La señora MARTHA MERCEDES es valorada nuevamente por el doctor GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA, siendo las 14:40:20 del día 22 de mayo, quien indica: **“Refiere incremento en la intensidad y duración de las contracciones** - examen físico FCF 140 X MIN - TV no hay cambios respecto al examen anterior - la paciente insiste en cesárea y no hay indicación - se revalorara en seis horas”⁵³. Siendo las 15:29:03, la paciente refiere “dolor asociado a la inspiración en región retroesternal irradiado a la espalda, con sensación de disnea - EF: afebril hidratada buena coloración. ACP bien ventiladas ruidos cardiacos rítmicos regulares. - **a la palpación de reja costal dolor en unión de costillas con esternón bajas más acentuado en lado izquierdo** que inicio a las 6 am. ABD útero no reactivo con feto único vivo longitudinal cefálico FCF 140 TV se omite. ... **dolor torácico (Osteocondritis, descartar TEP)**”. Se define PLAN: **“Troponina** [examen realizado a las 16:41], **EKG, valoración por medicina interna**”, según evolución realizada por el Dr. JAIME PAZ MERA – Especialista en Ginecología y Obstetricia. Se realiza a las 17:38:19 interconsulta con medicina interna - Dr. RICHARD FERNANDO IMBACHI IMBACHI, se ordena la realización de laboratorios y RX de tórax, reportando la EVOLUCION MEDICA⁵⁴:

⁵¹ Folio 84 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁵² Folio 86 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁵³ Folio 88 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente. En nota de enfermería de las 14:52:29 se indica que no hay cambios cervicales

⁵⁴ Folio 95 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, SIN DEFICIT MOTRO NI SENSITIVO. NORMCOEFALO,ESCLERAS ANICTERICIASD,CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOASAS HUEMDAS, CUELOO MOVIL, NO SIOPLS, NO INGURGITAICON YUGULAR, TORAX POLIPNEICO,. PULMONES NORMOVENTILAODS, NOC REPITOS, HAY DOLRO A LA PALAPCIOND E 8 Y 9 COSTILLA DERECHAS CON FRANCO PUNTO GATILO. CORAOZN TAQUICARDIOC, NO SOPLOS, NO REFORZAMIENTOS. ABDOMEN BLANDO, COPN UTERO GRAVIDO. NO ME ES POSIBLE EVALUAR VIABILIDAD FETAL. NO HAGO EXAMEN GINECOLOGICO (NO CORRESPONDE); EXTREMDIADES MOVILES, NO EDEMAS, HOMASN NEGATIVO, SIN DOLOR A LA PALPACIOND E ABDUPTIRES.
PARACLINCIOS : 22/05/2018: LEUCOS 10290 - NEUTROS 9070-LINFIOS 820 - HB 15.7 - HCT 45% -PLT 234.000 - HIV NEGATIVO - SEROLGOIA NOR ERACTIVO - TROPONINA MENOR DE 40 --

SE TOMA RX DE TORAX QUE MUESTRA SILEUTA CARDIACA DE TAMAÑO NORMAL,. PULMONES BIEN AIREADOS, ARTERIA LOBAR DE ADECUADO TAMAÑO. NO AREAS DE OLIGOEMIA U OTROS HALALZGOS QUE SUGIERAN TEP

EKG EN TAQUICARDIA SINUSAL. FC 110 XXMIN . EJE HACIA LO 60 GRADO, NO S1 , Q3 , T34, NO OTROS HALALZGOS DE ISQUEMIA O SOBRECARGA VENTRICUALR.
SE REALIZA ECO TT: ONCLUSIÓN:

GASES ARTERIALES: PH 7.417 - PCO2 21.5 - PO2 90 - HCO3 17.9 - BE -10.7 - SATO2 97% - PAFI 420 - DELTA AaO2 5.8

1- Diametros cavitarios conservados y funcion sistolica conservada. Mapse lateral de 16 mm y una fraccion de

ANALISIS Y PLAMN:PACIENTE EN ESTADO DE GRAVIDEZ A TERMINO QUIEN TRAEN A URGENCIAS POR DOLOR EN HEMITORAX DERECHIO QUE INICO HOY. SE N ENCUENTRA PACIENTE ALGICA,A ANSIOSA, PERO ESTA MACROHEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN HIPOXEMIA, SIN SIGNOS CLINICOS DE TEOP EVIDENTES Y MUCHO MENOS DE EVENTO CORONARIO DADO SU EDAD. TIENE TROPONINA NEGATIVA Y NO ES PERTINETE HACER DIMERO D POR SU ESTADO DE EMBARAZO DONDE PUEDE ARROJAR FALSO POSITIVO Y CAUSAR CONFUSIONES. SE HA ORDENAD, DADO EL CONTEXTO DE EMBARZO Y QUE ESTA EN TRABAJO DE PARTO TOMAR RX DE TORAX EN BUSCA DE HALALZGOS OMINOSIS SIN ENCONTRAR EVENTOS. SE HA ORDENA ADEMAS ECOCARDIOGRAMA TT QUE REPROTA ADECUADA FUNCION VENTRICUALR IZQUIERDA Y CON ADECUADA ESTERUCTURA Y FUNCIONALIDAD DERECHA LO CUAL NOE S COMPATIBLE CON PROCEO EMBOLICO. ADEMAS GASES ARTERIALES NO MUESTRAN HIPOXEMIA. CONSIDERAMOS QUE NO ES PERTINETE REALIZAR ANGIOTAC POR LAS ALTAS DOSIS DE RADIACION EN UNA PACIENTE EMBARAZADA Y EN QUIEN SU PROBABILIDAD PRETEST ES BAJA. EN ESTE SENTIDO CONSIDERAMOS QUE EL DOLOR ES MAS PROBABLEMENTE ASOCIADO A UN CUADRO ONSTEOMUSCULAR. SE ORDENA ENTONCES TRASLADO A GINECOLOGIA PARA CONTINUAUR MANEJO A CARGO DE SU ESPECIALIDAD. SE RECOMIENDA INCIAR ANALGESIA SEGUN SUS INDICAICONES Y SI ES NECESARIO INTERCONSULTAR A MEDICINA DEL DOLOR. ADREMAS SE RECOMIENDA AUMENTAR APORTE HIDRICO PARA EVITAR MAYOR ACIDOSI METABOLICA. DE MOMENTO NO TENEMOS OTRAS INDICACIONES QUE OFRECER. SE CIERRA INTERCONSULTA. ESTAREMSO ATENTOS A NUEVOS EVENTOS.

Evolución realizada por: RICHARD FERNANDO IMBACHI IMBACHI-Fecha: 22/05/18 17:46:34

Siendo las **19:25:17** del día 22 de mayo de 2018, en evolución realizada por el Dr. JAIME PAZ MERA – Especialista en Ginecología y Obstetricia, reporta: “TV la paciente no permite. Paciente con dolor torácico por probable origen osteomuscular en parto, bienestar fetal. Se decide dejar en observación. Analgesia. Dependiendo de la evolución se solicita valoración por Algesiología”, y describe como **RECOMENDACIONES:** **“1. Observación. 2. Reposo relativo. 3. Vigilancia obstétrica. 4. Informar cambios”**⁵⁵, y según notas de enfermería “pasar a sala de observación, y tomar electrolitos según orden del internista” (nota de JENNIFER SOFIA TROYANO AGREDO Fecha: 22/05/18 19:59:50)⁵⁶, siendo las **20:06:17** según notas de enfermería, la paciente fue canalizada, se le pasó la solución de cloruro de sodio intravenoso, Dipirona, Hidrocortizona y se tomaron laboratorios de electrolitos, quedando en sala de urgencias ginecológicas, anotándose además que “la paciente manifiesta que no quiere acostarse”⁵⁷. Siendo las **20:53:39**, enfermería deja la siguiente anotación: “...Paciente poco colaboradora, que no se deja acostar en camilla, no deja tomar signos vitales, se evidencia bastante ansiosa. Continúa atención. Pendiente traslado a observación según cooperación de la paciente”⁵⁸, y a las **22:02:41** la nota de enfermería, indica: “se traslada en camilla, se le explica a la paciente que debe permanecer en observación para poderla monitorizar aunque la paciente no quiere, es la única opción para poderla tener en vigilancia obstétrica y en

⁵⁵ Folio 96 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁵⁶ Folio 96 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁵⁷ Folio 97 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁵⁸ Folio 98 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

especial de SV,... orientada en las tres esferas... refiere dificultad para respirar y dolor en el pecho saturando 96%, en el momento **refiere movimientos fetales presentes**, manifiesta dolor pélvico leve, sin pérdidas vaginales, se ausculta 138 LPM, se deja monitorizada una TA de 90/60, taquicardica 122 LPM, ***paciente muy ansiosa, poco colaboradora, difícil de tratar***, en múltiples ocasiones dice que quiere cesárea, pendiente continua vigilancia obstétrica...⁵⁹; a las **22:17:01**, según nota de la auxiliar de enfermería BEATRIZ ANGELICA ARTEAGA CASTILLO, la paciente **“refiere que no percibe movimientos fetales se intenta auscultar FCF pero la paciente es poco colaboradora no permite acomodarla en buena posición.** Se informa a ginecólogo de turno quien intenta realizar tacto vaginal y auscultar FCF pero aun así la paciente no colabora, ordena colocar cánula nasal y trasladarla de manera inmediata a toma de ecografía”, aclara, que **“la paciente y el familiar refieren que antes de ingresarla a la unidad la compañera ANDREA si le auscultó FCF”**⁶⁰, y siendo las **22:50:51** se reporta nuevamente paciente **“poco colaboradora”** que **“no se deja realizar ningún procedimiento ni valoración”**, refiere el auxiliar de enfermería MICHAEL ANDRES CERÓN GÓMEZ, que **“se pasó a observación para monitorizar pero la paciente insiste en que no se quiere dejar realizar nada. Paciente de difícil auscultación de fetocardia. Sigue sin colaborar. Dr. PEREZ ordena bajar a ecografía para corroborar bienestar fetal...”**⁶¹

En la siguiente evolución médica de las **22:56:54**, el Dr. JAVIER EDUARDO PÉREZ PUERTA – Especialista en Ginecología y Obstetricia, señala ***“acudo con el monitor fetal y no se ausculta fetocardia. El útero esta hipertónico y pese a la emergencia, la paciente se resiste a ser examinada, se hace tacto vaginal para realizar amniotomía, pero la paciente no permite y el cérvix esta solo permeable el pulpejo. La traigo de inmediato a imágenes para barrido ecográfico (PBF) y no tiene latido cardiaco, fetocardia negativa con doppler pulsado y doppler color. Placenta normal. Liquido amniótico normal. Dx=óbito fetal. Plan=se decide cesárea a pesar de lo conveniente que resulta el parto en este caso, pero la paciente no colabora y ahora peor, con el estado emocional alterado, por la pérdida del bebe”***, siendo la causa probable de la muerte fetal ***“un desprendimiento central de la placenta”***⁶².

A las **23:38:57** se observa nota de enfermería según la cual la paciente se encuentra ***“emocionalmente descompensada al igual que su familiar quienes lanzan acusaciones de culpabilidad se tranquiliza paciente se monitoriza***

⁵⁹ Folio 99 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁶⁰ Folio 99 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁶¹ Folio 100 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁶² Folio 100 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

ginecólogo de turno ordena pasar turno a CX para cesárea...⁶³. En evolución médica del 23 de mayo de 2018 a las **2:53:32**, el Dr. JAVIER EDUARDO PEREZ PUERTA, reporta⁶⁴:

EVOLUCIÓN MÉDICO

NOTA POST QCA

SE REALIZO CESAREA POR OBITO FETAL, PROBABLE ABRUPTIO DE PLACENTA.

PERO SE ENCONTRO ABUNDANTE PUS EN CAVIDAD PERITONEAL POR APENCICITIS PERFORADA.

EL FETO NO PRESENTA MALFORMACIONES EXTERNAS Y TENIA DOBLE CIRCULAR DE CORDON AL CUELLO.

CONTINUA LA CIRUGIA EL CIRUJANO DE TURNO.

RECIBIÓ ANTIBIÓTICO PROFILACTICO PRE QCO .

NO HAY DUDA QUE AL FETO LO MATO LA SEPSIS MATERNA.

EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS Y PERITONITIS MANIFESTADO CON EL DOLOR LA PACIENTE SE ENMASCARO CON EL EMBARAZO Y LO QUE

REFERIA LA PACIENTE ERAN CONTRACCIONES, EN UNA MUJER CON DOS PARTOS PREVIOS, SUMADO A LAS MANIFESTACIONES CLINICAS

BIZARRAS, SIN FIEBRE, SIN VOMITO Y CON UN HEMOGRAMA CON LEUCOCITOS NORMALES Y SOLO NEUTROFILIA RELATIVA Y PCR ELEVADA.

TODO MUY DIFICIL ENCUADRARLO HACIA EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS Y PERITONITIS CON EL UTERO GRAVIDO POR DELANTE DEL

APENDICE INFLAMADO, ASI RETROSPECTIVAMENTE PAREZCAN ALGUNAS COSAS OBIAS . QUE ANTES ERAN INEXPLICABLES.

SE INFORMA AL ESPOSO DE LA PACIENTE TODO SOBRE LA SITUACION ACTUAL Y LA CONDICION GRAVE DE SALUD QUE PADECE LA SEÑORA

MARTHA.

SE DEBE ENVIAR FETO Y PLACENTA A ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO.

SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCION.

SE DILIGENCIA FICHA DE MME.

SE DEJA REGISTRO FOTOGRAFICO DE LOS HALLAZGOS CUIDANDO LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA USUARIA.

Evolución realizada por: JAVIER EDUARDO PEREZ PUERTA-Fecha: 23/05/18 03:17:39

DIAGNÓSTICO	O364	ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	K37X	APENDICITIS NO ESPECIFICADA	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	K650	PERITONITIS AGUDA	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	O989	ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA MATERNA NO ESPECIFICADA	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	R074	DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	O459	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA SIN OTRA ESPEC	Tipo DESCARTADO

Conforme la descripción quirúrgica del Dr. ROGER ORLANDO BONILLA ROSAS – Cirugía General⁶⁵, del 23 de mayo de 2018 a las **3:41:59**⁶⁶, se observa:

Descripción Quirúrgica:

AMPLIACION DE CAMPO OPERATORIO REALIZANDO INSICION MEDIANA INFRAUMBILICAL. DRENAJE DE PERITONITIS. DISECCION LABORIOSA Y DISPENDIOSA DE PLASTRON HASTA INDIVIDUALIZAR ESTRUCTURAS. EXTRACCION DE FECALITOS. LIBERACION DE ADHERENCIAS DE COLON ASCEDENTE A HIGADO. LIGADURA DISPEDIOSA DE MESOAPENDICE CONTROLANDO SANGRADO. ENTRE RECTAS APENDICECTOMIA EN LA BASE CIERRE DE MUÑON EN DOS PLANOS INVAGINANTE MUY DISPENDIOSA CON VICRIL 3/0. RETIRO DE MEMBRANAS PURULENTAS DE ASAS. LAVADO CON 5000CC DE SSN. VERIFICACION DE HEMOSTASIA. NO FUGAS INTESTINALES. CONTEO COMPLETO DE COMPRESAS INFORMA INSTRUMENTADORA. VIAFLEX LIBRE EN CAVIDAD. CIERRE DE PIEL CON PROLENE 1/0.

Hallazgos :

PACIENTE CON INSICION FANESTIEL EN POSOPERATORIO DE CESAREA.

SE ENCUENTRA PERITONITIS GENERALIZADA PURULENTA. MEMBRANAS FIBRINOPURULENTAS CUBRIENDO ASAS INTESTINALES.

APENDICE RETROCECAL NECROTICA PERFORADA RODEADA POR PROCESO INFLAMATORIO CON PLASTRON QUE INVOLUCRA ILEON

DISTAL, OMENTO, CIEGO, PERITONEO QUE RECUBRE LA FASCIA DE TOLD, CON EXPULSION DE FECALITOS. MESOAPENDICE

EDEMATIZADO SANGRA CON FACILIDAD. CIEGO MUY PAREDES EDEMATIZADAS FIRMEMENTE ADHERIDO AL PERITONEO DE LA

FASCIA DE TOLD. ADHERENCIAS DE COLON ASCENDETE A HIGADO Y FASCIA DE TOLD. LA BASE DE IMPLANTACION DE

APENDICE EN CIEGO ESTA EDEMATIZADA Y FRIABLE.

POR PERITONITIS GENERALIZADA PURULENTA, ASPECTO DE CIEGO Y DE CARACTERISTICAS DE BASE DE IMPLANTACION DE

APENDICULAR RIESGO DE FUGA POR LO CUAL REQUIERE DE ABDOMEN ABIERTO Y POSTERIOR REVISION.

PLAN: MANEJO EN UCI, PIPERACILINA TAZOBACTAM, REVISION DE CAVIDAD EN 48 HORAS.

Seguidamente, la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, bajo el diagnóstico “*choque séptico de origen abdominal*”⁶⁷, se aplican medicamentos tales

⁶³ Folio 103 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁶⁴ Folio 114 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁶⁵ Folio 125, se evidencia que continúa cirugía por cirugía general, como pasa a verse:

CONTINUA CIRUGIA POR CIRUGIA GRAL.

DR PEREZ GINECOLOGO.

⁶⁶ Folio 118 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

como antibióticos de amplio espectro, siendo paciente crítica con pronóstico incierto, y se realizan los trámites pertinentes para remitir el feto a patología⁶⁸, aunque conforme nota de enfermería del 23 de mayo de 2018 a las 15:29:18, el señor OSCAR EDUARDO LOPEZ “*desiste de la patología*”⁶⁹. Continúa la atención de la paciente, conforme lo indicado en la historia clínica, hasta el día 15 de junio de 2018 cuando se ordena “*cuidado en casa*”, y se le da egreso a las 19:46:02⁷⁰.

Descendiendo al análisis de los medios suasorios, obran los interrogatorios de parte absueltos por MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, OSCAR EDUARDO LÓPEZ, FRANCISCO EDUARDO MENESES, LAURA MENESES MOLANO, JUAN PABLO LOPEZ, RAQUEL SOFIA MENESES MOLANO, y MARIA TERESA MOLANO; quienes coinciden en reprochar la atención prestada en CLINICA LA ESTANCIA. En este orden, MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, informó que el 21 de mayo de 2018 ingresó a la CLINICA LA ESTANCIA con “*un dolor abdominal fuerte*”, y aunque le dijeron que eran contracciones de parto, el ginecólogo dijo que no había empezado a dilatar, pero el dolor era a un lado del abdomen y sabe que así no son las contracciones pues ya ha tenido dos hijos, y luego de que el dolor le había pasado, le dieron de alta; pero habiendo tenido una mala noche, el 22 de mayo de 2018 regresó a la CLINICA, con un dolor intenso, “*sentía que me iba a morir porque ya no podía respirar*”, por lo que “*no consentía ni que me tocaran*”, pero en todo caso, el doctor la revisó y le dijo que no había dilatado, por lo que debía esperar y tranquilizarse, y aunque tenía “*un dolor insoportable*” colaboró en todo, y pidiendo que le hicieran una cesárea, el médico le respondió que no se podía “*porque no tenía el término y corría riesgos*”, y al final de la tarde, cuando ya no sentía al bebé y le dijeron que estaba muerto “*yo me descontrolé porque es segundo evento...me sentí culpable...por no haberle colaborado*”, siendo llevada a cirugía para cesárea, habiendo despertado 3 días después en UCI, sintiéndose mal, porque no pudo despedir a su hijo, ya lo habían enterrado, motivo por el que siente “*ansiedad*” y “*depresión*”, porque su bebé venía bien. Agrega, que antes de ingresar a urgencias llevaba dos días con dolor, y cuando le hicieron las ecografías le decían que tenía que estar quieta pero no podía por el dolor, que no la dejaba respirar.

OSCAR EDUARDO LÓPEZ [compañero permanente de MARTHA MERCEDES], refirió, que la atención fue “*pésima*”, porque estuvo todo el día 22 de mayo con su esposa, y cuando la revisó el médico le dijo que “*ella no estaba dilatando*”, quedando con las

⁶⁷ Folio 126 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁶⁸ Folio 126 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁶⁹ Folio 140 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

⁷⁰ Folio 472 de la historia clínica visible en el documento 004 del expediente

auxiliares de enfermería, perdiendo finalmente a su hijo a causa “*una apendicitis*” que afectó a su esposa. FRANCISCO EDUARDO MENESES [hermano de MARTHA MERCEDES], dice que no estuvo presente durante la atención, y “*nunca*” se acercó al hospital, pero sabe que toda la familia estaba pendiente del nacimiento del nuevo integrante. LAURA MENESES MOLANO [hermana de MARTHA MERCEDES], indica que “*fue muy mala la atención...casi no hubo personal médico ni ginecólogo*”, y su hermana manifestaba tener un dolor fuerte, no siendo éstos dolores de parto, finalmente el bebé falleció, lo que afectó a toda la familia. JUAN PABLO LOPEZ [hermano de OSCAR EDUARDO LOPEZ], dice haberse enterado por su hermano, que la esposa tuvo un problema del apéndice y eso le causó la muerte al niño, por lo que cree que CLINICA LA ESTANCIA no actuó correctamente. SOFIA MENESES MOLANO [hermana de MARTHA MERCEDES], señala que acompañó a su hermana el 21 de mayo en la noche, percatándose que “*la atención era muy mala*”, pues luego de que le aplicaron un medicamento para el dolor, le dieron salida a MARTHA MERCEDES, debiendo regresar al día siguiente a la CLINICA porque el dolor persistía, y aunque siempre se pensó que eran dolores normales del embarazo, lo cierto, es que el bebé falleció porque su hermana había “*presentado una apendicitis que se le reventó y se le volvió una peritonitis*”. Finalmente, la señora MARIA TERESA MOLANO [madre de MARTHA MERCEDES], refiere, que acompañó a su hija el 22 de mayo de 2018, advirtiendo, que no la atendieron “*como se debe*”, y en la CLINICA LA ESTANCIA “*dejaron morir el bebé*”, aun cuando su hija había pedido que le hicieran una cesárea, y finalmente, le dijeron que a su hija le había dado peritonitis.

De otro lado, respecto de los interrogatorios rendidos por la parte demandada, conviene resaltar, que el representante legal de CHUBB COLOMBIA SEGUROS, se refiere básicamente a las pólizas, reiterando, que la reclamación se elevó por fuera de la vigencia de la póliza No. 40853, siendo la póliza vigente al momento de los hechos la póliza No. 46339; mientras CLINICA LA ESTANCIA, a través de su representante legal - ADRIANA DEL SOCORRO MUÑOZ BRAVO, manifiesta que la paciente ingresó con dolor, según refiere, “*como si tuviera contracciones*”, por lo que se pensó que estaba relacionado con el embarazo debido a que tenía 38 semanas de gestación, quedando en observación, porque “*no tiene mayor grado de sospecha*”, y aunque se da de alta con recomendaciones, nuevamente regresa con “*un dolor muchísimo más agudo*”, es valorada por ginecólogos durante toda su estancia, y por el internista, pero “*el dolor que ella refiere no es muy claro para los ginecólogos, le hacen monitoreo fetal... le ordena una ecografía pero... el cuadro que ella presenta es bastante bizarro, ellos... creen que ella podría tener algunas*

molestias por el embarazo, sin embargo ella no está sangrando, está en monitoreo fetal... la invitan a que pase a observación, es una paciente que se pone álgida, no quiere que la monitoreen... los ginecólogos todo el tiempo la están vigilando, la están observando,... el feto aparece que ha estado siempre normal, es una paciente que en paraclínicos no aparece con infección, hasta que en el monitoreo, la ecografía que le hacen ya el feto no tiene movimiento, el médico inmediatamente reacciona.. la llevan a sala de cirugía, la paciente tiene un óbito fetal, el médico se da cuenta de que ella tenía una peritonitis... inmediatamente llama a cirujano, el cirujano la interviene, realizan el recibimiento del óbito fetal, a la paciente la limpian, la llevan a UCI, es una paciente que tiene una peritonitis pero... es retrocecal, quiere decir que es... de dificultoso diagnóstico y mucho más ella que estaba en embarazo...”, reiterando, que se estaba en presencia de “un cuadro bastante bizarro, que hace que los ginecólogos no tengan una seguridad, una claridad, además porque los dolores donde ella expresa no concuerdan con lo que ellos están buscando... ellos no escatimaron en ningún recurso, ni paraclínico, ni ayudas diagnósticos, para saber qué le podía estar ocurriendo... yo considero que ellos obraron de acuerdo a la lex artis”, cumpliéndose con los protocolos y guías de atención.

EPS SANITAS, por conducto de su representante legal - GABRIEL ANDRES JIMENEZ SOTO, manifiesta, que durante la atención de urgencias a la paciente no se le negó ningún servicio, y tampoco existe queja alguna en tal sentido, y la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., a través de su representante legal - FELIPE PUERTA GARCÍA, señala, que los hechos ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado, por lo que ante una eventual condena el certificado a afectar sería el AA879171.

Como prueba testimonial, a instancia de la parte demandante, rindió declaración la señora ELIANA ORDOÑEZ, quien afirma que conoció a MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO el día 21 de mayo de 2018, en CLÍNICA LA ESTANCIA, pues se encontraba acompañando a su hija que estaba en trabajo de parto, entablado conversación con MARTHA MERCEDES al verla “*muy fatigada... porque decía que tenía mucho dolor*”, y de quien aduce, estuvo presta a la práctica de la monitoria.

En este orden, acreditado el hecho y el daño, será preciso examinar la relación de conexidad entre la conducta que se atribuye a la parte demandada y el daño, que se concretó, en la muerte del hijo de MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, debiéndose establecer si el daño es consecuencia de “*la falla en la prestación del*

servicio médico por parte del personal de salud”, frente a la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, y su hijo por nacer.

En este preciso punto, concluyó la señora juez a-quo, *“se halla demostrado que el día 22 de mayo de 2018, la señora MARTHA MERCEDES ingresó al servicio de urgencias indicando dolor en epigastrio e hipogastrio que no correspondían a contracciones, que se asumió la conducta de tomarle una monitoria fetal que a pesar de mostrar un resultado riesgoso, se clasificó como grado uno y a partir de allí, se privó al feto, como paciente independiente de su madre, de la intervención de un médico con mayor conocimiento y experticia, que hubiera permitido, o por lo menos dado un chance u oportunidad, de un desarrollo diferente al de los hechos que finalmente resultaron...Además de que no se practicaron ayudas diagnosticas tendientes a establecer cuál era la dolencia de la paciente, que eventualmente, permitiera salvar la vida del bebé”,* reprochando así la funcionaria, el abandono de la madre y su hijo por nacer, al punto, que se verificó el óbito fetal.

Examinadas las probanzas y teniendo en cuenta que al tenor del artículo 167 del C. G. del Proceso, corresponde a las partes acreditar los supuestos de hecho de las normas que consagran los efectos jurídicos que ellas persiguen, y que las decisiones judiciales se deben apoyar en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso⁷¹, estima la Sala, que de los medios probatorios arrimados al proceso, se infiere, que los servicios médicos prestados a la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, se ajustan a la *lex artis*, pues así se colige de los medios suasorios allegados al expediente, que analizados en conjunto y de acuerdo a las reglas de la sana crítica, ponen en evidencia, que la paciente no presentó los signos y síntomas clásicos de una apendicitis, como ampliamente lo indican los peritos [incluido el Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ, perito de la parte demandante] y la deponente LISBETH ALEXANDRA UREÑA, no sólo por tratarse de una paciente embarazada en el tercer trimestre, pues a medida que avanza la edad gestacional, se verifica un cambio en la localización anatómica funcional de la apéndice, desplazándose hacia la parte superior derecha, sino además, porque se estaba en presencia de una apéndice retrocecal [ubicada por detrás del intestino grueso y alejada de la pared del abdomen], siendo éstas situaciones las que llevaron a la paciente a cursar un cuadro clínico bizarro, y por lo tanto, al diagnóstico tardío de la patología que venía aquejando a la paciente, con una evolución de varios días, pues recuérdese que al momento de su primer ingreso a CLINICA LA ESTANCIA [el 21 de mayo de 2018], la paciente refirió al momento del Triage *“un cuadro clínico de 2 días de evolución, consistente en dolor*

⁷¹ Artículos 164 del C.G.P.

pélvico tipo contracción 1 cada 10 minutos⁷², que reiteró en la valoración de las 12:12:49 “dolor hipogastrio tipo contracción. Hace 5 horas aproximadamente inicia salida de tapón mucoso sanguinolento”; anamnesis que reitera en la atención del 22 de mayo de 2018, a las 08:10:19, “contracciones hace dos horas” y en la evolución de las 14:40:20, “refiere incremento en la intensidad y duración de las contracciones”, manifestaciones que finalmente orientaron el diagnóstico como “supervisión de embarazo”, en etapa de parto [sin dilatación, ni borramiento], conforme lo indicado por los galenos, y es que en principio, no otra cosa podría pensarse, ante una paciente con dos partos anteriores, capaz de distinguir las contracciones irregulares de la etapa parto.

En este preciso punto, y con el propósito de verificar la atención prestada a la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, resulta preciso traer a colación el interrogatorio absuelto por el Dr. GUILLERMO GARRIDO MEJIA [Médico y Cirujano de la Universidad del Cauca desde 1979, Especialista en Ginecología desde 1990, docente de la Universidad del Cauca, trabajó en el Seguro Social, y en CLÍNICA LA ESTANCIA], llamado en garantía por CLÍNICA LA ESTANCIA, habiendo valorado, evolucionado, y ordenado la monitoria fetal del día 22 de mayo de 2018, a la señora MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, al preguntársele por qué en los paraclínicos no se evidenció lo que se encontró con la cesárea, indica, que “*el diagnóstico de apendicitis en cualquier paciente no es fácil, es un diagnóstico clínico, cuando se presenta el dolor en la fosa iliaca derecha... hay un signo de rebote que uno hunde el abdomen, suelta y presenta más dolor, y además en el examen de sangre aparece una leucocitosis, o sea que los leucocitos están por encima de 12.000, 13.000, eso hace pensar que la paciente tenga una apendicitis, **en la paciente embarazada, es más difícil porque los órganos cambian de posición y no es la misma sintomatología, y más cuando la apéndice es retrocecal**, o sea que está por detrás del peritoneo... incluso no en una paciente embarazada, en un paciente común y corriente es difícil hacer el diagnóstico de una apéndice retrocecal*”, y en la paciente no se presentaron signos de alarma que hicieran pensar en otra patología, como “fiebre” o “leucocitosis marcada”, y es que “**el dolor... era cambiante, el dolor primero estuvo en pélvico el día anterior... luego estuvo en epigástrico, o sea en la boca del estómago, después fue un dolor torácico, era muy difícil saber qué era lo que estaba produciendo el dolor**”,

⁷² Documento 004,

OBSERVACIONES
MOTIVO DE CONSULTA: " DOLOR DE PARTO "

INGRESA PACIENTE DE: 38 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS SALA TRIAGE CONCIENTE Y ORIENTADA EN TLP EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR, CON CUADRO CLINICO DE: 2 DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN: DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION 1 CADA 10 MINUTOS, EMBARAZADA DE 38 SS, SIN SALIDA DE LIQUIDO POR LA VAGINA, CON SANGRADO VAGINAL LEVE, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, FCF: 159 X MINT NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA .

por lo que considera que la atención prestada a la demandante es conforme con la *lex artis*, y coincide con la posible causa del óbito fetal reportada en la historia clínica, pues “...esa peritonitis hizo una sepsis generalizada a la paciente y por eso es la muerte fetal, por eso el útero se puso hipertónico, el útero al ponerse hipertónico en ese momento no hay paso de sangre por la placenta hacia el bebé, y eso produce la muerte, y eso no se dio antes, el útero estaba normal”. Preguntado si piensa que pudo haber una diferencia si la señora MARTHA hubiera sido más colaboradora, responde: “es difícil decirlo doctora, yo no sabría decirle si hubiera cambiado, porque de todas maneras a pesar de que ella no permitía muy bien los exámenes, no había cambios, ni leucocitosis, ni había fiebre, **no había nada que hiciera pensar que tenía otra patología fuera de su embarazo**”, pero se trató de un “**cuadro bizarro**”, que “se presentó de diferentes maneras y que nunca orientó hacia otro tipo de patología porque nunca hubo ni fiebre, ni hubo leucocitosis”. Aclara igualmente, que la paciente no estuvo en trabajo de parto, y no había indicación para cesárea, la que sólo se realizó cuando se produjo el óbito fetal. Indagado si hasta 10 minutos antes de que la paciente refiriera que no percibía movimientos fetales, había “actividad uterina positiva de bienestar fetal”, respondió: “no, actividad uterina no, había frecuencia cardíaca fetal”, es decir, que “**el feto hasta ese momento estaba bien. El feto se murió en el momento que hace la hipertonia uterina, que es secundaria a la sepsis materna**”, e indagado por los riesgos de someter a una paciente a una cesárea, cuando no está indicada, señala: “...complicaciones anestésicas... complicaciones inherentes a la cirugía, por la ruptura de un órgano vecino... un desgarro en el útero... una atonía uterina, o sea hay una cantidad de patologías que se pueden presentar, que no vale la pena correrlas si la paciente no tiene indicaciones de operarla”. De otro lado, preguntado sobre la frecuencia con que se presentan cuadros clínicos como el de la demandante, contestó: “**es un cuadro muy raro**, nosotros tuvimos en la clínica del Seguro Social... en el 95 sería no sé, una paciente con un dolor en un hombro, tenía 33 semanas de embarazo... la vio ortopedia... no mejoraba... se remitió al hospital san José... al área de cirugía... le hicieron los exámenes... en ese momento el bebé presentó sufrimiento fetal, decidieron operarla y cuando la operaron le encontraron que había un apéndice retrocecal, y el dolor era un dolor referido en el hombro, es muy raro, ese es el único caso de una apendicitis retrocecal que yo conocía con anterioridad”. En relación con la leucocitosis, explica: “quiere decir que hay un aumento en el nivel de los leucocitos, **los leucocitos normales es entre 5 y 10.000, y en las mujeres al final del embarazo puede llegar a 12.000, 13.000 sin ningún inconveniente, esta paciente tiene 10.400, es una paciente que está en los parámetros**”

completamente normal... *leucocitosis en la embarazada...con otros parámetros como fiebre, malestar, dolor, nos indica que hay una infección*”, signos que no presentó MARTHA MERCEDES, advirtiendo, que la apendicitis en pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación “*es muy poco frecuente, generalmente no se presenta*”, siendo el diagnóstico más difícil, por lo que hay mayor riesgo de perforación. Finalmente indica, que la frecuencia cardiaca fetal normal oscila “*entre 110 y 160 por minuto*”, y todos los valores están normales.

Por su parte, el Dr. RODOLFO LEÓN CASAS PEÑA – quien rindió el dictamen presentado por CLINICA LA ESTANCIA [Médico y Cirujano de la Universidad del Cauca desde 1990, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Cauca desde 1997, labora en el Hospital Universitario San José como Ginecólogo asistencial, con diplomado en Ecografía Obstétrica y Ginecológica de la Fundación Universitaria de Ciencias de Salud – 2015; experiencia docente como Docente de Planta Tiempo Completo de la Universidad del Cauca con trayectoria docente desde 1997, en el área de Ginecología y Obstetricia en pregrado y posgrado, y también ha sido Coordinador General Internado de la facultad de Ciencias de la Salud - Universidad del Cauca en 2014-2018, Coordinador del Programa de Postgrado en Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Cauca en 2019-2022, y actualmente funge como Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Cauca - desde 2022, y además, cuenta con 7 artículos publicados en revistas nacionales y uno en revista internacional, y es autor del libro “*El diagnóstico y el manejo del VIH en el embarazo – Texto Guía*” publicado en el 2020, e igualmente rindió con anterioridad un dictamen en sede judicial], en relación con el cuadro bizarro que venía presentando la paciente, describe en su informe, que en la paciente “**no hay elementos para sospechar apendicitis aguda. Debe tenerse en cuenta que en la embarazada el apéndice cambia de posición ya que el útero gestante crece y la desplaza en sentido cefálico y lateral derecho, de tal forma que en el embarazo a término el apéndice cecal se encuentra en el cuadrante superior derecho del abdomen, cerca al borde inferior del hígado**”, siendo la apendicitis la complicación obstétrica menos común del embarazo, aproximadamente 1 entre 1.500 nacimientos, y “*en los períodos iniciales del embarazo, el dolor provocado es similar al observado en pacientes sin embarazo, luego según crece el útero durante el segundo y tercer trimestre, la posición del apéndice también se eleva, haciendo aún más difícil el diagnóstico*”⁷³. **La leucocitosis, asociada con apendicitis puede ser confundido**

⁷³ Folio14, Documento 115:

con la leucocitosis fisiológica observada durante el embarazo o puerperio". Así, reitera, que **"es evidente que no hay elementos como síntomas o signos que hagan sospechar una apendicitis en este caso; la paciente no refiere un dolor abdominal constante, no manifiesta hiporexia, no hay náuseas, no vómito, no fiebre, no hay leucocitosis. A la paciente le bridan la atención necesaria tanto en personal especializado como de ayudas diagnósticas de manera oportuna, tan es así que la valora el especialista en Medicina interna por dolor en hemitorax derecho, descartando eventos agudos como infarto o tromboembolismo pulmonar"**. También señala el perito, que el término **"apéndice retrocecal hace referencia a la ubicación anatómica del apéndice por detrás del ciego y no debajo de él como usualmente se encuentra...la inflamación del apéndice ubicada detrás del ciego se conoce como apendicitis retrocecal"**, y las consecuencias de la misma, en una gestante de tercer trimestre pueden ser **"peritonitis localizada, peritonitis generalizada, plastrón apendicular, sepsis generalizada, choque séptico, e incluso puede llevar a la muerte de la paciente; la gran dificultad radica en el difícil diagnóstico dado por el cambio de posición del ciego/apéndice durante la gestación y más aún cuando el apéndice está por detrás del ciego (retrocecal)"**, indicando además, que conforme **"los hallazgos clínicos y de laboratorio registrados en la historia clínica no habían criterios para una intervención quirúrgica"**, y es que **"no todo dolor abdominal en paciente embarazada es de manejo quirúrgico"**, concluyendo, que **"el personal médico de clínica La Estancia actuó de acuerdo a los hallazgos encontrados en el interrogatorio, antecedentes, examen físico y exámenes de laboratorios de la paciente que nos ocupa; es muy difícil sospechar patologías que no hagan manifestaciones clínicas clásicas y que sus exámenes de laboratorio no se alteren como se espera. Cuando se definen procedimientos quirúrgicos deben estar bien soportados..."**⁷⁴. Igualmente, en la audiencia de contradicción del dictamen del artículo 228 del C.G.P., el perito reiteró, que **"según el análisis de la historia clínica, pues no encuentro alguna evidencia que me lleve a pensar en una conducta diferente...hay situaciones que son inesperadas, que son**

Después del tercer mes de embarazo, el apéndice empieza a desplazarse sobre el punto de McBurney haciendo una rotación horizontal de su base y al octavo mes se localiza en el cuadrante superior derecho. En el 93% de la pacientes se encuentra arriba de la cresta ilíaca y en el 80% muestra rotación hacia arriba de la base desde la horizontal, señalando la zona subcostal derecha. Al no llegar a estar en contacto con el peritoneo parietal, se alteran los patrones semiológicos de dolor y en consecuencia se puede retardar el diagnóstico. La presión uterina sobre la vena cava inferior durante el tercer trimestre, puede disminuir el retorno venoso y generar hipotensión en mujeres embarazadas.

⁷⁴ Documento 115

abruptas”, debiendo actuar **“con lo que tengo en el interrogatorio, con lo que tengo en los exámenes de laboratorio y las ayudas diagnósticas, entonces viendo monitorias, viendo frecuencias cardiacas, yo no hubiera tomado una conducta diferente”**, porque con su experiencia docente y asistencial, *“para indicar una conducta agresiva, sobre todo como es una intervención quirúrgica, necesita llenarse de motivos”*, y en el caso de la paciente, no se tenía indicación de cesárea, siendo éste un caso ***“muy exótico y muy difícil de diagnosticar”***, sumados los riesgos de dicha patología para el binomio madre-hijo, pues *“los riesgos inherentes de una apendicitis, tanto en una paciente no embarazada como en una embarazada, pues tienen que ver con la infección, sea localizada, sea una peritonitis generalizada o sea una sepsis generalizada o sea cuando ya hay compromiso a nivel de toda la circulación materna, y obviamente que esto puede incidir a nivel fetal, cuando nosotros tenemos infecciones, en cualquier sitio de la economía, y cuando hablo de la economía, es una expresión que hace referencia al organismo de la madre, esto puede afectar por liberación de ciertas sustancias, el compromiso fetal... y puede llevar también a una infección de los productos del embarazo, estamos hablando de placenta, cordón, líquido y feto... esto puede llevar también a la muerte de la madre...”*. Finalmente, resalta, que los cinco ginecólogos que atendieron a la paciente adoptaron la misma conducta, ***“el único que cambió de conducta es el Dr. PEREZ PUERTA, cuando ya es un diagnóstico de óbito fetal”***, y en su caso, *“yo creo que si yo hubiera estado ahí, no hubiera hecho nada diferente”*, pues siendo una paciente embarazada en el tercer trimestre *“la migración característica del dolor y la localización del apéndice se ha perdido...el apéndice pierde la localización anatómica original y se va colocando más arriba y más atrás, tan es así que nosotros vamos a tener la localización del apéndice en el embarazo a término casi que cerca de la reja costal derecha, y a esto súmele que es un apéndice retrocecal, entonces qué es lo que nosotros tenemos, el juicio clínico más exámenes de laboratorio, la paciente desafortunadamente no hizo leucocitosis, en lo que yo leo de las valoraciones, no solamente del Dr GARRIDO sino de todos los médicos, no encontraron signos de irritación peritoneal, o sea como quien dice... es que esa apéndice no cantó, y ahora hay una puntuación de Alvarado, un Score de Alvarado que lo utilizan mucho los cirujanos... yo... hice el ejercicio y no me da para pensar en apendicitis”*. Agrega, que no se puede afirmar con certeza de que haberse desembrasado la paciente el bebé hubiera sobrevivido, porque no se puede garantizar un resultado con un parto ni con cesárea.

En la misma línea de pensamiento, el Dr. JUSTY ROMERO ORTIZ – cuyo experticio presentó CLINICA LA ESTANCIA a fin de rendir concepto desde el área de su especialidad [Médico General de la Universidad del Norte desde 1986, Cirujano General egresado de la Universidad del Cauca desde 1998, actualmente es Docente Coordinador Facultad de Medicina en la Fundación Universitaria de las Américas de Pereira, Docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Santiago de Cali, Docente Coordinador Rotación de la Facultad de Medicina en la Universidad San Martín de Cali, Cirujano Adscrito a la Clínica Palmira, Cirujano Adscrito a la Clínica Comfandi Palmira, Cirujano de Urgencias en el Hospital Raúl Orjuela Bueno. Miembro de la Asociación Colombiana de Cirugía. Más de 22 años de experiencia en el área asistencial y más de 20 años en el área docente. Ha rendido 6 dictámenes periciales en materia de cirugía general en los últimos 5 años], en el informe escrito, indica, que la apendicitis aguda es la causa más frecuente de cirugía abdominal, pero su diagnóstico **“no siempre es obvio y su evolución clínica tampoco es consistentemente característica, a esto le llamamos cuadro clínico atípico”**, siendo la herramienta más utilizada en el mundo entero, la escala de Alvarado, que aplicada retrospectivamente a la paciente a la fecha de los hechos **“no se documenta ninguno de los criterios de la escala de Alvarado presentes ni en sus síntomas, signos o hallazgos de laboratorio. Luego prácticamente la probabilidad diagnóstica para apendicitis aguda hubiese sido negativa”**, esto es, **“no se deja entrever un diagnóstico probable de apendicitis aguda para el caso en mención”**, advirtiendo además, que el apéndice puede estar ubicado por delante del colón o por detrás, en éste último evento, se habla de una apéndice retrocecal, y las **“manifestaciones clínicas pueden ser más enmascaradas por su ubicación...dando hallazgos atípicos al examen físico o confundiendo con otros diagnósticos. En el caso particular de las pacientes embarazadas la interposición del útero grávido le agrega un grado adicional de dificultad diagnóstica”**, por lo que se asocia a una tasa mayor de perforaciones, conduciendo a complicaciones como **“la peritonitis, la sepsis y la pérdida fetal”**, y en el caso de la señora MARTHA MERCEDES con un embarazo de 38 semanas **“considerado embarazo a término”**, siendo el motivo de consulta inicial **“dolores de parto”** y no **“documentándose datos consistentes con la posibilidad de una apendicitis aguda que pudieran generar sospecha en el equipo de salud”**, se concluye, que la paciente **“cursó con cuadro apendicular atípico, enmascarado por las circunstancias descritas en la literatura médica haciéndose aún más complejo por la posible concordancia de un trabajo de parto”**⁷⁵, y es

⁷⁵ Conforme lo indicado en el dictamen, son circunstancias que dificultan el diagnóstico del cuadro clínico:

precisamente cuando la paciente es llevada a cirugía, y allí es llamado al acto operatorio por parte del obstetra el cirujano de turno de la Institución, el Dr. ROGER ORLANDO BONILLA, quien describe en la historia clínica los hallazgos quirúrgicos, concretamente, una **“apéndice retrocecal necrótica perforada rodeada por proceso inflamatorio con plastrón, que involucra ileón distal, omento, ciego, peritoneo...”**, y realizado el procedimiento pertinente es llevada a UCI donde el equipo interdisciplinario le prestó atención adecuada [incluidas, 3 intervenciones quirúrgicas más, para lavado de cavidad peritoneal] que permitió que la paciente saliera adelante, de donde infiere, que **“el manejo dado para esta patología es el que debió hacerse a la luz de los conocimientos en la fecha de ocurridos los acontecimientos y que gracias a ello permitió que la paciente hoy se encuentre con vida”**. Finalmente, indica, que la patología apendicular se presenta aproximadamente en 1 de cada 1.500 maternas, **“lo cual hace que no sea una causa de consulta frecuente”** y se adiciona un grado más de dificultad a la probabilidad del diagnóstico clínico, a la localización retrocecal **“dado que no sólo queda detrás del colón sino también detrás del útero grávido alejándola de la pared anterior del abdomen que es donde el médico busca los hallazgos semiológicos”**⁷⁶. Igualmente, en la audiencia de contradicción del dictamen del artículo 228 del C.G.P., reitera, que **“durante el embarazo confluyen factores que hacen que el diagnóstico temprano sea mucho más difícil y confuso, esos factores tienen que ver precisamente con la alteración que ocurre desde el punto de vista anatómico en la posición normal de la apéndice con la interposición del útero grávido, por delante de la apéndice, también está relacionado con la confusión que pueda generarse sobre todo en los embarazos a término con la posibilidad de que se esté interpretando como un trabajo de parto lo que la paciente está manifestando como dolor, y entonces por ese motivo...está totalmente demostrado que durante**

-
- a. Cambios en la localización anatómica del apéndice cecal al desplazarse en sentido superior y posterior mecánicamente al ser empujado por el útero gestante cada vez de mayor tamaño en la medida que progresa el embarazo.
 - b. Interpretación ambigua del hemograma como ayuda diagnóstica complementaria dado que en el embarazo es normal un aumento de los leucocitos, perdiendo por lo tanto esta información el valor adyuvante del diagnóstico.
 - c. En el tercer trimestre y en la medida en que se acerca al término del embarazo (40 semanas) puede confundirse por parte de la paciente y del equipo de salud el dolor abdominal generado por el cuadro apendicular por las contracciones uterinas propias del trabajo de parto.
 - d. Las dificultades para la información complementaria que pueden aportar las imágenes diagnósticas como la ecografía la cual pierde exactitud por los tejidos que se interponen en la ventaja acústica (pared abdominal adiposa, útero gestante, feto etc.). Uso racional para la solicitud de escanografía (TAC) por la potencial teratogénesis por irradiación y una escasa accesibilidad en la mayoría de los centros de atención en salud para el examen más indicado en los casos sospechosos como lo es la Resonancia Magnética Nuclear.

⁷⁶ Documento 114

el embarazo es mayor la tasa de complicaciones que ocurre en los pacientes que tienen apendicitis, precisamente, por las dificultades que se generan para establecer un diagnóstico temprano”, y en el caso de la señora MARTHA MERCEDES, no estaba presente ninguno de los factores descritos en la escala de Alvarado [y aun aceptándose que se describe un dolor en el área inguinal derecha, que no es lo mismo que la fosa ilíaca derecha, sólo tendríamos 2 puntos en la escala de Alvarado, y la descripción de un cuadro apendicular requiere 4 puntos, no estando presentes los demás ítems], y por lo tanto, **“no había manera de sospechar el cuadro”**, ni de que la paciente estuviera **“cursando una sepsis”**, pues **“no había hasta ese momento ningún elemento que le permitiera sospechar al grupo médico que estaba cursando con una sepsis”⁷⁷**, y si bien se verificó un aumento en la frecuencia respiratoria y cardíaca, la paciente fue valorada por medicina interna, porque se pensó que estaba cursando un tromboembolismo pulmonar, que se descartó, y el dolor que se verificó “a la palpación a la reja costal derecha en costillas que están en la zona intermedia no da para pensar en la posibilidad de apendicitis”, y es que nada de lo que observó y valoró el médico internista, permite **“haber tenido la suspicacia, la malicia de que fuera un cuadro apendicular”**, y así, al explicar qué es una apendicitis retrocecal [habiendo en la historia clínica una anotación precisa del Dr. ROGER BONILLA, donde estipula que la localización de la apéndice era retrocecal⁷⁸], indica, que **“la apéndice se localiza anatómicamente en la región pélvica por delante del ciego, que es la parte más, donde comienza, más proximal del intestino grueso, por detrás de él o en paralelo, a eso lo llamamos nosotros puede ser localización pélvica, localización antececal,... y por último, la localización retrocecal. De todas ellas, la que más dificulta el diagnóstico es la localización retrocecal, puesto que al estar por detrás del intestino grueso, cuando está inflamada no tiene contacto con la pared anterior del abdomen y no da las manifestaciones típicas que uno espera, entonces esa localización retrocecal... es la más difícil de diagnosticar, y la más exigente y es un reto para nosotros los cirujanos...”**. Y cuando la paciente está en embarazo, **“a medida que el útero gestante va creciendo, va empujando... y la localización se vuelve mucho más atípica, por lo tanto, el cuadro clínico típico no se presenta, sino que también es bizarro, entonces el embarazo le agrega una dificultad adicional al diagnóstico”**. También ilustra el perito, que **“las estadísticas señalan que la gran mayoría de perforaciones de la**

⁷⁷ Advierte el perito, que los criterios se aplican conforme al diagnóstico que se esté considerando, y en el caso concreto, se aplicó la escala al diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, y por lo tanto, la variación en la frecuencia cardíaca mayor de 90 y unos gases arteriales con una presión arterial de oxígeno menor de 32, sólo pueden ser considerados en el terreno de una sepsis **“siempre y cuando se hubieran dirigido hacia esa probabilidad diagnóstica”**, y es que **ningún elemento permitía sospechar de una sepsis**.

⁷⁸ Documento 115, folio 90:

SE ENCUENTRA PERITONITIS GENERALIZADA PURULENTA. MEMBRANAS FIBRINOPURULENTAS CUBRIENDO ASAS INTESTINALES. APENDICE RETROCECAL NECROTICA PERFORADA RODEADA POR PROCESO INFLAMATORIO CON PLASTRON QUE INVOLUCRA ILEON DISTAL, OMENTO, CIEGO,

apéndice cecal, cuando inicia un cuadro inflamatorio, ocurren cuando supera las 24 horas, entonces, más allá de 24 horas, y en la medida en que pasa más tiempo, la posibilidad de perforación se incrementa en forma sustancial, ...lo ideal es que cuando se identifique un cuadro apendicular lo logremos manejar quirúrgicamente al menos dentro del período de evolución que está dentro de las primeras 24 horas”, y una de las complicaciones de la apendicitis en paciente embarazada, es “la pérdida fetal”, siendo ésta una **patología imprevisible**, pues la única manera de evitarla es “sacar el apéndice antes de que se inflame”, y además, **“sólo se presenta apendicitis aguda en 1 de cada 1.500 embarazos aproximadamente”**, y **“precisamente en el último trimestre es el menos frecuente, y el de más difícil diagnóstico, el de más difícil abordaje también quirúrgico”**. De esta manera concluye, que “*haciendo una comparación con lo que de pronto nosotros hablamos de forma coloquial que aquí se presentó la tormenta perfecta, es decir, **confluyeron todos los factores para que no se hubiera establecido un diagnóstico de apendicitis aguda en esta paciente y que pues desafortunadamente terminara con perforación y peritonitis por un diagnóstico tardío...**creo que desafortunadamente tenemos aquí una cantidad de factores que han confluído, para que el diagnóstico en la paciente MARTHA MERCEDES MENESES hubiera sido tardío, por las dificultades propias que confluyeron”, y en cuanto al manejo de la patología, lo describe como “correcto”, teniendo en cuenta que “la mortalidad del shock séptico es aproximadamente del 50%, eso quiere decir, que teníamos una probabilidad en ese momento de que la paciente falleciera”, y por lo tanto, “realmente se hizo lo apropiado y se logró sacar a esta paciente adelante”.*

En el mismo sentido, se escuchó la declaración de la doctora LISBETH ALEXANDRA URUEÑA PINZÓN [Médico Cirujano egresada de la Escuela de Medicina Juan N. Corpas en 1997; Cirujana General de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud con el Hospital San José en el año 2005, quien actualmente se desempeña en la Jefatura Nacional de Cirugía General de la EPS SANITAS], testimonio rendido a instancia de EPS SANITAS –como auditora de dicha entidad-, informando, que revisada la historia clínica, desde lo concerniente a su especialidad, está orientada “*como si ella tuviera un dolor relacionado con la actividad uterina...no hay una descripción que hable acerca de un dolor abdominal...no describen que ella tengan un dolor migratorio... sino hablan es más acerca de un proceso de atención de un trabajo de parto*”, y es que “*como estaban tan enfocados con la parte de Ginecología y como la referencia era más hacia una actividad uterina, porque lo refieren en términos de contracciones, no es tan fácil obtener información acerca del dolor abdominal. **Normalmente el dolor abdominal en la embarazada es de estudio***”.

bastante complejo, siempre y cuando su referencia haya arrancado precisamente por las características del dolor, no como contracciones, sino precisamente el dolor que inicia en un sitio que se irradia a otro. Que se asocia a una serie de síntomas, náuseas, vómito, fiebre, diarrea. Casi siempre es como lo que le permite a uno hacer la evaluación clínica de ese paciente y con base en esos datos, empezar la orientación de los estudios diagnósticos”, advirtiéndole, que **“hay un problema grande y es que el útero desplaza las estructuras del abdomen hacia sitios no frecuentes...al final del embarazo el apéndice está muy rechazado hacia la parte superior y derecha del abdomen,** es por eso que los dolores no son tan claros como en una persona que no está embarazada, que es mucho más típico, e incluso, aun no estando embarazada, a veces pueden ser difíciles de diagnosticar acorde a la posición, porque el apéndice también tiene diferentes variedades de posición” [cuando el apéndice está más hacia adelante, se manifiesta con un dolor más claro y más típico, “cuando está por detrás del colón e incluso en la embarazada, si está muy rechazado hacia arriba, el dolor es atípico, no migratorio, no es claro y la mayoría a veces puede... que se diagnostique cuando esté mucho más avanzado”], y en el caso concreto, en la historia clínica se habla de un dolor **“sobre la boca del estómago [epigastrio] y sobre la reja costal del lado izquierdo”**, no se refiere un “dolor sobre el lado derecho, que es el que nosotros hubiéramos podido inclusive potencialmente llegar a asociar con alguna condición quirúrgica, pero en este caso lo referido está sobre el lado izquierdo”, ni una respuesta de leucocitos “que son los glóbulos blancos elevados incluso durante la normalidad del embarazo, sobre el valor que puede ir entre 10000 y 16000 y siguen siendo normal”, y de haber un proceso infeccioso “hubiese esperado una respuesta de leucocitos mucho más alta...porque es una embarazo. Sin embargo, no se encuentra una respuesta leucocitaria alta”, y por el contrario, hay un reporte de 10.000 leucocitos, “más tendiente a los neutrófilos, que es precisamente lo que hace que la dejen en observación, le tomen placa de tórax, le tomen gases arteriales, le tomen toda una serie de elementos adicionales, pero que a la final no son concluyentes” para el caso, y pese tener “algo de acidosis metabólica, también es cierto que la paciente en ese momento está sin canalizar sin la hidratación y ha estado en un período de observación donde muy probablemente no ha debido tener suficiente alimentación, eso puede alterar ese patrón” [en este caso no es sencillo diferenciar entre una deshidratación o un proceso séptico,.. es un valor que me indica que seguramente debo hidratarla y volver a tomar exámenes, pero no es un valor absoluto que me implique, que es que está séptica, porque...no es un valor absoluto que indique la condición específica”], por lo que no se tiene “ni la sospecha”, y sólo cuando es llevada a cirugía se identifica “que hay una causalidad intraabdominal para el proceso que está sucediendo con la

paciente”, y es que el proceso diagnóstico de apendicitis a veces es difícil en personas sin embarazo, “aumenta más en las personas embarazadas”, y mucho más, cuando la historia no permite una evaluación adecuada del caso. Sobre el riesgo para el feto y la madre, dada la patología que presentó la señora MARTHA MERCEDES, “el riesgo va en ambas vías. Existe el riesgo para la paciente, donde el diagnóstico se hace tardío y los procesos infecciosos pueden alterar precisamente el bienestar fetal, porque producen una respuesta inflamatoria que va a afectar al feto. Eso para los eventos avanzados cuando se hace el diagnóstico, sin embargo, con la mujer embarazada el riesgo también va la contravía en el hecho de que a veces son sospechas diagnósticas no hay un examen que al 100% me lleve al diagnóstico específico de la apendicitis y su grado y en algunas ocasiones llevaron al paciente con un diagnóstico de sospecha y no corroborarlo, el simplemente hecho de llevarla a una cirugía o someterla a una anestesia la pone en riesgo también de la pérdida del embarazo, o sea, cualquiera de las dos vías es un riesgo fetal y eso siempre lo aclaramos....”, motivo por el que se busca la mayor certeza del diagnóstico en pacientes embarazadas. Que de este modo, ante los signos descritos por la paciente, no había una sospecha diagnóstica hacía un dolor abdominal, porque “nosotros siempre trabajamos con probabilidades”, y aun aplicado el Score de Alvarado, no se tiene ningún punto positivo “ella no tuvo dolor difuso, no hizo dolor migratorio, no tenía dolor en fosa iliaca derecha,...no tenía leucocitosis,...ni siquiera aplicar un Score nos ayuda a orientar la probabilidad diagnóstica”.

Incluso, el perito de la parte actora, Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA [Especialista en Ginecología y Obstetricia egresado de la Universidad de Antioquia, docente universitario desde hace 9 años- Coordinador del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Cooperativa de Colombia], en el informe rendido dentro del proceso, señala, que conforme lo indicado en la historia clínica, se trata de una paciente “**en embarazo de término de 38 semanas, que consulta el 21 de mayo de 2018...por cuadro de dos días de evolución de dolor pélvico tipo contracción 1 cada 10 minutos, salida de tapón mucoso desde 5 horas previas**” que consulta el 21 de mayo de 2018, verificándose la dilatación [un dedo] y se ordena monitoria fetal para establecer el bienestar fetal, atribuyéndose como posible causa del dolor “*al ligamento uterino*”, continuando la paciente en observación con analgésicos, hasta ser dada de alta, luego de la estabilidad del cuadro clínico y reportarse un tacto vaginal sin cambios, en estado de parto. Que la paciente reconsulta el 22 de mayo de 2018 a las 7:47 horas, y en la valoración con el especialista se verifica dilatación [1 cm], con diagnóstico de embarazo a término y

se descarta trabajo de parto activo, solicitándose laboratorios y monitoria fetal, reportándose el análisis del trazado de la monitoria fetal como Categoría I – bienestar fetal-, por lo que define continuar vigilando la sintomatología de la paciente, mientras ésta sobre las 14:40 horas refiere aumento de las contracciones en intensidad y duración, y ante el dolor torácico reportado por la paciente, se solicitan laboratorios para descartar infarto y tromboembolismo y se solicita valoración por medicina interna, concluyendo el internista que se trata de un dolor “*costocondral de tejidos conectivos torácicos*” y sugiere manejo con aporte hídrico endovenoso, continuando la paciente en vigilancia obstétrica, con persistencia del dolor, y a las 22:17 horas la madre reporta que no siente mover al bebé, y posteriormente, se evidencia la muerte fetal, siendo llevada la paciente a cirugía para cesárea, encontrándose apéndice perforada y peritonitis. Antecedentes, frente a los cuales, refiere el galeno, que ***“si bien es ya un reto hacer el diagnóstico en paciente no embarazadas, pues es mucho más difícil hacerlo en gestantes, dados los cambios fisiológicos que estas pacientes presentan. La dificultad diagnóstica aumenta entre más avanzada la edad gestacional, pues las estructuras peritoneales, intestino, apéndice y pared abdominal se separan entre sí por el crecimiento uterino, lo que entorpece su ubicación y altera los signos y síntomas clásicos. Dentro de las causas de abdomen agudo que afectan a la mujer embarazada, encontramos en la literatura como la más común la inflamación del apéndice secundario a infección o apendicitis aguda, con una frecuencia de 0,4 a 1,4 por cada 1000 embarazadas...se ha descrito que la perforación del apéndice durante el embarazo se acompaña de una mayor morbilidad materna (52% Vs 17% sin perforación) y mayor mortalidad que puede alcanzar hasta el 4%...la mortalidad fetal se presenta en un 24% cuando se perfora el apéndice, comparado con un 7% cuando no hay perforación...De los signos clínicos como vómito, diarrea, náuseas, son variables de presentación en embarazadas y no pueden ser tomados como signos patognomónicos⁷⁹...”***; criterio que reitera en la audiencia de contradicción del dictamen del artículo 228 del C.G.P., al indicar que ***la paciente se encuentra en fase de parto***, con un dolor de base “*que puede ser multicausal, del mismo trabajo de parto...u obras complicaciones*”, razón por la que se dejó en observación, pero la apendicitis “***no es evidente de entrada, de hecho la literatura dice que es muy difícil hacer el diagnóstico, el hemograma, los signos clínicos, todo da para que sea muy tardío el diagnóstico***”, pues cuando los síntomas son “*floridos*”, se detecta

⁷⁹ “Patognomónico es un adjetivo que se usa en medicina y psicología para calificar un signo o un síntoma que caracteriza y define una determinada enfermedad...es aquél que aparece únicamente en el marco de una enfermedad específica y que permite establecer un diagnóstico de certeza”

fácilmente, pero **en una paciente embarazada, “toda la anatomía cambia, el útero casi que esconde la apéndice, la puede ascender, la puede llevar hacia atrás”** lo que dificulta el diagnóstico, porque los síntomas se “ocultan” y son “difusos”, pues **“el útero y el bebé no permite que el apéndice rebote y dé signos clínicos de peritonitis”**, y así, en este caso, el diagnóstico en la mamá **“está oculto, muy oculto, como creo que lo puede decir cualquier persona, como es la dificultad clínica de una apéndice y en embarazo”**, y por lo tanto, no teniéndose un diagnóstico de apendicitis en la gestante, no hay lugar a intervenir, pero frente al feto considera **“que se hubiera podido intervenir antes”**, a fin de que el producto saliera vivo, según indica, **“con algunas condiciones alteradas por la sepsis materna...sale a recuperarse”**.

En este orden, se itera, que la atención prestada a la señora MARTHA CECILIA MENESES MOLANO, se ajusta a la *lex artis*, quien dadas sus particulares condiciones, no presentó los signos y síntomas clásicos de una apendicitis [como el dolor que migra desde el epigastrio a la fosa iliaca derecha, fiebre, dolor al rebote o descompresión, leucocitosis (como lo explicó la Dra. LISBETH ALEXANDRA UREÑA, los leucocitos entre 10.000 y 16.000, es un valor normal, en maternas), náuseas⁸⁰], al punto, que ni siquiera daba lugar a aplicar la escala de Alvarado, dado que ninguna sospecha se evidenció en tal sentido, como lo reconoce el perito de la parte demandante – Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA, quien claramente indica, que los síntomas se “ocultan” y son “difusos”, un diagnóstico de apendicitis **“no es evidente”**, pese los laboratorios y evolución clínica realizada a la paciente, pues conforme lo indicado por los profesionales de la medicina, la paciente refirió dolor en el epigastrio en la reja costal hacía el epicondrio izquierdo, no presentó leucocitosis, y aunque tuvo una frecuencia cardiaca de 110 latidos por

⁸⁰ Manifestaciones clínicas, compiladas en la escala de puntuación de Alvarado, **“utilizada ampliamente para sospechar o descartar una apendicitis aguda”** [en palabras del Dr. RODOLFO LEON CASAS] y conforme la literatura médica:

Cuadro. Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

Probabilidad

Baja: cero a 4

Media: de 5 a 7

minuto y acidosis de 21.5, tales resultados como lo indican los galenos LISBETH ALEXANDRA UREÑA y HECTOR ARMANDO MUÑOZ, si bien son indicativos de un proceso de deshidratación de la paciente o de un proceso infeccioso, en todo caso, la acidosis no es indicativa *per se* de una sepsis, y como claramente lo indica el médico cirujano JUSTY ROMERO ORTIZ, **“no hay ninguna evidencia de que la paciente tuviera criterios de sepsis por lo menos hasta ser llevada a la cirugía de la cesárea”**, y de acuerdo con las particulares circunstancias de la paciente, tales hallazgos podían ser considerados como un proceso de deshidratación⁸¹, pues “en este caso no es sencillo diferenciar entre una deshidratación o un proceso séptico, por ejemplo, es un valor que me indica que seguramente debo hidratarla y volver a tomar exámenes, pero no es un valor absoluto que me implique, que es que está séptica” [en palabras de la Dra. LISBETH ALEXANDRA UREÑA], y por lo tanto, ninguna evidencia llevó a los galenos a pensar en una conducta diferente, y menos, en una apendicitis retrocecal que pudiera estar cursando la paciente; razón por la que como lo reconoce el perito de la parte demandante, de cara a los hallazgos de la gestante, no había lugar a intervenir quirúrgicamente. Sumado a lo anterior, como un factor negativo en el proceso de diagnóstico, es la poca contribución prestada por la paciente en la evolución y manejo de su patología, y prueba de ello, son las diversas notas en la historia clínica, dando cuenta de la renuencia de la señora MARTHA MERCEDES a colaborar con el equipo médico, notas que se encuentran desde la valoración realizada el 22 de mayo de 2018 a las 08:10:19, por el Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO quien señala que *“la paciente no se deja examinar”*⁸², y persiste en diversas notas de enfermería; actitud que como lo indica el Dr. JUSTY ROMERO, en *“el interrogatorio hacia la anamnesis y hacia el examen médico, es supremamente importante para poder tener mayor seguridad en los diagnósticos”*, siendo *“las dificultades para examinar, e interrogar a la paciente”*, entre otros factores, contribuyentes del diagnóstico tardío de apendicitis. Aunado, que la propia demandante reconoce su falta de colaboración, al punto, que le generó un sentimiento de culpa por la muerte de su bebé. De ahí, que al margen del motivo que haya llevado a la paciente a tener la actitud *“poco colaboradora”*, lo cierto, es que su proceder también dificultó el actuar de los médicos tratantes, según ocurrió con el Dr. GARRIDO, el Dr. PEREZ

⁸¹ Conforme lo indicado por la Dra. LISBETH ALEXANDRA UREÑA, *“si bien es cierto que tienen algo de Acidosis metabólica, también es cierto que la paciente en ese momento está sin canalizar sin la hidratación y ha estado en un período de observación donde muy probablemente no ha debido tener suficiente alimentación. Eso puede alterar ese patrón”*.

⁸² Documento 004, folio 84:

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y ORAL: LA PACIENTE NO SE DEJA EXAMINAR
UTERO GRAVIDO REACTIVO AU 33 CMTS

PUERTA, y el equipo de enfermería, y es que no debe perderse de vista, que en estos casos “*el resultado fatal más frecuente es la pérdida del producto del embarazo*”, según lo señala el artículo “*Abdomen agudo en el embarazo*”, allegado por EPS SANITAS con la contestación de la demanda⁸³.

Así las cosas, siendo evidente que no hubo un error de diagnóstico por culpa, negligencia o descuido del equipo médico de CLINICA LA ESTANCIA, ninguna prosperidad encuentran las pretensiones de la demanda, dado que el personal médico puso a disposición de la paciente su conocimiento técnico científico⁸⁴, brindando la atención necesaria con las tecnologías disponibles en CLINICA LA ESTANCIA, quien contando con un equipo interdisciplinario prestó con suficiencia los servicios requeridos. Distinto, es que por condiciones inherentes a la paciente, su evolución y sintomatología no haya sido posible establecer un diagnóstico oportuno de la apendicitis que venía cursando [como se indicó en la nota postquirúrgica del 23/05/2018 02:53:32⁸⁵], pues la clínica de la paciente los llevó a sospechar de otros diagnósticos [verbigracia, un tromboembolismo pulmonar, o una patología cardíaca, para cuyo diagnóstico se ordenaron laboratorios, ecocardiograma, y remisión a medicina interna], y siendo éste un acto complejo, en el que intervienen diferentes especialistas, no queda más que concluir, que el equipo médico actuó conforme a la *lex artis*. En este sentido, la Honorable Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Civil, en sentencia del 04 de agosto de 2021⁸⁶, señaló:

“... en relación con el diagnóstico de una enfermedad o el origen de una complicación por un procedimiento ya efectuado, la jurisprudencia ha indicado que ese es un acto “complejo” en el que

“... el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él. En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel

⁸³ Documento 008, folios 43-49.

⁸⁴ CSJ SC4786, 7 dic. 2020, Rad. No. 20001-31-03-003-2001-00942-01, refiere: “*el médico tan 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*»

⁸⁵ Documento allegado con la demanda:

EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS Y PERITONITIS MANIFESTADO CON EL DOLOR LA PACIENTE SE ENMASCARÓ CON EL EMBARAZO Y LO QUE REFERIA LA PACIENTE ERAN CONTRACCIONES, EN UNA MUJER CON DOS PARTOS PREVIOS, SUMADO A LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS BIZARRAS, SIN FIEBRE, SIN VÓMITO Y CON UN HEMOGRAMA CON LEUCOCITOS NORMALES Y SOLO NEUTROFILIA RELATIVA Y PCR ELEVADA. TODO MUY DIFÍCIL ENCUADRARLO HACIA EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS Y PERITONITIS CON EL ÚTERO GRAVIDO POR DELANTE DEL APÉNDICE INFLAMADO, ASI RETROSPECTIVAMENTE PAREZCAN ALGUNAS COSAS OBIVAS . QUE ANTES ERAN INEXPLICABLES.

⁸⁶ CSJ SC3253-2021, 04 ago. 2021, Rad. No. 08001-31-03-010-2010-00067-01

incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia. Por el contrario, **aqueellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente**, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, **o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad...**

Finalmente, y en virtud de los cuestionamientos elevados por la parte actora frente a CLINICA LA ESTANCIA, ante la supuesta “falta de un equipo interdisciplinario completo”, que brindara una atención adecuada a la paciente, sea del caso precisar, que tal aserto, no pasa de ser una mera especulación, porque como lo indicó la representante legal de CLINICA LA ESTANCIA, en la diligencia de interrogatorio de parte, la entidad cuenta con un área completa de Ginecología, con diversos profesionales de la medicina y auxiliares de enfermería, así del análisis de la historia clínica se evidencia, que la paciente venía siendo atendida por especialistas en Ginecología y Obstetricia, encargados de su evolución en observación, concretamente, el Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA y el Dr. JAIME PAZ MERA, y remitida a medicina interna fue valorada por el Dr. RICHARD FERNANDO IMBACHI IMBACHI, y una vez se verificó el óbito fetal el procedimiento quirúrgico estuvo a cargo del Dr. JAVIER EDUARDO PEREZ PUERTA, y ante la presencia de una apendicitis perforada se llamó al acto quirúrgico al médico cirujano Dr. ROGER ORLANDO BONILLA ROSAS; profesionales que en su oportunidad brindaron la atención requerida por la paciente como consta en las notas de la historia clínica, que a su vez, infirma cualquier falencia de personal que se pretenda atribuir a CLINICA LA ESTANCIA en la atención prestada en este caso concreto.

De otro lado, la parte actora se queja en la demanda, de que el feto mostró “*signos propios de sufrimiento fetal que requerían de acciones urgentes e inmediatas por parte de los médicos tratantes para salvar la vida del bebé en gestación, o en su defecto de una cesárea de urgencia*”, y sin embargo, “*no existió por parte de los*

*médicos tratantes acción alguna” tendiente a salvar su vida, produciéndose la muerte del hijo de MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, como consecuencia de la sepsis no diagnosticada a su progenitora; al respecto, en el informe pericial rendido por el Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA⁸⁷, a instancia de la parte demandante, después de hacer un resumen de la atención brindada a MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO los días 21 y 22 de mayo de 2018, señala como hallazgos relevantes, los siguientes: “1. Cuando se ordena vigilancia de la materna, no existe, o no se evidencia en el soporte de historia clínica que me envían, las ordenes explícitas de los parámetros que se requieren vigilar, con qué frecuencia y que hallazgos reportar por el personal de sala de partos o urgencias. 2. A pesar de hallazgos anormales como taquicardia materna, dolor persistente, no hay evidencia en lo aportado para mi revisión, de que se hubiese informado al especialista o médico hospitalario de la novedad. 3. **En el primer ingreso del 21 de mayo se abordó el riesgo materno fetal y el síntoma por el que se consultó y se estableció bienestar fetal, y un estado de parto que estaba acorde con los hallazgos clínicos**, además se observó intra hospitalariamente y se dio salida, ante estabilidad del cuadro clínico, con indicaciones claras para reconsultar. 4. De la monitoria electrónica del 22 de mayo de 2018, se anexan 4 imágenes en la cuales se observa que hay continuidad de los registros de hora asignados por la maquina desde las 8:23 hasta 9:58 horas de la mañana, lo que evidencia que la paciente y él bebe estuvieron monitorizados durante 1 hora y 35 minutos. Los parámetros encontrados son una frecuencia cardiaca fetal basal de 170 y 180 latidos por minuto en todas las imágenes, lo que constituye una taquicardia fetal sostenida. En cuanto a la variabilidad, se observa disminuida en la mayor parte de los cuadrantes, pero en la imagen 4 está casi abolida por completo, lo que convierte este dato en signo ominoso para el resultado perinatal y evidencia de hipoxemia fetal”. Finalmente, después de relacionar la “revisión de literatura”, en la que aborda temas como “apendicitis y embarazo”, “vigilancia del bienestar fetal”, y “**sufrimiento fetal agudo**”, indica que “... al analizar la monitoria del día 22 de mayo de 2018 de las 8:23 am, se evidencia un trazado que en los primeros 20 minutos tiene una frecuencia cardiaca basal de 170 y luego un cambio de ella a 180 latidos por minuto que se sostiene hasta el final del trazado a las 9:58 am. La variabilidad es mínima en los primeros 30 minutos, pero progresivamente desaparece clasificándose como ausente, no hay movimientos reactivos ni desaceleraciones evidentes, Para el efecto de clasificarla, a*

⁸⁷ El perito no anexó a su dictamen pericial los documentos en los que apoyó su concepto, tales como la “Historia clínica de la paciente Martha Mercedes Meneses Molano, de la atención prestada en La Clínica La Estancia de Popayán, y los documentos aportados por el abogado solicitante... artículos científicos referenciados en la bibliografía”, que menciona en el acápite “documentación revisada para rendir el presente dictamen”, salvo los pantallazos de las monitorias fetales visibles en el cuerpo del informe.

la luz del semáforo y acciones del grafico anterior⁸⁸, tiene componentes de la categoría II y de la III. Pero en sentido práctico podría clasificarse como Categoría II, esto implica que no se tiene confirmado el bienestar fetal y el equipo debe tomar acciones para mejorar y aclarar el bienestar fetal (como lo indica el semáforo arriba descrito). Si con estas acciones no mejora el trazado, se debe redefinir la vía del parto de la manera más expedita entre las 8:23 y las 9:58 am. Sin embargo, dichas acciones de vigilancia y monitorización estricta materno fetal, no están presentes en la historia clínica aportada”.

Sustentado el informe pericial en la audiencia de instrucción y juzgamiento, en este preciso punto, el perito manifestó que en relación con el bienestar fetal, la conducta médica “no se adhirió a los protocolos, ni al hacer médico”, porque en su criterio, faltó “aclarar el bienestar fetal con unas conductas médicas clínicas y paraclínicas”, que le hubieran dado al feto “la oportunidad de salir y ser tratado como paciente”; señala que la señora MARTHA MERCEDES “siempre estuvo en parto”, y habiendo ingresado con un dolor de base -cuya causa debía aclararse-, fue dejada en observación en espera de los resultados de laboratorio, y se realizó una monitoria fetal el día 21 de mayo de 2018, la que “está enmarcada en los parámetros normales”, y explica que la monitoria fetal electrónica permite verificar el bienestar

88

Interpretación ACOG 2009 - Clasificación FIGO		
Categoría I	Categoría II	Categoría III
<ul style="list-style-type: none"> • Línea de base: 110-160 lpm • Variabilidad: moderada • Sin desaceleraciones tardías o variables • Aceleraciones presentes 	<ul style="list-style-type: none"> • FCF basal bradicardia o taquicardia con variabilidad normal • Aceleraciones: Ausencia después de estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de variabilidad y: • Desaceleraciones tardías recurrentes • Desaceleraciones variables recurrentes • Bradicardia Patrón sinusoidal



CATEGORIA I: No requieren ninguna acción en específico. **CATEGORIA II:** Requieren evaluación clínica, vigilancia continua e intervenciones que permitan asegurar la normalidad ácido-base fetal. En su interpretación se requiere tomar en cuenta todo el contexto clínico. **CATEGORIA III:** Requieren una evaluación rápida y reanimación fetal. Parto inminente: si no se normaliza el trazado con medidas de reanimación fetal.

fetal –permitiendo establecer la fetocardia y la variabilidad-, y se cataloga como categoría I, cuando “*todos los parámetros transcurren normales*”, clasificación que si bien “**se está usando para trabajo de parto**...expresa el bienestar fetal en cualquier momento”, tales parámetros corresponden a “*actividad uterina*”, “*frecuencia cardiaca fetal*” que debe estar entre 110 y 160, y “*variabilidad... que es ese trazado que nosotros vemos en las monitorias que tiene como unos quiebres... esos quiebres tienen la significancia a nivel del estado fetal, si eso se aplana mucho es porque algún factor externo está generando una alteración para que el perfil biofísico o el bienestar fetal lo pongamos en duda*”, parámetros que de salir alterados, “*nos obliga a aclarar el bienestar fetal*”, independientemente “*del diagnóstico que tenga la madre*”, porque generada la alerta se debe “*mejorar la hidratación de la madre, hacerla rodar al decúbito lateral izquierdo para que mejore la oxigenación del bebé, retirar los medicamentos que estuvieran interfiriendo... y si persiste un nuevo trazado después de 40 minutos de haberse evaluado el primero con alteración... qué es lo que sigue, otro monitoreo a los 40 minutos, después de generar las conductas que lleven a mejorar las condiciones del ambiente materno, si eso sigue alterado tenemos...el perfil biofísico, la ecografía... que nos va a permitir medir la cantidad de líquido amniótico, el líquido amniótico es muy sensible a las infecciones maternas... si tengo más hallazgos alterados frente a un embarazo de término, que podría evacuarse en cualquier momento, pues ya la conducta normal es que veamos la vía más expedita para hacer que el bebé nazca... hay otra prueba de bienestar fetal que es el trabajo de parto mismo...*”. En este orden, señala frente a la monitoria del 22 de mayo de 2018 que “*no tenemos una monitoria buena...*” [proyectado el primer folio de la monitoria, indica, que “*la línea basal...está entre 160 y 170...nunca baja por debajo de los 160... son 10, 20 minutos de una frecuencia cardiaca por encima de lo normal, sostenida en todo el trazado*”. Pasando al siguiente folio, señala, que “*el primer trazado alcanza a estar dentro de la normalidad, pero va encima a 170 y 180 nuevamente hay taquicardia... la variabilidad no es buena, la última parte que es la parte ya extrema derecha, está casi borrada la variabilidad, es una línea, entonces hay disminución de variabilidad casi completa ahí...*”. Proyectado el tercer folio, dice, “*es una taquicardia sostenida, igual que la anterior*”, taquicardia que “*es un signo ominoso*” que de no aclararse “*puede llevar a eventos adversos*”], sus hallazgos corresponden a “*una alerta temprana... de que el bebé a las 11 de la mañana tenía problemas que había que aclararlos...*”, y en este orden, reitera, que si bien **el diagnóstico de la madre está “muy oculto”**, el feto dio signos de alerta desde temprano y en ese sentido “**había que intervenir**”, asegura que “*si se hubiera intervenido antes, con todas las medidas de aclaración fetal, pues la probabilidad de que salga vivo es un 100%, a las 8, 9, 10, 11 de la mañana*”, y se podrá intervenir “**una vez se aclare que la alerta persiste... pero lo va indicando la evaluación**...”. Seguidamente, se indaga al perito, qué conducta se

debía tomar al encontrar tales patrones anormales?, respondió: “**la vigilancia estricta** y una serie de actividades que hay que hacer como ubicar la paciente pues donde la podamos vigilar visualmente, hidratarla, rotarla del decúbito lateral izquierdo para que perfunda mejor el bebé, y mirar los laboratorios...y volver a repetir la prueba de bienestar fetal, u otra prueba de bienestar fetal”, conducta de vigilancia y observación que según indica, **se verifica frente a la paciente**, pero “la secuencia de revaloración y unas intervenciones, para mejorar el ambiente fetal, no está”, siendo preciso una monitoria fetal electrónica u otra prueba de bienestar fetal, porque “**no es necesario hacer el diagnóstico de la madre para atender el bebé... porque las conductas de protección del bebé son independientes**, la hidratación, rotar a la paciente, volver a tomar otra monitoria, tomar el perfil biofísico, son independientes para el bebé”. Acto seguido, se indagó al perito, cuántas veces se le tomó la frecuencia cardiaca al bebé –manual-?, respondió: “**12, 14 más o menos fetocardias tomadas**”, que “**están dentro de la normalidad**”, advirtiendo, que “la toma de una fetocardia única no me da tendencia...”, contrario a la monitoria, “que nos expresa de alertas, no solo de una fetocardia sino de una tendencia en el tiempo...”, y en este orden, se indaga al perito, cómo explica que las fetocardias posteriores a la monitoria anormal fueran normales?, contestó: “por varias razones, una es que el monitoreo, es un monitoreo electrónico que hace una tendencia de todas las fetocardias segundo a segundo, y él hace un ejercicio matemático y saca una tendencia, y como vimos hay variabilidad y reactividad... si yo tomo en un momento dado una fetocardia puedo encontrar bajando o subiendo ... o sea el bebé puede estar subiendo y bajando, y yo tomarla esporádicamente en un valor x, no veo la tendencia, no puedo ver la tendencia”.

Confrontado el dictamen en comento, de cara a los demás medios suasorios, el doctor GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJÍA, en el interrogatorio de parte, señala, que la monitoria fetal permite establecer “si la frecuencia cardiaca fetal está normal, y... si hay o no hay contracciones uterinas”, motivo por el que **dicho examen es propio de la etapa del parto**, y en el caso concreto, “**la paciente nunca estuvo en trabajo de parto**”. Agrega, que **la frecuencia cardiaca fetal normal es “entre 110 y 160 por minuto”**, y en el caso concreto, “**todas las frecuencias están normales, hay 12 registros en la historia clínica de frecuencias cardiacas normales**”, cuando la frecuencia cardiaca fetal se encuentra por encima del límite normal se le llama “**taquicardia fetal**”, y al ponérsele de presente el trazado de la monitoria realizada el 22 de mayo de 2018, indica, que “**está entre 140 y 160 por minuto... en algunas partes está en 150 y**

*hay otras partes que está en 160. Ahí es de anotar doctora, **que la paciente decía que ella no estaba quieta durante el tiempo de la monitoria, cuando la paciente no está quieta puede estimular el feto y puede pasar hasta de 180 por minuto***, indicando, que en el caso concreto no se está en presencia de “*una taquicardia fetal*”. Sobre la variabilidad en esa monitoria, refiere, “*yo pienso que está normal... porque hay cambios en la frecuencia cardiaca, hay momentos en que está más alta, está más baja, pero está dentro de los parámetros normales*”, explicando, que “*es la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal que debe estar entre 110 y 160, y que está permanentemente cambiando, no plana, cuando una monitoria es plana indica que algo está pasando, que hay que repetirla, que hay que colocarle líquidos a la paciente, que hay que mirar, pero en esa monitoria **no está plana, hay variabilidad***”. Posteriormente, es indagado por la apoderada de la parte actora, sobre la categoría reportada en la monitoria fetal y cuál es el significado de tales categorías, respondió: “*las categorías y ese semáforo que tu mandas...no se puede aplicar acá en este caso, **porque esas categorías 1, 2 y 3 se utilizan en pacientes intraparto**, tu misma lo manifiestas en el folio 17, rol de la monitoria fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, y en el dos pones directrices del consenso de la federación internacional de ginecología y obstetricia sobre monitoria fetal intraparto, o sea eso **no se puede aplicar en esta paciente porque lo hemos demostrado, la paciente nunca estuvo en trabajo de parto...***”, y en tal virtud, siendo una **monitoria reactiva**, se incurrió en un error “*de digitación*” al clasificarla como Categoría I, e indagado cuál es el paso a seguir cuando se clasifica la monitoria como tipo I, dice “***observar al paciente**, porque si fuera una paciente en trabajo de parto,... es de observar la paciente porque no es de hacerle nada*”.

Por su parte, el perito RODOLFO LEON CASAS PEÑA, en la audiencia de contradicción del dictamen, coincide con el criterio del Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO, en relación con el bienestar fetal, señalando frente a los trazados de las monitorias fetales de fecha 22 de mayo de 2018 -puestos de presente en la audiencia de instrucción y juzgamiento-, que no observa ausencia de variabilidad, pues está “*entre mínima y moderada, **pero no está ausente***”, frente a lo cual la conducta a adoptar es “***observación de la paciente, continuar una vigilancia clínica y con paraclínicos***”, pues conforme “***la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud, acerca de la vigilancia fetal ante parto e intraparto, está muy clara la definición de que la auscultación intermitente tiene el mismo valor que una monitoria fetal electrónica**, entonces yo me tomé el trabajo tratando de hacer un análisis muy objetivo de la situación, de anotar las*

frecuencias cardíacas de la paciente durante su estancia, y no solamente por el personal de enfermería sino también todos los ginecólogos que la observaron, y hay durante su hospitalización muchos, muchos reportes de frecuencia cardíaca fetal que incluso ni siquiera alcanzan a entrar en la definición de taquicardia, sino que están dentro de límites normales”, y por lo tanto, reitera, que lo que haría como Obstetra “ante esta monitoria es continuar con la vigilancia clínica. No tengo en este momento un elemento para decir hay que terminar inmediatamente el embarazo...”. Aunado, que la frecuencia cardíaca fetal normal es entre 110 a 160 latidos por minuto, y la FCF registrada a las **22:02** del 22 de mayo de 2018, reportada en **138** por enfermería, **“habla de feto vivo, con una frecuencia cardíaca fetal que está dentro de rangos normales”**. Seguidamente, indagado, entre los resultados de una monitoria fetal y la auscultación intermitente, cuál es el más idóneo para verificar el bienestar fetal?, respondió: “como ya lo manifesté antes en mis respuestas, la auscultación intermitente, tiene igual validez que la monitoria fetal electrónica para el análisis del bienestar fetal, y así está consignado en la guía de práctica clínica para el control del trabajo de parto del Ministerio de Salud”, y preguntado, si con base en esa auscultación se podría hablar de bienestar fetal, respondió: “si es una auscultación intermitente, como está registrada ahí, sí -de lo que no se podría hablar es de variabilidad, que aplica sólo para la monitoria fetal electrónica-”. De otro lado, se cuestiona qué conducta debía asumirse para determinar realmente el estado del feto?, contestó: **“la conducta en este caso es la vigilancia estricta de la paciente, continuar haciendo la auscultación intermitente, continuar preguntando por la presencia o ausencia de movimientos fetales, preguntar por dolor tipo contracción que de pronto no cede, y que permanece constante en el tiempo, por pérdida de líquido por vagina, por sangrado vaginal”**. Finalmente, también advierte el galeno, que la monitoria fetal electrónica permite verificar la frecuencia cardíaca fetal y la variabilidad, pero la clasificación en categoría I, II, y III **“hace referencia a las monitorias que son tomadas en pacientes en trabajo de parto, con actividad uterina regular, y hablamos de actividad uterina regular cuando tenemos 2, 3 4, 3 o más contracciones en 10 minutos, si nosotros no cumplimos con este requisito de actividad uterina regular, nosotros no podemos aplicar la categorización I, II y III”, y en ese orden, no habiendo en la paciente actividad uterina, “estaríamos hablando de un test de estrés que podría ser reactivo o no reactivo”, pero “no pueden ser clasificadas como categoría I, II o III”**.

En este preciso punto, existe cierta simetría con lo expresado por el perito de la parte actora, quien igualmente reconoce que la clasificación en categorías I, II, y III

de la monitoria fetal, **“es una clasificación que se está usando para trabajo de parto”**, que la paciente *“siempre estuvo en preparto”*, y que la conducta a seguir frente al feto era de **vigilancia estricta**⁸⁹, vigilancia que conforme lo verificado en la historia clínica de la paciente, y lo indicado por el perito Dr. RODOLFO LEON CASAS PEÑA, se cumplió con las auscultaciones intermitentes realizadas por los Especialistas en Ginecología y Obstetricia, y a través del servicio de enfermería de CLINICA LA ESTANCIA, y es que la paciente no fue valorada únicamente por el Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA –quien valoró a la señora MARTHA MERCEDES el 22/05/2018 a las 08:10:19, y realizó evolución médica con exámenes a las 11:56:23, y evolucionó nuevamente a las 14:40:20, realizándose la respectiva vigilancia de FCF-, sino además, por el Dr. JAIME PAZ MERA –Especialista en Ginecología y Obstetricia, 15:27:55, reportando una FCF 140, y evolucionó nuevamente a las 19:25:17 con una FCF 150-, y el Dr. RICHARD FERNANDO IMBACHI IMBACHI –Médico internista, en interconsulta con la paciente a las 17:20:26, FCF 142-, quienes con sus especiales conocimientos en el área de medicina y ante la Clínica del binomio madre-feto, no modificaron la conducta a seguir, esto, mantener bajo vigilancia estricta la paciente, y en tal virtud, mal puede asegurar la parte demandante que la anotación realizada por el Dr. GARRIDO frente a la monitoria fetal como *“Categoría I”*, afectó la atención de la paciente y su hijo por nacer, pues las reglas de la experiencia enseñan que cada galeno procede conforme la evolución y clínica de la paciente, de donde se colige, la unidad de criterio entre los profesionales de la medicina en relación con la atención de la gestante y su hijo, prueba de ello, es que el propio perito de la parte demandante – Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ, reconoce que la conducta era *“observar”*, *“vigilar”* a la paciente, verificar su evolución y establecer la conducta a seguir; máxime cuando tampoco existe una prueba técnico científica que demuestre con certeza que el hijo de la señora MARTHA MERCEDES enfrentó un *“sufrimiento fetal”*, término utilizado por el perito Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA [al indicar que en la monitoria, la variabilidad se encuentra disminuida, lo que convierte este dato en un signo ominoso para el resultado perinatal y evidencia de hipoxemia fetal], y que conforme la literatura médica, ha entrado en desuso, pues en la actualidad se alude a *“estado fetal no tranquilizador”*, que conforme lo expresado por el Dr. RODOLFO LEON CASAS, se diagnostica a través de una prueba de gases arteriales, no de la madre, sino del feto, según expresa el perito, *“este examen no es de rutina, este examen en países desarrollados lo toman del cuero cabelludo fetal, cuando ya hay dilatación y hay membranas rotas, se llama medición del ph del cuero cabelludo y cuando ya tenemos un producto nacido, se puede hacer la*

⁸⁹ El perito de la parte actora, a la pregunta, qué conducta se debía tomar al encontrar esos patrones anormales -haciendo alusión a la monitoria-?, respondió: **“la vigilancia estricta...”**

medición de los gases arteriales y del ph del cordón umbilical"; prueba científica ésta que no reposa en el expediente, y por lo tanto, hablar de sufrimiento fetal, hoy estado fetal no tranquilizador, resulta una mera especulación, dado que no puede olvidarse que la auscultación intermitente realizada durante el día 22 de mayo de 2018 arrojó registros de fetocardia "*dentro de la normalidad*" —como lo reconoce el perito de la parte actora—. Adviértase, en relación con el experticio presentado por el Dr. RODOLFO LEON CASAS, que aun cuando el perito claramente indicó en la audiencia de contradicción del dictamen, que rindió su dictamen con base en la información allegada por CLINICA LA ESTANCIA, entre la que no se aportó ninguna monitoria fetal, tal circunstancia a juicio de esta Corporación, no resta valor probatorio al dictamen rendido por el galeno, que comprende la evolución clínica de la paciente y del feto, refiriéndose a la monitoria fetal electrónica realizada el 22 de mayo de 2018, en la medida que ésta fue puesta en conocimiento del profesional de la medicina, por la señora Jue a-quo, en la respectiva audiencia, teniendo el galeno en ese momento la oportunidad de revisar y conceptuar sobre la misma, como en efecto lo hizo, y por lo tanto, sus saberes científicos como especialista en Ginecología y Obstetricia son válidos y útiles para la ilustración de la Sala, y ningún valor probatorio puede restarse a la misma.

Se suma a lo anterior, que aunque el perito HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA, reconoce que no hay una indicación médica para practicar una cesárea a la gestante, quien no tiene una apendicitis diagnosticada ni "***indicaciones fetales***", y que la conducta a seguir era la vigilancia de la paciente [aun aceptándose, que la monitoria fetal electrónica realizada en etapa de parto, pueda ser clasificada en categoría II, como lo reclama la parte actora, la conducta a seguir, es "*evaluación clínica, vigilancia continua*"], no puede olvidarse, que a la paciente se le prestó los servicios médicos bajo la vigilancia estricto del equipo médico de CLINICA LA ESTANCIA, sin que se evidenciara en ninguna de las auscultaciones de la FCF —aproximadamente 12- un estado ominoso para el feto, y además la gestante en las auscultaciones médicas y de enfermería, siempre refirió percibir movimientos fetales. De ahí, que aun cuando existen otros procedimientos para verificar el bienestar fetal, tales como la monitoria fetal electrónica, el perfil biofísico y el doppler ecográfico, ningún elemento suasorio da cuenta de la necesidad de tales procedimientos en el caso concreto, pues se verificó mediante auscultación intermitente el bienestar fetal, sin que ningún signo de alarma obligara a adoptar una conducta diferente, salvo, el momento en que la madre refirió no sentir al bebé, practicándose un barrido ecográfico, que dio cuenta del óbito fetal, y en tal virtud, propugnar porque la aplicación de uno de tales procedimientos

resultaba necesario en el proceso de seguimiento de las condiciones del feto a fin de que probablemente naciera vivo, resulta también ser una mera especulación, dado que bajo la lupa de las circunstancias de ese momento, no se verificó necesaria otra conducta, como ampliamente lo explican los galenos en sus versiones rendidas ante el proceso; máxime cuando la monitoria tampoco arrojó signos de tener que desembarazar a la paciente de inmediato, y es así como el Dr. RODOLFO LEON CASAS, aduce sin ambages, *“si yo hubiera estado ahí no hubiera hecho nada diferente”*. Así, no acreditado que el resultado de la monitoria exigía acciones inmediatas, o la práctica de un procedimiento adicional para verificar el bienestar fetal, como lo aduce la parte demandante, ninguna prosperidad encuentra dicho reparo.

Vale la pena recordar, que ya de vieja data, la Honorable Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, ha indicado que *“corresponde al juzgador en su carácter de autoridad suprema del proceso, valorar el dictamen pericial, laborío apreciativo en el cual, podrá acoger o no, in toto o en parte las conclusiones de los expertos, sea en su integridad, ora en uno o varios de sus segmentos, conformemente a la firmeza, precisión y calidad de sus fundamentos”*, y que en esa medida, cuando el trabajo de los peritos *“carezca de soporte cierto, razonable o verosímil, ofrezca serios motivos de duda, contenga anfibologías e imprecisiones, contradiga las evidencias procesales o **se funde en conjeturas, suposiciones o informaciones no susceptibles de constatación objetiva, científica, artística o técnica**, se impone el deber para el juzgador de desestimar el dictamen pericial y sustentar su decisión en los restantes elementos probatorios”⁹⁰*, y en este caso, no siendo posible constatar de manera objetiva, técnica o científica, lo que *“probablemente”*, a juicio del perito de la parte actora, hubiera reportado alguno de los procedimientos establecidos para verificar el estado fetal del hijo de MARTHA MERCEDES el día 22 de mayo de 2023, no es posible acoger dicha experticia como prueba de la negligencia que se atribuye a la parte demandada; máxime **cuando los registros de las auscultaciones de la frecuencia cardíaca fetal intermitentes a lo largo del día, se reportan dentro de los límites normales** –y así lo reconoce el perito de la parte demandante-, y evidencian que **el feto no fue abandonado como paciente**, y es que no puede el perito so pretexto de la existencia de otros procedimientos, restarle importancia a la auscultación fetal intermitente, a que alude el Dr. RODOLFO LEON CASAS PEÑA, y reconocida por el Ministerio de Salud y Protección Social, como un método válido y recomendable para el control del bienestar fetal, pues en este sentido, *“la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y*

⁹⁰ CSJ SC 09 sep. 2010, Rad. No. 17042-3103-001-2005-00103-01

Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio”, refiere, que “la auscultación fetal intermitente es fundamental por encima del examen pélvico en el seguimiento clínico del trabajo de parto y del expulsivo. Se recomienda dar mayor relevancia a la auscultación fetal intermitente”, auscultación que “se puede realizar tanto con ultrasonido doppler como estetoscopio”⁹¹.

Recuérdese, que no se trata simplemente de realizar juicios de probabilidad y conjeturas, sino que como reiteradamente lo ha indicado la jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, “...**la imputación subjetiva de los galenos debe construirse comparando su proceder con el que habría desplegado un colega de su especialidad, con un nivel promedio de diligencia, conocimientos, habilidades, experiencia, etc., en caso de haberse enfrentado (hipotéticamente) al cuadro clínico del paciente afectado...** En los juicios de responsabilidad médica, entonces, se torna necesario determinar la conducta (abstracta) que habría adoptado el consabido profesional medio de la especialidad, enfrentado al cuadro del paciente, y atendiendo las normas de la ciencia médica, para luego compararlo con el proceder del galeno enjuiciado, parangón que ha de permitir establecer si este último actuó, o no, de acuerdo con el estándar de conducta que le era exigible⁹². Si lo primero, no podrá concretarse la responsabilidad civil; si lo segundo, será necesario entroncar su “culpa”, en el sentido explicado, con el resultado dañoso alegado en la demanda”⁹³; exigencia que no cumple el dictamen rendido por el perito de la parte actora, lo que le resta solidez, claridad y precisión a sus conclusiones.

Finalmente, conviene precisar, que en el trámite de esta instancia, se allegó el informe pericial de necropsia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, practicado al hijo de MARTHA MERCEDES MENESES [que de oficio, se ordenó tener como prueba dentro del presente asunto⁹⁴], en el que se consignan como

⁹¹ Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Salud y Protección Social
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Guía.completa.Embarazo.Par.to.2013.pdf>

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultación intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
✓	La auscultación intermitente se puede realizar tanto con ultrasonido Doppler como con estetoscopio.

⁹² En cualquier caso, no pueden obviarse algunos criterios de flexibilización de la prueba de la culpa, como las presunciones judiciales que surgen de la aplicación de la doctrina de la culpa virtual, o *res ipsa loquitur*, operante en supuestos como el oblitio quirúrgico (Cfr. CSJ SC7110-2017, 24 may.).

⁹³ CSJ SC3604-2021, 25 Ago. 2021, Rad. No. 47001-31-03-005-2016-00063-01

⁹⁴ Documento 055, del expediente de segunda instancia

principales hallazgos: “- Feto de sexo masculino sin evidencia de trauma.- 2. - Edad gestacional aproximada: de 38 semanas.- 3. - SEPTICEMIA EVIDENCIADA POR: 3.1. - Edema cerebral.- 3.2. - Edema pulmonar.- 3.3. - Cianosis y congestión visceral generalizada.- 3.4. - Hepatitis y Esplenitis Reactivas.- 3.4. - Hemorragia en Pulmones, Timo, Corazón y Cerebro. 4. - Historia de doble circular al cordón”, hallazgos “consistentes con cuadro séptico”, siendo la **causa básica de muerte: “Septicemia secundaria a apendicitis en la madre”** (con la información disponible hasta el momento), pero adicionalmente, se indica que “se toman muestras de vísceras para estudio histopatológico. Cuando lleguen los resultados y se anexen copia completa de historia clínica y estudio de la placenta se ampliará, complementará y emitirá un concepto final del caso”⁹⁵. Estudio histopatológico, del que al parecer hasta el momento no se ha emitido un resultado, y tampoco un concepto final del caso, por lo que aún no se puede establecer con plena de manera científica la causa de muerte del hijo de MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, y aun cuando los especialistas Dr. GUILLERMO GARRIDO, Dr. HENRY ARMANDO MUÑOZ SEGOVIA, y Dr. JUSTY ROMERO, aducen que es probable que la sepsis de la madre haya contribuido al resultado fatal, en todo caso, reconocen que el estudio histopatológico es el medio idóneo para establecer la causa de muerte del feto; informe pericial que en nada varía la suerte del asunto, no estando acreditada la negligencia médica, porque como lo ha reconocido la jurisprudencia “*la actividad de los galenos no es una ciencia exacta, pues restricciones físicas y sociales, así como condicionamientos biológicos, pueden desencadenar consecuencias de difícil o imposible anticipación, de allí que los profesionales deben actuar bajo premisas de normalidad y ajustar su comportamiento a este baremo, salvo que haya signos indicadores de otra situación, que en ningún caso suponen la obligación de predecir variables inusuales o indetectables....(..)... lo que se espera de los médicos, y demás talento humano vinculado a esta actividad, es que estén atentos a los signos que muestren los pacientes con el fin de determinar el plan de acción tendiente a buscar su mejoría,... sin que pueda exigírsele que evalúen todas las posibilidades de diagnóstico e implementen la totalidad de los tratamiento existentes, pues sería una carga de imposible realización...*”⁹⁶.

Finalmente, CHUBB COLOMBIA SEGUROS S.A., arguye en la sustentación del recurso de apelación, que se configuró “una de las especies de la causa extraña, conocida como “el hecho de la víctima”, aspecto al que hay que decir, que éste es

⁹⁵ Documento visible en el archivo 047 del cuaderno del Tribunal. Por auto del 11 de agosto de 2023, se ordenó correr traslado del mismo a las partes.

⁹⁶ CSJ SC4786-2020, 7 dic. 2020, Radicación n.º 20001-31-03-003-2001-00942-01

un argumento nuevo, no expuesto en el curso del trámite de primera instancia, ni al momento de formular los reparos concretos, por lo que no se hará ninguna disquisición en tal sentido, en garantía del derecho al debido proceso de las partes.

En este orden de ideas, debía la parte actora demostrar de manera técnico - científica que hubo negligencia en la prestación del servicio de salud⁹⁷, ya sea porque no se brindó una atención conforme a la *lex artis* a la señora MARTHA MERCEDES durante los días 21 y 22 de mayo de 2018, o porque ante la presencia de signos de alarma del feto, no se procedió oportunamente y conforme las reglas propias de la *lex artis*, pues no de otra manera, puede predicarse “*la falla en la prestación del servicio médico*”. No proceder en tal sentido, da paso a denegar las pretensiones de la demanda, pues la negligencia que se endilga a CLINICA LA ESTANCIA, y que se dice desencadenó en el fallecimiento del hijo de MARTHA MERCEDES MENESES MOLANO, no pasa de ser una mera especulación, no admisible en los casos de responsabilidad médica⁹⁸, y por lo tanto, ante la ausencia de nexo de causalidad entre la conducta desplegada por los galenos y el resultado dañoso, ninguna responsabilidad puede atribuirse a los mismos, ni aun aceptándose el error que se enrostra al Dr. GUILLERMO AUGUSTO GARRIDO MEJIA, porque como ampliamente quedó demostrado, su conducta no es determinante del hecho dañoso⁹⁹.

5. Decisión:

Sin más consideraciones, se procederá a revocar la sentencia apelada proferida el 09 de septiembre de 2022 por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Popayán, para en su lugar, declarar probadas las excepciones denominadas “*Acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos*”, “*inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad*”, “*Obligación de medios y no de*

⁹⁷ CSJ SC4786-2020, 7 dic. 2020, Rad. No. 20001-31-03-003-2001-00942-01, señala: “...**cuando se persiga la reparación de los daños derivados de un yerro médico, es connatural que el interesado acredite, además del daño y nexo causal, que el galeno carecería de la capacitación requerida, omitió las verificaciones necesarias según la sintomatología, actuó de forma descuidada o temeraria al realizar el procedimiento o, en general, que desatendió las reglas propias de la *lex artis ad hoc***”.

⁹⁸ CSJ SC1815-2017, 15 feb. 2017, Rad. No. 2002-01182-01, en la que se puntualizó: “...**tórnase importante advertir que la cuestión aquí, como en todos los casos de responsabilidad médica, es determinar si las actuaciones realizadas en desarrollo de la atención que se brindó a la víctima, guardan o no conformidad con la *lex artis*, sin que, por lo tanto, haya lugar a especular sobre si, con la utilización de unos procedimientos distintos, se hubiera evitado la afectación sufrida por el paciente o conseguido otro resultado**”.

⁹⁹ CSJ SC520-2020, 20 feb. 2020, Rad. No. 54001-31-03-003-2014-00070-01, refiere: “...**resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 lo afirmó la Corte en la sentencia de 5 de marzo, que es ciertamente importante, el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado**» (CSJ SC, 30 ene. 2001, rad. 5507; resaltado intencional).

resultados, en la atención brindada a la paciente”, “Inexistencia de prueba de negligencia, o error diagnóstico o falla en el servicio médico por parte de CLINICA LA ESTANCIA”, “El acto médico realizado por los galenos adscritos a CLINICA LA ESTANCIA conforme a la lex artis y la discrecionalidad científica”, “El equipo médico dispuesto para la atención de la paciente no incurrió en error de conducta, ni mala práctica médica, ni en omisión profesional consecuentemente se propone como excepción la inexistencia de relación de causa efecto entre los actos de los profesionales de la salud y el resultado que pueda haber afectado a la paciente”, formuladas por CLINICA LA ESTANCIA S.A., y las excepciones denominadas: “De la prestación del servicio médico como obligación de medio y no de resultado”, y “Ausencia de responsabilidad de la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. y por tanto ausencia de la obligación indemnizatoria de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.” propuestas por CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., y denegar las pretensiones de la demanda. Lo anterior, dada la falta de elementos probatorios que acrediten la culpa o negligencia de CLINICA LA ESTANCIA S.A. y el personal de salud adscrita a la misma.

Finalmente, ante la revocatoria del fallo de primera instancia, resulta inane cualquier apreciación en torno al recurso de apelación formulado por la parte actora.

6. Costas:

De conformidad con el artículo 365 del Código General del Proceso, y el Acuerdo No. PSAA16-10554 del 05 de agosto de 2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, se condenará en costas de ambas instancias a la parte demandante, ante la prosperidad del recurso interpuesto por los demandados.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Popayán - Sala Civil Familia, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: Revocar la sentencia apelada, proferida el 09 de septiembre de 2022 por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Popayán, por las razones indicadas en la parte motiva del presente proveído.

SEGUNDO: En su lugar, se declaran probadas las excepciones denominadas *“Acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos”, “inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad”, “Obligación de medios y no de resultados, en la atención brindada a la paciente”, “Inexistencia de*

prueba de negligencia, o error diagnóstico o falla en el servicio médico por parte de CLINICA LA ESTANCIA”, “El acto médico realizado por los galenos adscritos a CLINICA LA ESTANCIA conforme a la lex artis y la discrecionalidad científica”, “El equipo médico dispuesto para la atención de la paciente no incurrió en error de conducta, ni mala práctica médica, ni en omisión profesional consecuentemente se propone como excepción la inexistencia de relación de causa efecto entre los actos de los profesionales de la salud y el resultado que pueda haber afectado a la paciente”, formuladas por CLINICA LA ESTANCIA S.A., y las excepciones denominadas: “De la prestación del servicio médico como obligación de medio y no de resultado”, y “Ausencia de responsabilidad de la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. y por tanto ausencia de la obligación indemnizatoria de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.” propuestas por CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A..

TERCERO: En consecuencia, se deniegan las pretensiones de la demanda, por lo expresado con anterioridad.

CUARTO: Condenar en costas de ambas instancias a la parte demandante. Tásense.

QUINTO: Señalar como agencias en derecho en esta instancia la suma equivalente a dos (02) salarios mínimos legales mensuales vigentes, que será incluida en la liquidación de costas. La liquidación se surtirá en la forma y términos previstos en el artículo 366 del Código General del Proceso.

SEXTO: Devolver las actuaciones al juzgado de origen¹⁰⁰, previas las anotaciones correspondientes.

Notifíquese y cúmplase,



DORIS YOLANDA RODRÍGUEZ CHACÓN
Magistrada



MANUEL ANTONIO BURBANO GOYES
Magistrado

¹⁰⁰ Teniendo en cuenta que el trámite del recurso se surtió con base en las actuaciones digitales que integran el expediente.



JAIME LEONARDO CHAPARRO PERALTA
Magistrado