REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DE POPAYÁN
Carrera 4ª # 2-18. Tel. 8240802. Email: j08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

Popayán, treinta (30) de julio de 2021

Expediente:	19-001-33-33-008- 2015-00350-00
Demandante:	JULIO SOTO Y OTRA
Demandado:	E.S.E NORTE 2 Y OTROS
Medio de Control:	REPARACIÓN DIRECTA

Sentencia núm. 139

1.- ANTECEDENTES.

1.1.- La demanda y postura de la parte actora.

El grupo accionante conformado por JULIO SOTO y LUZ AYDA JULICUE LARGO, por intermedio de apoderado judicial instauraron demanda bajo el medio de control de reparación directa para obtener la declaración de responsabilidad administrativa y patrimonial de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 2 E.S.E. y del HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER, con ocasión de los perjuicios que presuntamente les fueron causados con motivo de la muerte de su recién nacido, a raíz de la desatención e indebida prestación del servicio médico al momento del parto.

Como supuestos fácticos, se relata en la demanda, que el 22 de agosto de 2013 asistió la señora LUZ AYDA JULICUE LARGO para ser valorada por una brigada médica de la IPS de Caloto, debido a que se encontraba en estado de embarazo, por primera vez, examinándola y determinando que tenía 40.6 semanas de gestación, por lo cual, fue remitida al hospital de Caloto.

Inmediatamente fue atendida por urgencias en el Hospital “La niña María” de Caloto, por el médico Martín Adolfo Matabajoy, siendo hospitalizada y monitoreada, le realizaron ecografía cuyo resultado salió bien, sentía moverse a la bebé. Hacia las 7:00 a. m. la señora JULICUE LARGO informó que le dieron salida, que le hacía falta 8 días más para el parto. Se dirigió con su compañero a la vereda El Credo y a eso de las 4:00 p. m. le iniciaron dolores de parto.

A las 3:00 a. m. ingresó nuevamente la señora JULICUE LARGO al servicio de urgencias del hospital de Caloto, siendo atendida otra vez por el médico Martín Adolfo Matabajoy, quien procedió a remitirla de manera urgente para el hospital Francisco de Paula Santander, en el municipio de Santander de Quilichao, siendo allí recibida a las 8:00 a. m. y remitida a la sala de parto. Nacida la bebé fue remitida de urgencia para Cali con diagnóstico de “NEUMONIAS POR BRONCOASPIRACIÓN DE MECONIO”.

Se afirma en la demanda que fue trasladada a la clínica Rey David el 26 de agosto de 2013, internada en UCI, donde permaneció hasta el 31 de agosto de 2013, fecha en que falleció.

Que el diagnóstico definitivo fue “aspiración neonatal de Meconio, trombocito no especificado, asfixia de nacimiento severa, síndrome de dificultad respiratoria de recién nacido, hemorragia pulmonar masiva originada en periodo prenatal y sepsis bacteriana de recién nacido, no especificada”.

La parte accionante presentó alegatos de conclusión de manera extemporánea.

1.2.- La postura y argumentos de las entidades demandadas.

1.2.1.- De la E.S.E. NORTE 2.

El mandatario judicial de esta entidad, en tiempo contestó la demanda, señalando que se opone a la prosperidad de las pretensiones por cuanto no existe falla médica o en el servicio médico, y, por tanto, no existe nexo de causalidad entre el servicio prestado a la señora Luz Ayda Julicue Largo, como a su bebé que estaba por nacer, con la muerte del recién nacido.

Señala que la Empresa Social del Estado obró bajo los criterios de pertinencia, oportunidad, accesibilidad y continuidad, garantizando la prestación de los servicios de salud a la paciente y a su bebé, con base en su diagnóstico, por lo cual, al no acreditarse la culpa de los agentes de la administración, no es procedente derivar responsabilidad a la entidad que representa.

Argumenta que el título de imputación aplicable al presente asunto es el de falla probada del servicio, siendo indispensable que la parte accionante acredite que la conducta del médico tratante y/o el centro hospitalario fue la causa adecuada del desenlace producido en la paciente, sin embargo, afirma que con los medios de pruebas arrimados al proceso pese a que se acredita el daño, no se evidencian probados los elementos de la responsabilidad, pues reitera, el daño no es imputable a la entidad.

Propuso las excepciones que denominó: “Ausencia de culpa”, “ausencia de responsabilidad” e “inexistencia del deber de indemnizar”.

En la etapa de alegatos, la defensa técnica de la Empresa Social del Estado reiteró los argumentos expuestos en su contestación, aduciendo que, con base en las pruebas debidamente practicadas, se acreditó la debida y oportuna prestación del servicio médico a la señora Luz Ayda Julicue Largo, asimismo, no se tiene certeza de las causas de la muerte de la recién nacida, la cual, afirma, no ocurrió en la Institución, por lo cual, señala no se configura la falla en el servicio alegada en la demanda.

Señala, además, que el servicio médico prestado en la Empresa Social del Estado se realizó teniendo en cuenta los elementos técnicos y profesionales a su alcance, considerando que se trata de un centro médico de primer nivel.

Finalmente, manifestó que, de acuerdo con la historia clínica, se dio indicación al señor Julio Soto y a su compañera, quedarse en el perímetro del municipio teniendo en cuenta que había empezado labores de parto, sin embargo, hicieron caso omiso a esta recomendación y salieron hacia una vereda, omisión que conllevó al desenlace fatal de la recién nacida, reiterando, que, aunque se sufrió un daño, el mismo no es imputable a la entidad accionada, pues no se acreditó la falla en el servicio médico que fue prestado a la accionante, siendo lo correcto, negar las pretensiones de la demanda.

1.2.2.- Del Hospital Francisco de Paula Santander.

El Hospital Francisco de Paula Santander no contestó la demanda.

En la etapa de alegatos de conclusión, la defensa técnica de la entidad señaló que no se acreditó la falla en el servicio médico en cabeza de su representada, puesto que la atención que se brindó por parte del personal médico fue oportuna y bajo los parámetros establecidos en los protocolos de atención, con base en el estado de la paciente. Que no se tiene certeza de las causas por las cuales falleció la menor recién nacida y que la misma no ocurrió en el Hospital Francisco de Paula Santander.

Manifestó que no se encuentran acreditados los elementos de la responsabilidad, dado que, no se demostró el error médico y el nexo de causalidad con el desenlace fatal padecido, hecho necesario para endilgar responsabilidad, aduciendo que la parte actora no realiza en la demanda un estudio juicioso en el cual se indique específicamente en qué momento ocurrió la falla en el servicio médico de la entidad.

Señala que, con base en la historia clínica, la atención fue oportuna, diligente y se realizaron los análisis necesarios para llevar a buen término el trabajo de parto, aclarando que la aspiración de meconio de la menor, ocurrió en el momento expulsivo, etapa última del trabajo de parto en la que es imposible prever este tipo de complicaciones, una vez nace la bebé, se presta la atención debida y se traslada a un centro de mayor complejidad para ser atendida debido a su complicación y atendiendo a que no se cuenta en el nivel II con unidad de cuidados intensivos neonatal y el personal especializado para la atención que requería.

Con base en lo expuesto solicitó, negar las pretensiones de la demanda.

1.2.3.- De la entidad llamada en garantía – Seguros del Estado S.A.

Asistida de mandataria judicial, esta entidad aseguradora se opuso a las pretensiones de la demanda, hasta tanto se demuestre en el curso del proceso que efectivamente la E.S.E. Norte 2 haya incurrido en culpa en la responsabilidad que se le atribuye, derivada de una presunta negligencia médica, situación que no se encuentra acreditada, puesto que, con base en las pruebas arrimadas al proceso, se demostró que se tomaron las medidas necesarias para atender la urgencia, con base en el cuadro clínico que presentó al momento del ingreso a la Institución. Que egresó de la institución en buenas condiciones y las complicaciones presentadas durante el parto no son responsabilidad de la empresa social del estado.

Propuso las excepciones que denominó: “Excepción genérica”, “ausencia de responsabilidad de parte de la Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E.”, “inexistencia de nexo causal”, “exoneración por cumplimiento de obligación de medio”, “Indebida tasación de perjuicios morales”.

En cuanto al llamamiento en garantía señaló que la póliza pactada con la E.S.E. Norte 2 tiene una serie de condiciones, exclusiones y cláusulas que deben ser debidamente estudiadas y adecuadas al caso concreto, pues limitan la responsabilidad de la entidad aseguradora, sin embargo, señaló que no existe responsabilidad en cabeza de la empresa social del estado demandada.

Propuso las excepciones frente al llamamiento en garantía que denominó: “Exclusiones contenidas en la póliza nro. 40-03-101000244”, “Límite de responsabilidad de la póliza/suma asegurada”, y la “Excepción genérica”.

En la etapa de alegatos de conclusión, la entidad aseguradora se sostuvo en los argumentos expuestos en la contestación de la demanda y del llamamiento en garantía, señalando que la E.S.E. Norte 2 no tiene responsabilidad en la muerte de la menor recién nacida. Asimismo, reiteró lo correspondiente a los límites y las condiciones pactadas en el contrato de seguro con la Empresa Social del Estado.

1.3.- Intervención del Ministerio Público.

La representante del Ministerio Público delegada a este despacho no presentó concepto en esta instancia.

2.- CONSIDERACIONES.

2.1.- Presupuestos procesales de competencia y caducidad del medio de control.

Por la cuantía y el lugar de los hechos este juzgado es competente para conocer del asunto en primera instancia, según los artículos 140 y 155 # 6 de la Ley 1437 de 2011.

En cuanto a la caducidad del medio de control de reparación directa, encontramos que los hechos fundamento del litigio ocurrieron entre el 26 y el 31 de agosto de 2013, fecha de fallecimiento de la bebé, por lo que se tenía para presentar la demanda hasta el 1. ° de septiembre de 2015.

La demanda se presentó el 4 de agosto de 2015, es decir, se hizo en el término oportuno según lo dispuesto en el artículo 164 numeral 2 literal j) del CPACA, sin que sea necesario tener en cuenta la suspensión del término de caducidad acaecido al surtirse el requisito de procedibilidad de la conciliación extrajudicial, el cual fue tramitado entre el 21 de agosto y el 2 de octubre de 2014, fecha en que fue expedida la constancia de fracaso de la audiencia por parte de la Procuraduría 40 Judicial II para Asuntos Administrativos.

2.2.- Problemas jurídicos.

Tal y como se determinó en la etapa de fijación del litigio, corresponde determinar si hay lugar a declarar a las entidades demandadas administrativamente responsables por el fallecimiento de la recién nacida, hija de la señora Luz Ayda Julicue Largo, ocurrida el 31 de agosto de 2013 en la Clínica Rey David de la ciudad de Cali.

En caso afirmativo, establecer si hay lugar a reconocer los perjuicios reclamados por el grupo accionante.

Igualmente, se absolverá:

(i) ¿Cuál es el régimen de responsabilidad estatal por el que se estudiará el presente asunto?

(ii) ¿Las entidades demandadas demostraron la configuración de las eximentes de responsabilidad que alegan en su defensa?

(iii) Deberá determinarse igualmente, la responsabilidad de la entidad llamada en garantía.

2.3.- Tesis.

Para el Despacho se configuró una pérdida de oportunidad de la paciente recién nacida de recibir una atención oportuna en el Hospital Francisco de Paula Santander, que le pudo haber salvado la vida, y esto ocurrió por cuanto se prolongó el trabajo de parto de su progenitora, sin tener en consideración las posibles consecuencias y complicaciones que podía presentarse, al tratarse un embarazo prolongado de 41 semanas, con más de 24 horas de trabajo de parto.

Se declararán probadas las excepciones de ausencia de responsabilidad e inexistencia del deber de indemnizar, respecto de la Empresa Social del Estado E.S.E Norte 2 y, en consecuencia, se negarán las pretensiones respecto de esta entidad, ordenando, además, desvincular a la entidad llamada en garantía.

2.4.- Razones que soportan la decisión.

Para explicar la tesis planteada se abordarán los siguientes temas: (i) Lo probado en el proceso, (ii) Marco jurídico, (iii) Juicio de responsabilidad, y (iv) perjuicios.

PRIMERA: Lo probado en el proceso.

- Atenciones recibidas con anterioridad al 22 de agosto de 2013.

❖ Obra historia clínica de la señora Luz Ayda Julicue Largo, por atenciones recibidas en la IPS CXHAB WALA KIWE, se destacan las siguientes anotaciones respecto de los controles prenatales:

02 05 13
"*mc: control prenatal (…)"* [Así fue escrito].

01 06 13
"*(…) mc: control prenatal*

ASISTE GESTANTE DE 19 AÑOS REFIERE SENTIRSE BIEN DE SALUD, NIEGA SIGNOS DE ALARMA, AG0- G1-P0-A0
EF: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ASINTOMATICA, NOMOCEFALICA, CON JUNTIVAS ROSADAS MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN GRAVIDO, FUV, AU:31 CM (…) PRESENTACIÓN CEFÁLICA, GU: NORMAL, EXT: SIN EDEMA.
DX: EMBARAZO 29,00 SS EXTRAPOLADO X ECO
SOBREPESO" [Así fue escrito].

02 07 13
"(…)
MC: CONTROL PRENATAL
ASISTE USUARIA DE 19 AÑOS MANIFIESTA SENTIRSE BIEN DE SALUD, NIEGA SIGNOS DE ALARMA G1 P0 A0
EF. PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ASINTOMATICA, NOMOCEFALICA, CON JUNTIVAS ROSADAS MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN GRAVIDO (…)
DX: EMBARAZO 33,3 SS
SOBREPESO (…)" [Así fue escrito].

16 07 13
"(…)
MC: Control prenatal
(…) FUM: 10 Nov/12 Embarazo 35 semanas (…)" [Así fue escrito].

30 07 13
"(…) MC. Control Prenatal
EA: Paciente acude a control prenatal. Cefalea (+) mareos (+) visión borrosa (+) fosfenos (-) tinitus (-) vómito (+) Nauseas (-) Dolor abdominal bajo (+) Leucorrea (-) Disuria (-) sangrado (-) amniorrea (-) (…)
No actividad uterina
Resto normal.
Dx: Emb. De 37,3 ss (…)". [Así fue escrito].

10 08 13
"(…)
Paciente acude a control prenatal al momento estable. Refiere movimientos fetales (+) niega leucorrea, Disuria, sangrado y/o aminorrea, refiere edema de MI (…)
No actividad uterina. (…) Pelvis gineco al ángulo. Cervix (Sic) cerrado reblandecido (Sic).
Resto normal
Dx Emb de 39 ss" [Así fue escrito].

15 08 13
"Se le realiza visita domiciliaria a embarazada de 19 años de edad. Con 39.5 semanas de gestación. (…) En el momento se encuentra en condiciones de salud estable. Refiere la embarazada que presenta dolor vajito (Sic) y fue casi siempre a (Sic) estado con esos dolores. Altura uterino 38 cm FCF 158 Xi, buen movimiento fetal. Precentación (Sic) no se ubica en el momento, pero en la ecografía está cefálico. Por lo tanto, se remite a la partera para que verifique la posición del bebé. Se le brinda educación sobre los signos de alarma y se recomienda estar pendiente de dos movimientos fetales. (…)" [Así fue escrito].

22 08 13
"MC Me dijeron que el parto era para el 17 agosto
EA- Paciente con FUM de 10-nov-12 para 40,5 ss, ultrasonido de abril 2- 2013 con 20.3 ss extrapolada a hoy 40,4 ss (…) Dorso izquierdo cefálico, cuello cerrado, no aminorrea (…) Dx (1) Emb 40,5 ss (2) G1 P0 (3) ARO (4) embarazo prolongado (…)" [Así fue escrito].

02 09 13
"22-8-13 Ella acude a la brigada como se había acordado el día anterior para la valoración. El médico después de valorarla la remite para la ESE Norte dos para un monitoreo fetal y valoración con ginecología para definir parto ya que la fecha probable de parto esta para el día 17-8-13 por ecografía y era el día 22-8-13. No había sentido nada. Dependiendo de la valoración en urgencias definirían si la remitían para Hospital Santander. Pasadas más o menos dos horas la hermana de la embarazada me llama al celular a decirme que qué hace porque el médico de

urgencia le dijo que por qué la habían remitido si no tenía ninguna contracción y que ella está bien y que todavía le faltaba tiempo. Entonces se le pasa la llamada al médico David F. el cual recomienda ir a la IPS y hablar con la Jefe Liceth para que la oriente." [Así fue escrito].

❖ Obra documento denominado seguimiento del embarazo con el cual se acredita que presentó las siguientes condiciones:

- La fecha probable de parto era el 17 de agosto de 2013.
- De marzo a agosto presentó obesidad y sobrepeso.
- En los meses de julio y agosto presentó dolor bajito.
- A partir del mes de julio la bebé presentó una posición cefálica.

En cuanto a la atención prestada a la señora Luz Ayda Julicue Largo en la Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E.

❖ Obra historia clínica de la ESE Norte 2 de la cual se destacan las siguientes anotaciones:

✓ FECHA DE ATENCIÓN CONSULTA: 22/08/2013 01:40:29

"MOTIVO DE CONSULTA
EMBARAZO PROLONGADO

ENFERMEDAD ACTUAL
PRIMIGESTA CON EMB DE MAS O MENOS 40.6 SS POR PRIMER ECO DEL 2-04-2013 AL MOMENTO ESTABLE NO SINTOMAS O SIGNOS DE TRABAJO DE PARTO ESTABLE, REMITIDA DE IPS AIC AREA RURAL BRIGADA POR EL DR. FELIPE DINAR CON IDX: EMBARAZO PROLONGADO Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO SE DEJA EN URGENCIAS PARA REVALORACIÓN, A LAS 7 Y 20 am, SE REVALORA LA PTE, FCF 145 POR MIN, CON DOOPLER, CEFALICO, AL TACTO VAGINAL, DILATACION 0, ESTACION MENOS 1, BORRAMIENTO 0, SIN CONTRACCIONES UTERINAS, DE LE DEJA PARA OBSERVAR INICIO DL TRABAJO DE PARTO.
(…)
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE RHAS PRESENTES NO MEGALIAS ALTURA UTERINA FRECUENCIA CARDIACA ACTIVIDAD UTERINA NULA MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES
GENITOURINARIO: NO GENITORRAGIA NO DESPRENDIMIENTO DE TAPON MUCOSO. (…)". [Así fue escrito].

NOTAS DE ENFERMERIA.
"22/08/2013 01:54:20 p.m. 12:56 INGRESA PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD AL AREA DE URGENCIAS CONCIENTE ORIENTADA L CUAL REFIERE QUE FUE REMITIDA POR EL DOCTOR FELIPE DINAR BRIGADA RURAL POR TENER 40.6 SEMANAS DE GESTACION SE OBSERVA TRANQUILA CON MUCOSAS Y PIEL ROSADAS TORAX SIMETRICO ABDOMEN GLOBULOSO SIN DOLOR EXTREMIDADES SIN EDEMA O DOLOR AL MOVIMIENTO SIGNOS VITALES T:36, FR:20, FC:78, TA: 100/80, SO2:99% LA CUAL ES VALORADA POR EL MEDICO DE TURNO PENDIENTE DEFINIR CONDUCTA.

22/08/2013 02:45:32 p.m. PACIENTE LA CUAL SALE LA MONITORIA NORMAL CON LEVES CONTRACCIONES SE DEJA EN SALA PARA OBSERVAR POR TENER DOMICILIO LEJANO EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR.

22/08/2013 06:59:42 p.m. PACIENTE LA CUAL PASA EL RESTO DE LA TARDE TRANQUILA SIN REFERIR NINGUN DOLOR O COMPLICACIONES.

22/08/2013 04:10:01 a.m. PACIENTE DUERME INTEVALOS LARGOS TRANQUILA SIN CONTRACCIONES SV ESTABLE

22/08/2013 06:47:58 a.m. PACIENTE QUE PASA EL RESTO DE LA NOCHE TRANQUILA SIN CONTRACCIONES SV T/A120/70, T°36°C, FR20X, FC90X

22/08/2013 09:36:28 a.m. 7:00 SE RECIBE PACIENTE EN CAMA CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, CON SV TEMP 36, FC 78, FR 20, TA 100/80.

22/08/2013 09:47:30 a.m. PACIENTE QUE DURANTE LA MAÑANA NO PRESENTA CONTRACCIONES, NI SALIDA DE LIQUIDO, ES VALORADA POR EL MEDICO DE TURNO QUIEN DECIDE DARLE SALIDA, CON RECOMENDACIONES, SE VA A QUEDAR DENTRO DEL PERIMETRO URBANO DONDE UN FAMILIAR." [Así fue escrito].

- ✓ FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA: 23/08/2013

"ENFERMEDAD ACTUAL
PRIMIGESTA CON EMB DE MAS O MENOS 40.6 SS POR PRIMER ECO DEL 2-04-2013 AL MOMENTO ESTABLE NO SINTOMAS O SIGNOS DE TRABAJO DE PARTO ESTABLE, REMITIDA DE IPS AIC AREA RURAL BRIGADA POR EL DR. FELIPE DINAR CON IDX: EMBARAZO PROLONGADO Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO SE DEJA EN URGENCIAS PARA REVALORACIÓN, A LAS 7 Y 20 am, SE REVALORA LA PTE, FCF 145 POR MIN, CON DOOPLER, CEFALICO, AL TACTO VAGINAL, DILATACION 0, ESTACION MENOS 1, BORRAMIENTO 0, SIN CONTRACCIONES UTERINAS, DE LE DEJA PARA OBSERVAR INICIO DL TRABAJO DE PARTO.
(…)
NOTA DE EVOLUCIÓN
PRIMIGESTA CON EMB DE MAS O MENOS 40.6 SS POR PRIMER ECO DEL 2-04-2013 AL MOMENTO ESTABLE NO SINTOMAS O SIGNOS DE TRBAJO DE PARTO ESTABLE REMITIDA DE IPS AIC AREA RURAL BRIGADA POR EL DR, FELIPE DINAR CON IDX EMBARAZO PROLONGADO Y ALTO RIESGO OBSTETRICO SE DEJA EN URGENCIAS PARA REVALORACIÓN A LAS 7 Y 20 am, SE REVALORA LA PTE, FCF 145 POR MIN, CON DOOPLER, CEFALICO AL TACTO VAGINAL, DILATACION 0, ESTACIÓN MENO 1, BORRAMIENTO 0, SIN CONTRACCIONES UTERINAS, LA PTE TIENE FAMILIA EN CALOTO SE LE DA SALIDA CON LA CONDICION DE QUE AL INICIAR DOLORES DE PARTO SEA TRAIDA NUEVA/ A LA URGENCIA DE ESTE HOSPITAL". [Así fue escrito].

- ✓ FECHA DE ATENCIÓN CONSULTA: 25/08/2013 08:07:07 a.m.

"ENFERMEDAD ACTUAL
PCT PRIMIGESTA CON EMB DE 41 SS HOY POR PRIMER ECO DEL 2-04-2013 CON 20.3 SS ACUDE POR CC DE DOLOR DE TIPO CONTRACCIÓN LEVE ESPORADICO DE 24 HORAS DE EVOL, ESTABLE AL MOMENTO EN FASE LATENTE DE TRABAJO DE PARTO CON TENSION ARTERIAL ELEVADA DE 130/90 MAS EMESIS DOS EPISODIOS SE DEJA PARA MANEJO SINTOMATICO Y DETERMINAR CONDUCTA. CONTROLE PRENATALES SEIS. VDRL: NO REACTIVO. VIH: NO REACTIVO. GLICEMIA: 96. HBsAg: NO REACTIVO. GRUPO SANGUINEO: O POSITIVO. CONCLUSIÓN EMBARAZO PROLONGADO CON TRABAJO DE PARTO LATENTE O NO EFECTIVO.
09H:00 MONITORIA FETAL CON LINEA BASAL DE 140 LPM SIN ACELERACIONES O DESACELERACIONES ESTABLE AL MOMENTO CATEGORIA I.
PCT AL MOMENTO CON TENSION ARTERIAL DE 132/84 SIN PREMONITORIOS ESTABLE PRESION ARTERIAL BASAL CONTROL 100/60
09:15 COMENTADA ADMINISTRATIVAMENTE CON SANDRA PEÑA A HFPS Y ACEPTADA EN PARTOS POR EL DR. G/O RENE MARTINEZ. PCT SALE ESTABLE.
(…)
EXAMEN FISICO
(…)
ABDOMEN GESTANTE CON ALTURA UTERINA DE 35 CENTIMETROS MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR NO EFICIENTE PARA DESENCADENAR TRABAJO DE PARTO FRECUENCIA CARDIACA FETAL DE 150 PO MINUTO.
GENITO URINARIO: CUELLO CENTRAL NO DILATACION CERRADO (…)
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:
DIAGNOSTICO PPAL:048X- EMBARAZO PROLONGADO
TIPO DE IMPRESIÓN DX: CONFIRMADO NUEVO
DIAGNOSTICO 1: R030- LECTURA ELEVADA DE LA PRESIÓN SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION." [Así fue escrito].

- ❖ Obra documento denominado traslado de pacientes a un nivel de mayor complejidad, diligenciado el 25/08/2013, en el cual se indica:

"EVOLUCION DURANTE EL TRASLADO: Paciente G1P0 con embarazo de 41.1 semanas por eco del 2-Abril-2013. Paciente con actividad uterina irregular y o efectiva, sin cambios cervicales, con (ilegible) tensionales elevados Paciente estable y alerta.

ENTREGO PACIENTE CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS: Paciente en buenas condiciones generales, alerta, hidratada, en el momento sin actividad uterina ni cambios cervicales, no síntomas premonitorios.
(…)
FECHA DE ENTREGA DEL PACIENTE: 25/08/13
HORA DE ENTREGA DEL PACIENTE: 10+10" [Así fue escrito].

- Respecto de la atención médica prestada a la señora Luz Ayda Julicue Largo en el Hospital Francisco de Paula Santander.

❖ Se remitió historia clínica de la cual se destacan las siguientes anotaciones:

Fecha de ingreso 25/08/2013 10:14
Fecha de Egreso 26/08/2013 08:23
Hora de atención: 10:25

25/08/2013
"Enfermedad actual
PACIENTE DE 19 AÑOS, G1P0, FUM:10/11/2012 PARA EMB DE 41,1 SS. ACRODE CON ECOGRAFÍA OBSTETRICA DEL 02/04/2013. ES REMITIDA DEL HOSPITAL DE CALOTO POR EMBARAZO PROLONGADO, REFIERE QUE DESDE HACE 24 HORAS INICIA CON DOLOR ABDOMINAL TIPO CONTRACCIÓN UTERINA, SALIDA DE TAPÓN MUCOSO AYER EN LA NOCHE, NO PREMONITORIOS, PERCIBE MOV FETALES. # CPN: 6, UROANALISIS DEL 02/07/2013 NORMAL, TOXOPLASMA IGM NEGATIVO, RUBEOLA IGM NEGATIVO, IGM CITOMEGALOVIRUS NEGATIVO, HEMOGRAMA 08/01/2013 CON HGB: 10.8 Y SEROLOGÍA NO REACTIVA, GS: O+, AGS HB: NEGATIVO, VIH: NEGATIVO.
(…)
11. Abdomen-UTERO GRAVIDO, ALT UTERINA 33CM, FETO ÚNICO VIVO CEFALICO DORSO IZQ, FCF: 130LXM, NO ACTIVIDAD UTERINA DE T. DE PARTO.
14. Genitourinario- TV: OCE CERRADO CUELLO ANTERIOR, BLANDO, CORTO. NO GENITORRAGIA NI AMNIORRERA.
(...)
Resumen de evolución
PACIENTE CON EMBARAZO DE 41SS, G1P0, EMBARAZO PROLONGADO, SE HOSPITALIZA SALA T DE PARTO, SS MONITORIA FETAL, VAL POR GINECOLOGIA PARA DEFINIR VIA DE PARTO.
MONITORIA FETAL CATEGORIA I
ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, FCF: 140LXM, TV:D: 3CM, B. 100% EST. 0, MEMBRANAS OVULARES INTEGRAS.
PLAN CONTINUA COM IGUAL MANEJO
PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO, G1P0A0, T/A: 126/80, FC:90, FCF:142, SE REALIZA AMNIOTOMIA A LAS 21+31, CON LIQUIDO ESCASO SANGUINOLENTO, FCF POST AMNIOTOMIA: 148.
NOTA:
SE VALORA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO, EN CAMA, ALERTA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EXAMEN FÍSICO: FETO ÚNICO, PRESENTACIÓN: OCCIPITOPUBICO, FCF:145, ESTACION: +2, DILATACION 7CM, BORRAMIEOT: (Sic) 90%, SE PALPA EDEMA EN MERIDIANO DE 12 EN PARTE ANTERIOR DEL CUELLO DEL CERVIX, PLAN: PASAR 500 CC SSN 0.9% PARA 4 HORAS, VIGILAR EVOLUCIÓN DE TRABAJO DE PARTO.
HORA PARTO 23.23 PACIENTE RN SEXO FEMENINO QUIEN AL MOMENTO DEL PARTO PRESENTO SD DE DISTRES RESPIRATORIA SECUNDARIO A BRONCOASPIRACION DE MECONIO APGAR 4-6 CAPURRO PARA 40 SEM PESO
SE PASA SONDA OROGRASTRICA OBTENIENDO MECONIO AL ENTUBAR AL RN SE ASPIRA MECONIO EN TODO MOMENTO FUE ASISTIDO POR PEDIATRA DE TURNO QUIEN REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL SE COLOCA LEV DAD10/% SE DECIDE REMITIR CON DX NEUMONIAS POR BRONCOASPIRACION DE MECONIO LA MADRE ASISTIO A CPN NO COMPLICACIONES PREVIA SEPSIA Y ANTISEPSIA SE PASA CATETER UMBILICAL N/5 FEINS Y SE FIJA EN 14 POR LA PEDIATRA MEGALY FERNANDEZ. (…)" [Así fue escrito].

Se realizaron las siguientes anotaciones el 25 de agosto de 2013:

10:35 "PACIENTE CON EMBARAZO DE 41 SS, G1P0, EMBARAZO PROLONGADO, SE HOSPITALIZA SALA T. DE PARTO, SS MONITORIA FETAL, VAL POR GINECOLOGÍA PARA DEFINIR VIA DE PARTO."

12:07 "PACIENTE VALORADA POR GINECÓLOGO DE TURNO DR MARTINEZ QUIEN ENCUENTRA PROPORCIÓN FETO PELVICA ADECUADA PARA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO, SE INICIA INDUCCIÓN CON MISOPROSTOL."

12:18 "MONITORIA FETAL CATEGORIA I"

16:07 "EVOLUCIÓN TRABAJO DE PARTO, ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, FCF: 138LT/MIN. DILATACIÓN 2 CM, BORRAMIENTO 90%, MEMBRANAS ÍNTEGRAS, ESTACIÓN 0. SE COLOCAN 500 MCG DE MISOPROSTOL INTRACERVICAL."

17:07 "ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, FCF: 140LXM, TV:D: 3CM, B.100% EST. 0, MEMBRANAS OVULARES INTEGRAS. PLAN CONTINUAR COM IGUAL MANEJO."

19:20 "SE VALORA PACIENTE EN CAMA, COM ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, EXAMEN FÍSICO: PRESENTACION, CEFALICO, DORSO IZQUIERDO, DILATACION: 3CM, BORRAMIENTO 80%, MEMBRANAS ÍNTEGRAS, FCF: 142 COM DOS DOSIS DE MISOPROSTOL. CONTINUA TRABAJO DE PARTO"

20:24 "PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO, G1P0A0, T/A: 126/80, FC: 90, FCF: 142, SE REALIZA AMNIOTOMIA A LAS 21:31, CON LIQUIDO ESCASO SANGUINOLENTO, FCF POST AMNIOTOMIA:148."

21:09 "SE VALORA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO, EN CAMA, ALERTA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EXAMEN FISICO: FETO UNICO, PRESENTACIÓN OCCIPITOPUBICO, FCF: 145, ESTACIÓN: +2, DILATACIÓN 7 CM, BORRAMIENTO:90%, SE PALPA EDEMA EN MERIDIANO DE 12 EN PARTE ANTERIOR DEL CUELLO DEL CERVIX, PLAN: PASAR 500 CC SSN 0.9% PARA 4 HORAS, VIGILAR EVOLUCIÓN DE TRABAJO DE PARTO."

22:07 "SE VALORA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO EN CAMA, T/A:120/70, FC: 80 FCF: 147, PRESENTACIÓN CEFÁLICO, OCCIPITOPUBICO, DILATACIÓN: 10 CM, BORRAMIENTO: 100%, POR LO CUAL SE DECIDE CONTINUAR TRABAJO DE PARTO, CON CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y TENSIÓN ARTERIAL MATERNA, SE DARA 1 HORA EN FASE EXPLUSIVO."

23:58 "HORA PARTO 23.23 PACIENTE RN SEXO FEMENINO QUIEN AL MOMENTO DEL PARTO PRESENTO SD DE DISTRES RESPIRATORIA SECUNDARIO A BRONCOASPIRACION DE MECONIO APGAR 4-6 CAPURRO PARA 40 SEM PESO SE PASA SONDA OROGASTRICA OBTENIENDO MECONIO AL ENTUBAR AL RN SE ASPIRA MECONIO EN TODO MOMENTO FUE ASISTIDO POR PEDIATRA DE TURNO QUIEN REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL SE COLOCA LEV DAD 10% SE DECIDE REMITIR CON DX NEUMONIAS POR BRONCOASPIRACIÓN DE MECONIO LA MADRE ASISTIO A CPN NO COMPLICACIONES."

- <u>Historia clínica relacionada con la recién nacida.</u>

- Se allegó certificado de nacido vivo antecedente para el registro civil de nacimiento, en el cual se indica:
  Nació el 25-08-2013
  Hora: 23:23
  Sexo: Femenino
  Hija de: Luz Ayda Julicue Largo.

- Se allegó certificado de defunción antecedente para el registro civil, en el cual se indica que la bebé falleció en la ciudad de Cali, el 31 de agosto de 2013, hora: 11:25.

- Obra informe de ECO TRANSFONTANELAR realizado a la menor recién nacida, en la cual se señaló:

"Con transductor lineal se realizó exploración ecográfica por vía transfontanelar, con los siguientes hallazgos:
Sistema ventricular de tamaño y configuración normal.
No hay desviación de estructuras de la línea media.
No hay lesiones que ocupen espacio en los hemisferios cerebrales.
Fosa posterior de aspecto ecográfico normal.
IV ventrículo central
Núcleos de la base y tálamo conservado.
Lo evaluable del parénquima cerebral conservado.

No se logran identificar hemorragias de la matriz germinal.
No se determinan calificaciones anormales
Se observa disminución en la profundidad de los surcos con apiñamiento de los surcos indicando probable edema cerebral.
CONCLUSION
Ecografía transfontanelar sin evidencia de hematoma epicoma subdural o hemorragia intraparenquimatosa.
Datos de edema cerebral."

- Se remitió la historia clínica por las atenciones prestadas a la recién nacida, en la clínica Rey David, de la cual se destacan:

DATOS DEL INGRESO

- *MOTIVO DE CONSULTA*
  PACIENTE REMITIDA DE SANTANDER DE QUILICHAO POR BRONCOASPIRACIÓN DE MECONIO

- *ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL*
  (…)
  "PACIENTE DE 3 HORAS DE VIDA REMITIDA DEL HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER POR BRONCOASPIRACIÓN DE MECONIO.

  EL 25 DE AGOSTO DE 2013 A LAS 23:23, NACE RN DE SEXO FEMENINO PRODUCTO DEL 1° EMBARAZO DE 41 SEMANAS, MADRE DE 19 AÑOS, PADRE DE 44 AÑOS, G1P1C0A0V1, REALIZÓ CONTROL EN 7 OCASIONES, NO ANTECEDENTE DE INFECCIÓN URINARIA, NO SANGRADO VAGINAL, NO PATOLOGÍA DURANTE EL EMBARAZO, GRUPO SANGUINEO MATERNO O (+), GRUPO PATERNO SIN DATOS, VDRL NO REACTIVA, VIH NEGATIVO, NO ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS, NO SIGNOS DE CORIOAMNIONITIS.

  MADRE INICIA TRABAJO DE PARTO EN HORAS DE LA MAÑANA, REALIZAN AMNIOTOMÍA SEGÚN REMISIÓN LÍQUIDO SANGUINOLENTO, PARTO VAGINAL, PRESENTACIÓN /CEFÁLICA, LÍQUIDO AMNIOTICO MECONIADO EUTÉRMICO, APGAR 6/10 AL MUNUTO Y 7/10 A LOS 5 MINUTOS, SE SECA, SE ESTIMULA, SE ASPIRA PERO NO RECUPERA, REQUIERE VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA, DECIDEN INTUBAR EL PACIENTE, ASPIRAN ABUNDANTE MECONIO DE VÍA AÉREA, REALIZAN LAVADO GÁSTRICO, CETETERISMO UMBILICAL VENOSO, INCIAN LEV DAD 10% Y DECIDEN REMITIR EL PACIENTE POR NO DISPONER DE UCI NEONATAL.

  RN NACIDO SE INGRESA A LA UCI NEONATAL EN INCUBADORA DE TRANSPORTE, EN MALAS CONDICIONES, CON TOT 3,5, CON VPP, MAL PATRÓN RESPIRATORIO, CON SANGRADO POR BOCA Y A NIVEL UMBILICAL.

  TOT PEQUEÑO PARA EL PACIENTE, SE DECIDE CAMBIO DEL MISMO, SE REALIZA LARINGOSCOPIA OBSERVANDOSE LACERACIÓN DE ENCIA SUPERIOR Y SANGRADO A NIVEL DE EPIGLOTIS, SE ASPIRA ABUNDANTE SANGRE, SE INTUBA CON TOT 4,0 AL PRIMER INTENTO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE FIJA EN 10.

  PESO 3140 GRAMOS TALLA 49, PC 34 CM, TA 64/32, PAM 52, FC161 LPM, FR 78X, T° 36°C, SAT02 100% CON FI02 100%

  EXAMEN FISICO FONTANELAR ANTERIOR NORMOTENSA, PUPILAS ISOCÓRICAS REACTIVAS, PALADAR ÍNTEGRO, LASCERACIÓN DE ENCÍA SUPERIOR A NIVEL IZQUIERDO, PABELLÓN AURICULAR DE IMPLANTACIÓN NORMAL, TÓRAX NORMO-EXPANSIVO, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DADOS POR RETRACCIÓN SUBCOSTAL Y TIRAJES INTERCOSTALES, SILVERMAN 4-5 RONCUS Y ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, CORAZÓN RÍTMICO, NO AUSCULTO SOPLO CARDIACO, PULSOS DISTALES NORMALES, ACROCIANOSIS MARCADA, ABDOMEN BLANDO, PIEL ABDOMINAL ÍNTEGRA, NO VISCEROMEGALIAS, CORDÓN UMBILICAL CON DOS ARTERIAS Y UNA VENA, CATÉTER UMBILICAL VENOSO CON EVIDENCIA DE SANGRADO RUTILANTE, GENITALES EXTERNOS FEMENINOS NORMALES, DIURESIS (-), MECONIO (+), BUENA ABDUCCIÓN DE CADERAS, HIPOACTIVO – HIPOTÓNICO.

  ID: 1. RECIÉN NACIDO POST TÉRMINO CON PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL (3500 GRAMOS) 41 SEMANAS
  2. ASFIXIA PERINATAL
  3. SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO SECUNDARIA A ASFIXIA PERINATAL U BRONCOASPIRACIÓN DE MECONIO

4. RIESGO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR."
(…)
DIAGNOSTICOS DE INGRESO
(…)
Z370 NACIDO VIVO, UNICO
P211 ASFIXIA DEL NACIMIENTO, LEVE Y MODERADA
P220 SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO
P240 ASPIRACION NEONATAL DE MECONIO
(…)
AGOSTO 31 DE 2013 RN MUY CRITICO, HIPOXEMICO EN LA MA?NA (Sic) A PESAR DE TRANSFUSIÓN DE GRE ANOCHE HIPOPERFUNDIDO, CON DESATURACIONES DE O2 PERSISTENTES HASTA 56%, CON SOPORTE VASO ACTIVO MUY ALTO CON ADRENALINA, NOREPINEFRINA, DOBUTAMINA, DOPAMINA, EN VENT CONVENCIONAL PARAMETEROS ALTOS MÁS OXIDO NITRICO. A LAS 10 20 AM HACE PARO CARDIORESPIRATORIO, REQUIERE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR VPP. MASAJE CARDIACO, MULTIPLES BOLOS DE ADRENALINA, 2 BOLOS DE BICARBONATO, SIMULTANEAMENTE SANGRADO ABUNDANTE POR TOT, HEMOGRAMA DE CONTROL DE LA MA?NA (Sic) DE NUEVO CON TROMBOCITOPENIA Y ANEMIA HB 11, PLAQ 55000, DESPUES DE 12 MINUTOS DE REANIMACIÓN SE LOGRA OBTENER FC, QUEDA BRADICARDIO Y SE CONECTA DE NUEVO A VENTILACIÓN MECANICA, SE AUMENTA PARAMETROS VENTILATORIOS. DE NUEVO A LAS 11 AM, PRESENTA PARO CARDIACO, SE PROCEDE A REANIM DURANTE 25 MIN, NO RESPONDE Y FALLECE A LAS 11:25 AM.
(…)
DATOS DEL EGRESO
PLAN DE SEGUIMIENTO
FALLECE
DIAGNOSTICOS DE EGRESO
(…)
P240 ASPIRACION NEONATAL DE MECONIO
D696 TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA
P210 ASFIXIA DEL NACIMIENTO SEVERA
P220 SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO
P261 HEMORRAGIA PULMONAR MASIVA ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL
P369 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA." [Así fue escrito].

- <u>Atenciones recibidas por la señora Luz Ayda Julicue Largo con posterioridad a la muerte de la recién nacida.</u>

- Obra documento realizado por el Comité de Vigilancia Epidemiológica IPS ACIN Caloto, del cual se destacan las siguientes anotaciones:

"(…)
NOMBRES Y APELLIDOS: Hija de Luz Aida Julicue Largo
Identificación: ---
Dirección: El Credo
Teléfono: 3118259779
Parentesco: Madre
(…)
Familiograma:
Padre: Julio Soto Madre: Luz Aida Julicue
(…)
31. Control Prenatal: SI (…) Cuantos: (6)
33. Semana de gestación en que inició controles prenatales: (16)
34. Semana de gestación del último control prenatal: (39)
(…)
39. Problemas detectados en el control prenatal: 39.2 NO
(…)
63. Complicaciones en el parto: 63.1. Si ¿Cuáles? El día 25-sept 2013 en la sala de parto de la ESE Norte H.F.P.S los médicos decían que el parto era por hay hasta 7 noche, cuando se entregan turno las enfermeras se enojaban y decían que no pujaran a las 9:00 p.m., los médicos veían películas, a las 11:00 p.m. el médico me dijo que pujara que la llevara a la sala de parto, 11:30 más o menos nació muy morada y comió poco, respira rápido.
(…)
88. ¿Qué le dijeron los médicos sobre la causa de la muerte?, ¿Usted qué piensa de eso? Hermana Beatriz estuvo en Cali y le dijeron los médicos la bebé está muy delicada, la pediatra dijo que la bebe se comió el popo de ella y se regó por todo el

cuerpo, le infectó todo el cuerpo, está muy delicada, la bebé respiraba con un ventilador, parto muy demorado.
89. ¿Cuál considera usted que es la casusa de la muerte?
La niña nació mal por haber comido popó, todos los médicos dijeron está muy (delicadas) delicada, el Dr. Dijo parece que está respondiendo pero deben estar atentos por ella, está muy delicada, hinchazón en cabeza parece ser que fue en el parto.
(…)
VIII. SOBRE EL RECIEN NACIDO
94. Estado del recién nacido al momento de nacer: peso 3140 Talla 49
Características: Morado, dificultad para llorar.
95. Momento del parto en que ocurre la muerte con relación al parto: La bebé nació por parto vaginal con dificultad respiratoria, y (meconio) se trago el popo.
(…)
100. Fecha de muerte y hora de muerte:
31-08-2013 hora: 11:25 mtos.

101. Diagnóstico de morbilidad:
Broncoaspiración/Meconio – (APM) APN

102. Causa de muerte clínica:
Natural: Sepsis bacteriana del RN, trombocitopenia. (…)". [Así fue escrito].

- En audiencia de pruebas celebrada el 11 de septiembre de 2019, se recibieron los siguientes testimonios.

  - ❖ <u>De la parte accionante:</u>

    - ✓ <u>EMIRIAN DIAZ UL.</u>

Señaló que conoce a la señora Luz Ayda Julicue Largo 18 años atrás, es tía de su esposo; que el señor Julio Soto es el esposo de la señora Luz Ayda Julicue, residían en la vereda El Credo, del municipio de Caloto.

Manifestó que acompañó a la señora Luz Ayda Julicue el día de la atención, mientras la hermana hacía diligencias ante la EPS. Que a medio día le dieron salida, pero que la accionante decidió no quedarse en Caloto debido a que el médico le informó que le faltaban 8 días, se fue para la casa en la vereda El Credo a esperar el tiempo que le faltaba.

Días después la llamaron para que fuera al hospital de Santander a acompañar a la señora Julicue Largo, porque estaba sola, la hermana se había ido para Cali con la bebé. Que trasladó a la accionante hasta su vivienda en Caloto y allí el esposo la esperaba para llevarla hacia El Credo.

Dijo que ya era el tiempo para que naciera la bebé, pero desconoce si padecía algún inconveniente médico; solo la recibió en la salida del hospital en Santander y le informaron que requería cuidados.

Afirmó que la hermana de la señora Luz Ayda Julicue le informó que la bebé estaba muy malita, *"que se comió el popó"*.

    - ✓ <u>BEATRIZ JULICUE LARGO.</u>

Informó que es hermana de Luz Ayda Julicue Largo, que el embarazo de esta fue normal, se desarrolló bien, revisada y monitoreada por la EPS que prestó todos los servicios que requirió, tuvo atención por la especialidad en ginecología.

Que cuando su hermana cumplió los 9 meses de embarazo subió una brigada médica y ella asistió para ser valorada, pues la vereda donde reside queda lejos del municipio, aproximadamente a 45 minutos de distancia, allí le dijeron que ya estaba en término para tener el bebé, que debían remitirla para el hospital de Caloto, atención por urgencias.

Manifestó que en el hospital dejaron a su hermana un día hospitalizada, le hicieron monitoreo y les decían que estaba bien la bebé; en la madrugada le informaron que el bebé

estaba con el corazón muy lento. Al día siguiente llegó otro doctor y le dijo a la paciente que ella qué hacía allá, la revisó y le manifestó que todavía le faltaba tiempo, aproximadamente de 7 a 8 días, no tenía dolores, no estaba dilatando, que había más personas que necesitaban la camilla, que le iban a dar salida porque no era la hora.

Indicó que no se quedaron en Caloto pues debido al tiempo que le faltaba para el parto decidieron ir para la vereda El Credo y regresar faltando 2 o 3 días, le preguntaron a una médica tradicional el estado del bebé y les señaló que estaba bien. Más o menos a las 5 p.m. le empezaron dolores, pero era el primer hijo de la señora Luz Ayda y entonces pensaron que era normal o producto del cansancio o alguna otra cosa, además por lo que el médico les indicó que le faltaban más o menos 8 días, les pareció extraño y pensaron que no estaba en trabajo de parto, la cuidaron en la casa y no tuvieron afán de llevarla al hospital, por las indicaciones del doctor.

En la madrugada de ese día, el dolor fue más fuerte y una vecina les dijo que ya estaba en trabajo de parto, que debían llevarla al hospital, llamaron la ambulancia y en horas de la mañana la trasladaron al hospital de Caloto, en el traslado a la institución médica estuvo muy mal, con mucho vómito.

Ya en el hospital, señala que la bebé estaba bien, la tuvieron en revisión, el doctor que la atendió primero, le dijo "*uy muchacha usted todavía por acá, yo ya la hacía con ese bebé afuera*". Fue remitida al hospital de Santander de Quilichao en ambulancia.

En el Hospital Francisco de Paula Santander le señalaron que el parto se demoraba, que ella estaba bien, normal, la dejaron en observación, pero a ella le pareció extraño tanto tiempo. Pasadas las 11:00 p. m. veía a las enfermeras correr y llamando de urgencia a la sala de partos, le informaron que la bebé nació con problemas, que debían remitirla para Cali de urgencia, pero no le dieron explicación de lo sucedido.

En la clínica Rey David de Cali la recibieron y le dijeron que la bebé llegó en mal estado, que estaba grave, que había tragado popó de ella, que se trataba de una negligencia en Santander, que fue falta de atención de los médicos. Siempre le informaban que estaba muy mal, que harían todo lo posible para salvarla, pero no le daban esperanzas. Señala que le dieron 2 paros respiratorios, pero resistió. Le señalaron que se fuera para la casa que le informarían la evolución de la bebé, posterior a ello, falleció debido a que no resistió otro paro respiratorio. En esta clínica le preguntaron si se habían demorado en llevar a la paciente al hospital para el parto.

Que al hospital de Santander ingresó alrededor de las 7:00 p. m. y la bebé nació aproximadamente a las 11:45 p. m., no le daban información sobre los exámenes o la atención brindada, se dio cuenta que la bebé nació cuando todas las enfermeras corrían y señalaban que una bebé había nacido enferma.

En Caloto le informaron que en el hospital de Santander contaban con los servicios que requería la señora Luz Ayda y el bebé, que por ello la trasladaban.

Dijo que su hermana resultó muy afectada debido a la pérdida de su bebé, era su primer embarazo, esperaban a la bebé con muchos anhelos, siempre se cuidó y recibió la atención necesaria para que naciera bien. Que igualmente el señor Julio Soto esposo de Luz Ayda resultó muy afectado por la pérdida de la bebé y por el estado en el cual se encontraba la esposa. Estaban decepcionados porque pusieron toda la confianza en el concepto de los médicos.

- ❖ <u>De la Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E.</u>

  - ✓ <u>ALVARO ADECHINE CERPA:</u>

Fue el médico que atendió a la paciente en la Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E, el 23 de agosto de 2013, manifestó que no se acuerda de la señora JULICUE LARGO, pero sí del caso porque leyó su historia clínica, que para él fue sorpresa lo ocurrido. Respondió así el interrogatorio:

"… la atendí el 22 de agosto de 2013,… una paciente que llega con un diagnóstico de embarazo prolongado, lo vital de un embarazo es que dure hasta las 42 semanas, la paciente me llega en buen estado general, un embarazo de 40.6 semanas, la fecha se saca por la ecografía, porque no recordaba prácticamente la fecha de la última menstruación, de la última regla, a la paciente la encuentro en buen estado general, buenos signos vitales, buena presión arterial, lo primero que se toma a un paciente cuando llega a urgencias, no llegó con contracciones, la paciente con fetocardia normal, o sea, la frecuencia cardiaca del bebé bien. JUEZ: ¿TODO ELLO DICE EN LA HISTORIA CLÍNICA? Testigo: Sí, señora, aquí lo dice, la historia que yo hice. Se le hizo monitoreo fetal para ver si estaba con contracción o no, si estaba en trabajo de parto, el monitoreo refleja fetocardia, contracciones ninguna, la paciente se la deja en observación unas horas para ver si es posible, porque ella viene de una vereda, siempre los pacientes cuando llegan de vereda los dejamos un tiempo prudencial en urgencias 11 o 12 horas, hasta 24, la paciente se dejó en observación para ver si le llegaban dolores, porque tenía 40.6 semanas, 22 años de edad, tenía buena pelvis, el embarazo pues, aparentemente normal, la paciente yo la mando para observación y le digo que al día siguiente la voy a examinar para ver cómo está el estado de ella, si entró en periodo de trabajo de parto, de tal manera, que no encuentro el trabajo de parto, monitoreo negativo, el monitoreo que se le hizo, monitoreo fetal, una frecuencia cardiaca buena, le digo, mira, tu vives en una vereda, te voy a dar salida, tú no estás en trabajo de parto todavía, está bien el niño, te voy a dar salida, pero no te vayas del perímetro urbano, quédate aquí donde un familiar, dijo que tenía un familiar allá en Caloto, y si te daba dolores vuelves acá, que acá con mucho gusto se te atiende otra vez, hasta ahí atendí yo la paciente".

APODERADO E.S.E NORTE 2:

"DOCTOR CONFORME A LA HISTORIA CLÍNICA QUE LE HAN PUESTO DE PRESENTE, SÍRVASE INFORMARLE AL DESPACHO EN RELACIÓN CON SU ATENCIÓN, ¿CUAL FUE EL MOTIVO DE CONSULTA POR EL QUE FUE ATENDIDA LA SEÑORA LUZ AYDA JULICUE Y QUÉ PROCEDIMIENTO ADOPTÓ USTED DURANTE LA CONSULTA SUMINISTRADA? Testigo: La consulta fue que ella llegó en una remisión de una brigada que hicieron en la AIC, una brigada médica, el médico la remite como medida preventiva al hospital, con un diagnóstico de embarazo prolongado, con ese diagnóstico llega la paciente, y se le puede descartar en el hospital porque el embarazo es viable hasta las 42 semanas, y tenía la paciente 40.6, y sin dolores, sin contracciones, por eso se deja en observación, por residencia lejana siempre uno la deja ahí, tú sabes que el hospital en ese tiempo no tenía tantas camas para dejar una paciente en observación hasta cuando le lleguen los dolores, si me entiende, entonces esa paciente a las 12 horas, el criterio médico, fue consíguete un familiar, o te quedas aquí en el pueblo, no te vayas a la vereda, si te dan contracciones regresa, eso fue el 22 de agosto, de ahí en adelante no estoy muy enterado que fue lo que pasó con la paciente, yo le hice mi atención hasta ahí, yo le hice la observación que no se fuera del perímetro urbano, de pronto se iba a la parte rural y no había como atenderla, no sé en qué fecha regresaría nuevamente al hospital, no sé si se fue o no se fue. CONFORME A LO QUE ACABA DE EXPRESAR Y DE ACUERDO A ESA MISMA HISTORIA CLÍNICA QUE USTED TIENE DE PRESENTE, ¿HAY ALGUNA SEÑAL QUE USTED CONSIDERE O EL OTRO PROFESIONAL QUE HAYA ATENDIDO DIERON INSTRUCCIONES O MOTIVOS DE ALARMA DONDE LA SEÑORA NO DEBÍA DE SALIR DEL PERÍMETRO URBANO ADUCIENDO QUE TENÍA FAMILIARES EN EL MUNICIPIO O LOCALIDAD DE CALOTO? ES DECIR, QUE LA SEÑORA NO DEBÍA DESPLAZARSE A LA ZONA ALTA, SINO QUE DEBÍA QUEDARSE DENTRO DEL PERIMETRO URBANO, ¿EXISTE ALGUNA ANOTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DE ESTA EXPRESIÓN QUE LE ESTOY SUMINISTRANDO? Testigo: La historia clínica si dice, evidentemente que yo le advertí que no abandonara el pueblo, que se quedara en el perímetro urbano, lo que no sé, si se fue o no se fue para la vereda, eso sí, no lo sé, porque yo entregué turno, uno entrega turno y se entrega al compañero con la instrucción que le di a la paciente, era que no saliera del perímetro urbano, porque estaba latente, el parto podía sucederle en cualquier momento, eso sí, la hora del trabajo parto no la puede decir uno, la mujer, la embarazada a qué hora va a entrar a trabajo de parto, eso no lo puede decir uno y tampoco uno prevé las complicaciones que pueden suceder, ya sea en el momento del parto, complicaciones del niño o de ella, porque también puede tener complicaciones, de todas maneras una embarazada, al momento del parto se le puede complicar el parto, cosas que son ya ajenas, una complicación que es ya ajena, tanto al paciente, como al médico, por lo menos, el niño al nacer, si está todo normal, fetocardia bien, tú le haces el monitoreo, está normal y en el momento del parto la paciente, el niño deglute líquido amniótico y se le va al pulmón, ya es una complicación, si nace con el cordón umbilical enredado en el cuello, esa es otra complicación, de pronto puede nacer con cosas que en la ecografía no se ve, una inmadurez pulmonar, entonces una enfermedad, necesita enviarlo a cuidado

intensivo, ya esas son complicaciones que uno no prevé, o sea, se prevé, puede suceder, pero en el momento quién es adivino para decir que ese niño va a tener un problema bioquímico o un problema en la sangre, o va a tragar líquido amniótico y se va a complicar, eso puede ocurrir, pero en este caso, yo atendí hasta ahí a la paciente todo normal, no estaba en trabajo de parto, el monitoreo bien, es más le vi la ecografía que le mandaron allá en la AIC normal, y esta paciente si le hicieron un buen control en la AIC tuvieron que haberla remitido a un ginecólogo, si, como es la norma, en el protocolo, dice que hay que remitirla a nutricionista, al ginecólogo y al psicólogo, siempre a todas las embarazadas, entonces no sé qué conductas tomaron en el transcurso del control del embarazo de ella, ahí en la AIC, y tampoco sé si la valoró el ginecólogo, ella dijo que era todo normal. CON BASE EN ESA HISTORIA CLÍNICA, ¿QUÉ PROCEDIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES LE TOMARON PARA LA VALORACIÓN DE LA PACIENTE UNA VEZ ELLA CONSULTÓ EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 2 E.S.E.?, POR FAVOR SUMINISTRAR LAS FECHAS DE SER POSIBLE. Testigo: Bueno, esto es un primer nivel, qué se hace con una embarazada, allá no hay ecógrafo, no hay nada de eso, y si se le toma una ecografía tampoco se va a prever las complicaciones, porque como dije ahorita puede haber complicaciones al momento del parto o de la cesárea, ya en el segundo nivel, donde se remita, de todas maneras, lo que se hace es un monitoreo y seguimiento de la paciente, el monitoreo fetal todo bien, todo normal, buena fetocardia, se tomaron en la misma fecha, aquí dice la historia, el 22 de agosto de 2013, es más, por aquí hay un reporte que dice que el monitoreo reporta normalidad, dice monitoreo normal, fetocardia 140 por minuto, no hay contracciones uterinas, paciente estable, por ese motivo uno le da la salida con instrucciones, que no debe abandonar el pueblo, debe quedarse donde un familiar o donde un amigo o algo para que no se vaya del pueblo. ¿ES POSIBLE DE ACUERDO CON ESE ARGUMENTO QUE USTED NOS HA SUMINISTRADO DETERMINAR SI EN ALGUNA OPORTUNIDAD LA PACIENTE AYDA JULICUE LE FUERON DESARROLLADOS O PRACTICADOS PROCEDIMIENTOS O CONTROLES PERINATALES O PRENATALES EN LA ESE NORTE 2? Testigo: No, la paciente, el control del embarazo de ella fue en la AIC, a la ESE Norte 2 fue remitida por un médico de la AIC como dije anteriormente, para que uno le descartara a la paciente un trabajo de parto, para que le hiciéramos el monitoreo, para ver cómo estaba el estado del bebé y de ella también, igual es lo que se le hace allá en la ESE, si en realidad hubiera habido motivo para remitirla en el momento, uno la remite, pero al parecer, según usted comentó, la paciente fue remitida, pero el 25, 2 días después de que la atendí yo. ¿DURANTE LA FECHA DE SU ATENCIÓN EXISTIERON O NO LOS PRESUPUESTOS PARA HABER REMITIDO A LA SEÑORA A UN NIVEL SUPERIOR? Testigo: En ese momento que yo la atendí, la paciente estaba estable, no tenía contracciones, no tenía nada, si hubiera un motivo para remitirla, estrechez pélvica, o que la paciente tuviera derrame de líquido amniótico, yo la remito, pero la paciente no tenía nada de esos factores, estaba normal la paciente, qué es lo que uno hace, atenderla, dejarla en observación 12 horas o 24 horas para después tomar la conducta de si se puede o no se puede, esto ya es la conducta del acto médico, ya uno es autónomo en estos casos, si yo veo que había un problema de peligro en la paciente, yo la hubiera remitido, como dije, derrame de líquido amniótico o paciente hipertensa yo la remito. ¿O SEA QUE LA CONCLUSIÓN ES QUE EN EL MOMENTO DE SU ATENCIÓN NO SE PRESENTARON LOS PRESUPUESTOS ADECUADOS EN LOS SÍNTOMAS DE LA PERSONA PARA HABER SIDO REMITIDA A UN NIVEL SUPERIO? Testigo: Al momento que yo la examiné no, no vi la necesidad, no la vi".

APODERADO PARTE ACTORA:

"USTED ACABA DE MANIFESTAR AL DESPACHO QUE CUANDO USTED ATENDIÓ A LA SEÑORA LUZ AYDA DEJÓ UNA CONSTANCIA DE QUE ELLA NO PODÍA SALIR DEL PERÍMETRO, USTED LE PUEDE INDICAR AL DESPACHO, ¿DONDE ESTÁ, EN QUÉ FOLIO SE ENCUENTRA ESA CONSTANCIA? Testigo: Aquí dice 23 de agosto de 2013, 9:45 paciente que durante la mañana no presenta contracciones, ni salida de líquido, es valorada por el médico de turno, quien decide darle salida con recomendaciones, se va a quedar dentro del perímetro urbano, donde un familiar, está 23 de agosto de 2013, a las 9:47 (…). DOCTOR ADECHINE, ¿USTED EL 22 DE AGOSTO A QUÉ HORA RECIBIÓ TURNO EN EL HOSPITAL DE CALOTO? Testigo: La paciente yo la recibí a las 7:00 a. m., lógico, la paciente llega a la 1:40 p. m., es decir, ya a medio día, yo recibí a las 7:00 a. m. el turno ese día y está la fecha de llegada. ¿CONOCE USTED AL DOCTOR, SU COLEGA MARTIN ADOLFO MATABAJOY? Testigo: fue compañero de trabajo. QUÉ TIENE QUE DECIR AL RESPECTO USTED CUANDO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN QUE USTED LE BRINDA A LA SEÑORA LUZ AYDA Y REGRESA AL HOSPITAL EN COMPAÑÍA DE SU ESPOSO… EL 24 DE AGOSTO, LE DICE A LA SEÑORA LUZ AYDA "OTRA VEZ USTED POR AQUÍ" Y LE DIJO "HIJA USTED YA DEBIÓ HABER TENIDO A SU BEBÉ", ESO SE LO MANIFESTÓ EL DOCTOR MATABAJOY

A LA SEÑORA LUZ AYDA EL DÍA 24 DE AGOSTO. Testigo: Eso el doctor Matabajoy lo registró en la historia. ESO SE LO DIJO DE MANERA VERBAL, ¿QUÉ TIENE QUE DECIR AL RESPECTO? Testigo: ¿El motivo de consulta por el cual la paciente fue donde el doctor Matabajoy por qué fue?, ¿por contracciones, ya fue con dolores?, estuve leyendo una parte acá de la historia, ya fue con dolores, ya ahí sí tenía contracciones la paciente y estaba dentro del periodo del embarazo, durante el periodo normal de las 42 semanas, que es el límite, llevó a la paciente, con 41.2 semanas de embarazo, eso sí, pudo suceder que ya le llegaron los dolores, la contracciones, pero que le dijo esas palabras la verdad no le veo sentido a eso. Y REFERENTE A LA RECOMENDACIÓN DE LA BRIGADA DEL DÍA 22 DE AGOSTO, CUANDO LA ATIENDEN A LA SEÑORA LUZ AYDA ALLÁ EN SU VEREDA, CUANDO SUBE LA BRIGADA Y LOS MÉDICOS LE RECOMIENDAN REMITIRLA DE INMEDIATO AL HOSPITAL DE CALOTO, EN EL CUAL TENÍA 40.6 SEMANAS DE GESTACIÓN PARA QUE LA ATENDIERAN INMEDIATAMENTE, REFERENTE AL TEMA DE LA ATENCIÓN SUYA, ¿USTED QUÉ CONCEPTO NOS BRINDA? Testigo: Se la atendió como acabé de mencionar ahora, como dice en la historia clínica, le hice todos los exámenes respectivos a la paciente, ellos mandan con un diagnóstico de embarazo prolongado, y el embarazo es viable hasta las 42 semanas, ahí la paciente estaba normal, sin contracciones, sin dolores, es más a ella se la atendió muy bien, porque se la pasó a observación, para ver si los dolores le llegaban por venir de vereda lejana, la paciente fue atendida por signos vitales, por todo, se le hizo monitoreo, normal. DOCTOR ADECHINE, ¿CONOCIÓ POSTERIORMENTE EL DESENLACE DE LA CRIATURA DE LA SEÑORA LUZ AYDA? Testigo: No lo conocí en esos días, no lo conocí, sino que me estoy enterando 6 años después, que al niño lo atendieron en el Hospital Francisco de Paula, le hicieron cesárea y que el niño nació con complicaciones, ya expresé yo, que un niño puede nacer con complicaciones, incluso tan complicado estaba que lo remitieron a un tercer nivel, de un segundo a un tercero. EN SU CONDICIÓN DE MÉDICO SIRVASE MANIFESTAR AL DESPACHO, ¿A QUÉ SE DEBE DE PRONTO O CUALES FUERON LAS CONSECUENCIAS DE ESTA SITUACIÓN QUE SE PRESENTÓ CON EL BEBÉ QUE NACIÓ CON EL PROBLEMA RESPIRATORIO LLAMADO MECONIO? Testigo: Exacto, yo hablé anteriormente de que un niño cuando nace puede complicarse, cosas que en realidad no dan espera, puede ser por el cordón umbilical se le enredó, porque consumió líquido amniótico y se le fue para el pulmón, a ella le hicieron cesárea, ¿no?, fíjate, que a pesar que le hicieron cesárea, inhaló o bebió líquido amniótico, y se le fue al pulmoncito, y también tengo entendido que ese niño estuvo 8 días en una unidad neonatal, en una clínica, qué clínica fue, Clínica Rey David, estuvo 8 días y hasta lo transfundieron, cómo sería que estaba complicado, son unas complicaciones que en realidad pueden suceder. DOCTOR, EN MATERIA DE TIEMPO DE GESTACIÓN, CASI SIEMPRE USTEDES COMO GALENOS TIENEN LA PRECISIÓN PARA SABER CUAL ES EL TIEMPO PARA EFECTOS DE QUE SE PUEDAN EVITAR ESOS PROBLEMAS, EN ESTE CASO CONCRETO, ¿A QUÉ CONSIDERA USTED QUE HAYA SUCEDIDO ESTA SITUACIÓN? ¿HUBO DE PRONTO ALGÚN DESFASE EN CALCULAR EL TIEMPO DE GESTACIÓN DE LA SEÑORA, DEL NACIMIENTO DEL BEBÉ? Testigo: No, porque a la semana 36 un ejemplo, también puede suceder, a la 37, a la 38, eso nadie lo prevé, es una cosa que no sale en un monitoreo o en una ecografía, son complicaciones que van ocurriendo, bueno a mí me ha tocado muchas veces atender partos en la misma ESE donde el niño viene con el cordón enredado, ya doblado y uno por experiencia lo desenrolla, pero a veces el niño, a pesar de eso, está asfixiándose y puede tomar líquido amniótico, son cosas que, complicaciones que están fuera de base del médico de ese momento, y otra cosa a la paciente le hicieron cesárea, se sobre entiende que la cesárea es lo mejor, porque el niño va a nacer con menos complicaciones y sin embargo, le hicieron cesárea y nació complicado el bebé, fueron complicaciones inherentes al bebé, cuando la atendí, la paciente estaba bien y el bebé aparentemente estaba bien, en el sentido de que tenía fetocardia normal, movimientos fetales normales. CUANDO A LA PACIENTE LA ATIENDE DE NUEVO EL DOCTOR MATABAJOY EL 24 DE AGOSTO, LA REMITE DE CARÁCTER URGENTE AL HOSPITAL DE SANTANDER, ¿QUÉ CONSIDERA USTED QUE HUBIESE PASADO EN ESE MOMENTO?, PORQUE DESDE EL MOMENTO EN QUE USTED LA ATIENDE HASTA EL MOMENTO EN QUE NUEVAMENTE LA ATIENDE EL DOCTOR MATABAJOY Y YA EL CASO ES DE URGENCIA, ¿QUE NOS PUEDE DECIR REFERENTE A ESE TEMA? PORQUE PUES OBVIAMENTE SI VENÍA DE UN PROCEDIMIENTO NORMAL COMO USTED HA INFORMADO AQUÍ, ¿A QUÉ SE DEBE QUE DE UN MOMENTO A OTRO SE PUEDA PRESENTAR UNA URGENCIA? Testigo: La verdad que no sé las condiciones en que el doctor Matabajoy atendió a la paciente, sí sé que llegó con contracciones y de todas maneras pienso que la remite ya a la paciente como para, como la paciente va 2 o 3 veces al hospital, como para evitar cualquier complicación, por eso es que la remite, por el bebé, pero ya tenía contracciones, y de otra cosa, eso ya fue autonomía de él, fue concepto de él, de remitirla, cosa que estuvo bien, la paciente llegó con contracciones y él vio que la podía remitir porque la paciente se podía complicar en el hospital, entonces por ese motivo, la remitió, eso es lo que yo pienso,

no le puedo decir más nada, porque debe estar el doctor Matabajoy para informar su versión. DOCTOR, DE ACUERDO A LA CONCLUSIÓN DEL CASO, ES QUE LA NIÑA TUVO PROBLEMA RESPIRATORIO CON DX NEUMONIAS POR BRONCOASPIRACIÓN DE MECONIO, EN MATERIA CLÍNICA, ¿ESO A QUÉ SE DEBE CONCRETAMENTE? Testigo: Lo que pasa es que cuando hay erupción de líquido amniótico a veces se contamina con, hay contaminación vaginal, con bacterias u hongos y el niño deglute todo eso, todos los microorganismos se le van al pulmón y le puede dar neumonía, neumonía por broncoaspiración se llama eso. PERO CONCRETAMENTE, ¿ESO NO SE GENERA POR EL TIEMPO PASADO DE GESTACIÓN, DE VENCIMIENTO? Testigo: No, eso ya es una complicación que puede suceder en cualquier gestación normal, una paciente puede tener sus controles normales y estar ella bien y el niño bien, y al momento del parto, como le dije al niño se le puede enredar el cordón, puede bronco aspirar, puede meconiarse dentro, que se defeca dentro, se defeca, el popó para que me entienda, es como negro y es infectado, entonces eso, lo traga el niño, lo deglute y le da la neumonía, pero no sé porque lo transfundieron, eso sí, no sé porque la han transfundido también. ¿CONTABA EL HOSPITAL DE CALOTO CON LOS DISPOSITIVOS TANTO CLÍNICOS COMO PERSONAL IDÓNEO PARA DETECTAR ALGUNA SITUACIÓN DE ESTAS? Testigo: Tenemos que tener en cuenta que es un hospital de primer nivel, donde sea que esté, no tiene especialista a la mano, no hay ginecólogo, no hay un ecógrafo, lo único con lo que se cuenta es con un monitoreo, y la atención médica y de enfermería, es lo único con lo que se cuenta y algunos laboratorios clínicos, sé que se le puede hacer al niño. ¿ESE MONITOREO ES CONCRETAMENTE CON UN EQUIPO ESPECIAL? Testigo: Si, hay un equipo, que tiene monitoreo, con unas oscilaciones, se le toma a la paciente por unos 20 minutos, o 30, según el tiempo que uno estime y ahí va a mostrar si hay contracciones uterinas, la actividad uterina, cuántas contracciones hay, y también muestra la actividad fetal, cuántas contracciones tiene el niño. ¿A LA SEÑORA LUZ AYDA CUÁNTAS VECES SE LE REALIZÓ ESE MONITOREO CUANDO ESTUVO INTERNA? Testigo: Yo le ordené uno, le ordené un monitoreo. ¿Y EL RESULTADO DEL MONITOREO? Testigo: no había actividad uterina, pero el niño si estaba, había contracciones fetales, había buena actividad fetal, la fetocardia del niño estaban normales, lo normal 140 o 145, pero no había actividad, no estaba en trabajo de parto. ¿CONCRETAMENTE USTED EN EL HOSPITAL TRABAJABAN PARTO O CESÁREA? Testigo: No, no se hace cesárea, porque la cesárea la hace el ginecólogo, yo soy médico general, de primer nivel, primer nivel no cuenta con ginecólogo. ¿O SEA QUE LA PROYECCIÓN PARA QUE NACIERA EL BEBÉ ESTABA PROGRAMADA PARA UN PARTO NORMAL? Testigo: Para un parto normal porque estaban todos los controles en la AIC, allá prácticamente no le detectaron ningún problema, lo que no sé, es si fue valorada por ginecólogo en el transcurso de los controles, a ella se le remite a un ginecólogo en el primer trimestre del embarazo y él decide si necesita nueva valoración, con el mismo ginecólogo. ¿O SEA QUE CUANDO EL DOCTOR MATABAJOY CONSIDERA QUE LA TRASLADEN AL HOSPITAL DE SANTANDER ES PORQUE YA HAY UN RESULTADO DEL MONITOREO DE QUE LA SITUACIÓN ESTÁ DELICADA? Testigo: claro, ya estaba en actividad uterina, hay contracciones uterinas. ¿PERO NO PODÍA REALIZAR TRABAJO DE PARTO O QUE PASÓ AHÍ? ¿YA TENÍA QUE HACERSE CESÁREA? ¿QUÉ PASÓ AHÍ? ¿ESO ES LO QUE NO ENTIENDO? Testigo: Yo tampoco sé, porque la verdad no he leído mucho la historia del doctor Matabajoy, eso ya hace 6 años, ahora que me llama el doctor que tengo que venir aquí, yo le hablo hasta la parte mía doctor, donde yo atendí a la paciente".

JUEZ:

"DE CONFORMIDAD CON LA HISTORIA CLÍNICA QUE USTED TIENE ALLÍ, LA ATENCIÓN QUE USTED LE DIO EN LA ESE NORTE 2 CALOTO, ¿CUANTO TIEMPO ESTUVO ELLA EN OBSERVACIÓN? ¿CUÁNTAS HORAS? POR FAVOR REVISE LA HISTORIA CLÍNICA. Testigo: Ella consultó en la tarde, a la 1:40, hasta las 7:20 del día siguiente, que se le valoró nuevamente, 7:20 a. m., a ella no se le encontró ninguna actividad de trabajo de parto y fue cuando se le comunicó a ella que podía quedarse en el pueblo, que no se fuera para alguna vereda, que si presentaba dolores que regresara, con esa condición. AHORA QUE USTED DICE QUE SE LE DIERON LAS RECOMENDACIONES, CUANDO USTED LEYÓ LA PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA QUE SE LE DA SALIDA, SE INDICA AHÍ, CREO QUE USTED LEYÓ AL TENOR LITERAL QUE SE LE HABÍAN DADO RECOMENDACIONES, PUEDE INDICARNOS SI ESTÁ EXPRESAMENTE, ¿QUÉ INDICACIONES O QUÉ RECOMENDACIONES SE LE DIO A LA PACIENTE? Testigo: Aquí si está, recomendaciones se va a quedar dentro del perímetro urbano donde un familiar, esto es el 23 de agosto a las 9:47, y también se le dan recomendaciones verbales, como médico, las recomendaciones las puede dar escritas o verbales, verbales como consejo. EN ESTE CASO SOLAMENTE SE INDICÓ QUE LA RECOMENDACIÓN ERA QUEDARSE EN EL PERÍMETRO URBANO. Testigo: Sí, doctora. CUENTENOS POR

FAVOR, DOCTOR, ¿QUE ES UN EMBARAZO PROLONGADO? Testigo: Un embarazo lo llaman prolongado cuando pasa de 40 semanas, pero es viable hasta las 42, se le llama prolongado porque el embarazo puede ser, una mujer puede tener un niño normalmente a las 36 o a las 42 semanas, entre más tiempo tenga el niño si tiene 39 mucho mejor, a las 40 mucho mejor, porque hay más madurez en los órganos, hay más formación, por eso, a veces hay prematuros, cuando son de 35 para abajo, ya de 36 para adelante es la fecha óptima para que nazca el bebé, en cualquiera de esas semanas gestacionales, a la 36, a la 37, a la 38, lo puede tener, lógico si lo tiene a la 39 mucho mejor, porque el niño va a nacer con los órganos más maduros, de que ocurran riesgos en toda embarazada eso es una cosa que sucede constantemente, las complicaciones a veces no se pueden prever, a menos que uno vea una estrechez pélvica, digo, ese bebé no nace por ahí, porque está estrecha, la bebé no va a salir por ahí, yo la remito, ya estoy previendo una complicación, pero cundo yo veo todo normal es difícil imaginar que ese niño va a entrar a sufrimiento fetal, que lo vayan a transfundir, que vaya a una unidad neonatal, eso no es normal. BUENO, VOLVAMOS AL EMBARAZO PROLONGADO, ¿FRENTE A ELLO HAY ALGÚN SEGUIMIENTO ESPECIAL? Testigo: Ya cuando pasa de 40 semanas, la conducta es expectante, tiene que ir semanalmente a urgencias, a verificarse cómo va la cosa, o según el día que indique el médico, le dije yo, si te dan dolores vienes en seguida, son recomendaciones que uno le da. USTED HA INDICADO QUE ESE NORTE 2 CALOTO ES PRIMER NIVEL, ¿PRIMER NIVEL TIENE ECOGRAFO? Testigo: No, hay radiografías nada más. EN ESTE CASO, SI HUBIESE QUERIDO O HUBIERE LA NECESIDAD DE OTRO EXAMEN ESPECIALIZADO, ¡CUÁL ERA ESE EXAMEN Y EN QUÉ NIVEL DEBERÍA REALIZARSE? Testigo: Lo primero que se debe hacer es un monitoreo fetal, si yo hubiera detectado en el niño una frecuencia cardiaca baja o alguna cosa, de todas maneras lo hubiera remitido para que posiblemente le tomaran una ecografía, allá en el hospital o donde lo vayan a atender, en segundo nivel, pero cuando uno encuentra todo normal, ya el criterio médico, no, igual todo normal, estaba normal la fetocardia, el niño está en buena posición, si yo ya tengo dudas o posición del niño, le mando una ecografía, pero la posición estaba normal, venía cefálico. DOCTOR, POR FAVOR, REVISE LA HISTORIA CLÍNICA, QUIERO QUE VERIFIQUE SI UNA DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE LE HIZO A LA PACIENTE ERA QUE LE FALTABAN 8 DÍAS PARA ENTRAR EN LABOR DE PARTO. Testigo: Claro, a veces eso lo expresa uno para tranquilizarla, no tiene los dolores, todavía hay 8 días más de gabela, llegó a las 41.6, algo por ahí, y yo saco las cuentas hasta las 42, y digo todavía hay unos días de gabela, puede ser verdad, para tranquilizarla, no estás con dolores, te vamos a dejar en observación para ver si entras en trabajo de parto, por lo cual, si se le dejó. ES DECIR, ¿SI ES FACTIBLE QUE SE LE HUBIERA DICHO EN ESE MOMENTO A LA SEÑORA QUE LE FALTABAN 8 DÍAS? Testigo: si, es factible que se le hubiera dicho, uno tiene que enterar a la paciente de que posiblemente el bebé nazca a las 42 semanas, hay chance, claro que como yo le digo doctora, los dolores de parto le pueden dar a la semana 37, a las 38, a las 35, de pronto a la paciente le dio una preclamsia ya terminando el embarazo, son cosas que van sucediendo, las mujeres embarazadas se complican mucho. DOCTOR, DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, ¿HAY ALGÚN EXAMEN QUE SE LE HUBIERA PODIDO HACER A LA PACIENTE PARA DETERMINAR SI HABÍA ALGÚN TIPO DE COMPLICACIÓN EN EL EMBARAZO? Testigo: No doc (Sic) es difícil, difícil. POR FAVOR, EXPLIQUEME, ¿CUÁNDO USTED DICE NO HABÍA ACTIVIDAD UTERINA A QUÉ SE REFIERE? Testigo: No había contracciones, no hay contracciones uterinas. Fetocardia si había, fetocardia, el ritmo cardiaco del bebé estaba bien, el niño estaba bien pero como no estaba en trabajo de parto, lógicamente el monitoreo da negativo. CUANDO USTED DICE QUE ORDENÓ UN MONITOREO, ¿A QUÉ SE REFIERE CON UN MONITOREO? ¿QUÉ SE HACE ALLÍ? Testigo: Vigilar si hay contracciones uterinas, que va indicando que ya va entrando en trabajo de parto la paciente y también para ver la actividad fetal del niño, la actividad de la fetocardia."

- ✓ <u>MARTIN ADOLFO MATABAJOY:</u>

Médico que atendió a la paciente en la Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E. los días 22 y 25 de agosto de 2013.

JUEZ:

"POR FAVOR, INFORME SI USTED CONOCE A LA SEÑORA AYDA JULICUE LARGO O LA ATENDIÓ CON OCASIÓN DE SU PROFESIÓN. Testigo: Según lo que reposa en el archivo de la historia clínica, sí atendí a la señora, no recuerdo el nombre, perdón, a la señora Julicue, según lo que veo en un archivo de la historia clínica, en el año 2013, sino estoy mal. ¿EN ESTE MOMENTO USTED TIENE ESE ARCHIVO A LA MANO? Testigo: Sí, si lo tengo a la mano. POR FAVOR, INDIQUENOS, ¿CUÁL ES EL NOMBRE QUE APARECE AHÍ DE LA PACIENTE? Testigo: El nombre en la fecha de consulta del

23 de agosto de 2013, ah no perdón, no se ve bien, de 23 de agosto de 2013, aparece Luz Ayda Julicue Largo. ¿POR QUÉ LA ATENDIÓ? Testigo: Bueno en lo que reposa en la historia clínica, se atendió el día 22 de agosto de 2013, refiere lo que aquí está escrito, que es una primigesta, con 40.6 semanas por primer eco del 2 de abril de 2013, refiere que al momento se deja estable, no síntomas o signos de trabajo de parto, remitida de la IPS AIC, área rural de una brigada médica, por el doctor Felipe Dinar, con una impresión diagnóstica de embarazo prolongado, y alto riesgo obstétrico, se deja en urgencias para revaloración. Hay una nota de revaloración a las, bueno no se ve específica bien la hora, 20 a.m. dice, 7:20 a.m. creo que es, se revalora paciente, tiene unos signos vitales de una frecuencia cardiaca de 145 latidos por minuto, se realiza un Doppler, donde, bueno dice Doppler cefálico, al tacto vaginal sin dilatación, dilatación de 0 cm, estación de menos de 1, borramiento 0, sin contracciones uterinas, se deja para observación e inicio de trabajo de parto, eso fue la fecha 22 de agosto de 2013. ¿PRESTÓ USTED OTRA ATENCIÓN A LA SEÑORA JULICUE LARGO O SOLAMENTE ES ESE DÍA 22 DE AGOSTO? Testigo: Yo la atendí a ella el 22 de agosto por el proceso de remisión, me imagino, que ese día, no recuerdo si estaba de guardia o de turno que es hasta las 7:00 a. m. del día siguiente, creo que ese día fue jueves, y ella quedó en el servicio de urgencias, el objetivo según tengo en esta historia clínica, era valorar si ella iniciaba trabajo de parto e iniciar proceso de remisión a otro hospital de mayor complejidad para una valoración por un especialista en ginecología y obstetricia".

APODERADO ESE NORTE 2:

"SIRVASE INFORMAR AL DESPACHO, CUANDO USTED LABORÓ PARA LA ESE NORTE 2 HOSPITAL DE CALOTO EN CALIDAD DE MÉDICO, VALORÓ A LA PACIENTE LUZ AYDA JULICUE LARGO EL 22 DE AGOSTO DEL AÑO 2013, IMPARTIENDO POR TAL MOTIVO DE CONSULTA EMBARAZO PROLONGADO, ¿PUEDE INFORMAR AL DESPACHO EN QUE CONSISTIÓ ESE MOTIVO DE CONSULTA? Testigo: El motivo de consulta de embarazo prolongado se da cuando una embaraza cumple aproximadamente las 41 semanas, se dice que es prolongado porque no tiene signos o síntomas que nos indiquen o nos orienten, que orienten al médico que está ya en un trabajo de parto, la paciente está sin ningún síntoma en ese momento, por lo cual fue direccionada a nuestro hospital ESE Norte 2, allí pues se la ingresó, se valoró, según la historia clínica se observa que está estable, sin signos de complicación y se deja en urgencias, en observación, hasta ahí ese día. EN LA MISMA HISTORIA CLÍNICA QUEDÓ CONSIGNADO PRIMIGESTA CON EMBARAZO DE MAS O MENOS DE 40.6 SEMANAS POR PRIMER ECO DE 2 DE ABRIL DE 2013, REMITIDA DE LA AIC, ÁREA RURAL, BRIGADA POR EL DOCTOR FELIPE DINAR, DIAGNÓSTICO EMBARAZO PROLONGADO Y ALTO RIESGO, RECUERDA USTED, ¿QUÉ PROCEDIMIENTOS MÉDICOS ADOPTÓ USTED PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA PACIENTE? Testigo: Como lo había referido inicialmente, la paciente fue ingresada en el Hospital de la ESE Norte 2, con el diagnóstico que ya mencionó el doctor Dilmar, se ingresó, se hizo su revisión, su examen físico, su valoración de rutina y se ingresó, como yo había comentado que no tenía signos o síntomas de trabajo de parto, pero se dejó en la institución para determinar, hasta donde leí porque ya ahora no tengo en físico pues la historia clínica, pues para valoración y determinar conducta de remisión a otro hospital donde haya valoración por ginecología y obstetricia, para determinar conducta, ya que estaba cumpliendo ya sus 41 semanas, donde se debe iniciar un proceso de valoración por especialista para mirar si ya se termina el parto por algún método de los que está indicados en ese momento, hasta allí lo que tengo consignado en la historia clínica. DE LA VALORACIÓN DE LA PACIENTE A LAS 7:20 A.M. QUEDÓ CONSIGNADA FRECUENCIA CARDIACA FETAL 145 POR MINUTO, CON DOPPLER CEFÁLICO, AL TACTO VAGINAL DILATACIÓN 0, ESTACIÓN -1, BORRAMIENTO 0, SIN CONTRACCIONES UTERINAS, ¿PUEDE EXPLICAR TECNICAMENTE DICHOS CONCEPTOS CLÍNICOS EN RELACIÓN A LA PACIENTE? Testigo: Lo que acaba de describir el doctor Dilmar, es una paciente que está embarazada, con 40.6 semanas, pero que no tiene trabajo de parto, quiere decir que no tiene contracciones uterinas, ni dilatación del cuello cervical o del cuello uterino, por lo tanto, siempre se deja en observación y se determina por la edad gestacional una remisión a otro hospital para valoración por un especialista. EN LA PRIMERA CONSULTA QUE USTED REALIZÓ A LA PACIENTE, ¿EXISTIÓ O ENCONTRÓ MÉRITOS CLÍNICOS PARA SER REMITIDA A NIVEL SUPERIOR AQUEL 22 DE AGOSTO DEL AÑO 2013? Testigo: Yo a la paciente la ingresé al hospital y quedó en observación, con la orientación de que se tenía que iniciar proceso de remisión porque yo me imagino, no recuerdo y no veo ahora en este momento, no puedo descargar la historia clínica, pero se dejó hospitalizada el día jueves, eso creo que fue un día jueves 22 de agosto de 2013, quedó en el hospital, yo entregué turno ese día, hasta ahí lo que está en la historia clínica, pero ella quedó en el hospital, con el proceso de remisión a otro hospital, y hasta donde yo tengo escrito en mi atención

de la historia clínica, la paciente estaba estable, no tenía trabajo de parto, el bebé con la frecuencia cardiaca dentro de parámetros normales, y se dejó en observación para ver si desencadenaba en trabajo de parto y/o se remitía a otro hospital para valoración por especialista. ¿EN SU PRIMERA VALORACIÓN RECUERDA USTED CÓMO ENCONTRÓ LOS SIGNOS VITALES DE LA PACIENTE LUZ AYDA JULICUE LARGO? Testigo: Hasta donde alcancé a leer en la historia clínica, es que no me abre en la computadora, no sé qué pasa con este internet, (…) signos vitales de ingreso del día 22 de agosto, presión arterial de 60/100, frecuencia cardiaca de 37, altura uterina de 37, semanas 40.6, temperatura de 35, frecuencia cardiaca 145, los signos vitales según lo que está referido aquí en la historia clínica, de la fecha del 22 de agosto de 2013 se encuentran dentro de parámetros normales y mi historia dice observar el inicio de trabajo de parto, si es que lo hubiese, pero según lo que yo escribí ahí, no había trabajo de parto en ese momento, la idea era dejarla en observación e iniciar un proceso de remisión porque tenía 40.6 semanas al momento del ingreso y al día siguiente cumplía sus 41 semanas, donde por guías del Ministerio de Salud se debe remitir a un hospital de mayor complejidad para ser valorada. DE LA RESPUESTA ANTERIOR, SE TIENE EN LA HISTORIA CLÍNICA, SE TIENE FRECUENCIA CARDIACA FETAL 145 POR MINUTO, ¿EN CONCEPTO CLÍNICO MÉDICO ES POSIBLE AFIRMAR QUE SE ENCONTRABA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES? Testigo: Si la pregunta es si los 145 por minuto de la frecuencia cardiaca es normal, sí, estaba dentro de parámetros normales, la frecuencia cardiaca fetal va desde 120 a 160 latidos por minuto, entonces sí estaba normal la frecuencia cardiaca fetal en ese momento del ingreso. DE LA RESPUESTA ANTERIOR, SE TIENE QUE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL ES DE 145 POR MINUTO, ¿EN CONCEPTO MÉDICO ES POSIBLE AFIRMAR QUE LA PACIENTE ESTABA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES? PUEDE EXPLICAR. (…) Testigo: Sí, de 120 a 160 son los parámetros normales de la frecuencia cardiaca fetal. EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL 25 DE AGOSTO DE 2013 SE EVIDENCIA QUE EL MÉDICO MARTIN ADOLFO MATABAJOY ATENDIÓ POR SEGUNDA VEZ A LA PACIENTE POR DOLOR TIPO CONTRACCIÓN LEVE, ESPORÁDICO, DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN, CON TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA 130/90, EXPLIQUE AL DESPACHO, ¿QUÉ CONSECUENCIAS SE PUEDEN VER COMPROMETIDAS EN EL ESTADO DE LA SALUD EN PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN? (…) Testigo: La tensión arterial 130/50 es la que tengo entendido se registró ese día, obviamente una paciente de 19 años, con 41 semanas de embarazo ya significa un riesgo, ya que la presión arterial de una embarazada normalmente tiene que estar por debajo de 120/80, es un valor de tensión arterial normal, lo normal es 120, la sistólica 130 está alterada, pero la diastólica está normal, está por 50, ahí ya sería un riesgo si permanece alta, tendría consecuencias para el bebé, podría ser suministro inadecuado de oxígeno en la sangre, a través de la placenta, del producto que en este caso sería el bebé, por eso el día que yo la atendí. DOCTOR MARTIN, ¿EN LA HISTORIA APARECE TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA DE 130/90? Testigo: perdón yo escuché 130/50, si es 130/90 obviamente está elevada, de todas maneras, hasta donde ese día se atendió, yo la volví a recibir y se inició inmediatamente proceso de remisión para valoración por especialista en ginecología y obstetricia, el día 25 que creo que fue domingo, una presión de 130/90 está elevada, fuera de rangos normales, está elevada; se podría indicar que está en un proceso de complicación feto placentaria, por lo cual, en ese momento según lo que está consignado en la historia clínica se inició proceso de remisión de urgencias de forma inmediata. EN LA MISMA CONSULTA, A LAS 9:02 HORAS REGISTRA MONITORÍA FETAL, CON LINEA BASAL DE 140 LPMSIN ACELERACIONES O DESACELERACIONES, ESTABLE AL MOMENTO, CATEGORÍA 1, PUEDE INDICAR, ¿EN QUÉ CONSISTE DICHOS CONCEPTOS? Testigo: La categoría 1 para una valoración de frecuencia cardiaca fetal y un monitoreo fetal, es un estado normal del feto, eso quiere decir que cuando le realizaron una valoración de fetometría, el feto en ese momento no presentaba alteraciones, una frecuencia cardiaca de 140 es normal, y una… eso es una valoración que se hace en el hospital de primer nivel, que eso es una fetometría o la TOCO que se le conoce, al referir que es categoría 1 quiere decir que está normal, no hay aceleraciones, ni desaceleraciones en la frecuencia cardiaca fetal, y digamos que en su estado general, el feto está normal, su estado ácido base es normal, categoría 1 quiere decir que no presenta alteraciones en ese momento el feto. EN LA MISMA HISTORIA CLÍNICA DEL 25 DE AGOSTO OBRA UNA ANOTACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE LA SALUD MARTIN ADOLFO MATABAJOY, ¿QUE INCIDENCIA PUDO HABER TENIDO EN EL ESTADO DE LA PACIENTE AL ENCONTRAR TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA EN 132/84 SIN PREMONITORIOS ESTABLES? ¿PUEDE EXPLICAR EN QUÉ CONSISTE ELLO? Testigo: Cuando uno asigna esa tensión arterial de 130/84 sin premonitorios quiere decir que la presión está elevada, pero no tiene un antecedente de que haya estados previos de presiones o de tensiones arteriales elevadas, o que nos oriente a pensar un cuadro clínico de complicación del embarazo en estado, por eso se dice sin premonitorios, no refería otro tipo de complicación la paciente, solo la tensión arterial elevada, pero que podría desencadenar en

complicaciones feto maternas o materno fetales en sí, estaba debido al estado avanzado de su embarazo, se inicia por ese tipo de estado arterial y por la edad del embarazo se inicia un proceso de remisión, siempre a otro hospital para valoración por especialista. APODERADO ESE NORTE 2: QUÉ ES LA PRESIÓN ARTERIAL BASAL, PUEDE EXPLICAR. Testigo: La presión arterial basal es la que se encuentra registrada en una hoja de la historia clínica donde le llevaron los controles, hasta donde tengo entendido es la IPS AIC de Caloto, donde refería que tenía una tensión arterial basal, si no estoy mal, de 100/60, que es una tensión arterial normal, y pues que no representaría ningún riesgo en ese momento, pero al ingreso a la ESE Norte 2 si tenía la tensión elevada que hasta donde recuerdo era de 130/90 y en una revaloración 130/84. ¿CON QUÉ OBJETO REMITIÓ DE MANERA URGENTE A LA PACIENTE LUZ AYDA JULICUE LARGO EL 25 DE AGOSTO DE 2013 AL NIVEL SUPERIOR? HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER. Testigo: Bueno en lo que reposa en la historia clínica, yo atendí el 25 de agosto de 2013 a la paciente, ya con 41 semanas cumplidas y al ingreso presentó tensión arterial elevada, en ese momento según lo que reposa en la historia clínica, la valoración fetal se encuentra dentro de parámetros normales, pero por el hecho de ya ser un embarazo prolongado de 41 semanas, vivir en un área rural lejana y pues por las vías clínicas decido remitirla de manera oportuna a un hospital de segundo nivel que en ese momento es el Hospital Francisco de Paula Santander, ubicado en la ciudad de Santander, Cauca, para que la valore un especialista en ginecología y obstetricia, para que determine un proceso de término del embarazo para que no vaya a haber complicaciones, ya que tenía tensión arterial alta, sin embargo, en ese momento el feto se veía por la valoración médica que realicé, normal, se veía con frecuencia cardiaca normal, en un estado 1 o categoría 1, que no nos indicaba que el bebé estaba con afectación, pero si la madre ya tenía tensiones arteriales elevadas lo cual genera complicación clínica. DE LA RESPUESTA ANTERIOR, ¿RECUERDA USTED AL INICIAR PROCESO DE REMISIÓN CON QUIEN REMITIÓ A LA PACIENTE? ES DECIR, ¿CON AUXILIAR EN ENFERMERÍA O MÉDICO PROFESIONAL O QUÉ CLASE DE APOYO SUMINISTRÓ PARA BRINDAR ESE PROCESO DE REMISIÓN AL NIVEL SUPERIOR RECUERDA USTED ALGO SOBRE ESE TEMA? Testigo: Bueno de lo que yo acabo de leer en la historia clínica, aquí no aparece si se remitió con médico general y siempre va acompañado con enfermería jefe o con auxiliar de enfermería, siempre va acompañada la paciente. ¿TUVO USTED CONOCIMIENTO SI LA PACIENTE LUZ AYDA JULICUE LARGO REALIZÓ CONTROLES PRENATALES EN LA ESE NORTE 2 HOSPITAL DE CALOTO? Testigo: No, la paciente es una paciente externa que recibió controles o realizó sus controles en la IPS de AIC en Caloto, en el hospital de la ESE Norte 2 no realizó los controles, solo se realizó la atención de urgencias".

APODERADO PARTE ACCIONANTE:

"(…) ¿POR QUÉ CUANDO USTED REGRESA A SU TURNO LA PACIENTE NO ESTABA EN OBSERVACIÓN? O ¿POR QUÉ NO SE SIGUIERON LAS DIRECTRICES DE LA OBSERVACIÓN QUE USTED DEJÓ ESTABLECIDA? Testigo: Bueno, en este momento no recuerdo bien qué pasó, la primera consulta que yo le realicé a la paciente y la idea era, la indicación era al día siguiente comentarla con el médico, porque lo que nosotros hacemos es ingresar a la paciente al servicio de urgencias, valorar en qué estado está y según el estado que esté vuelve y se comenta, se deja en observación en el hospital y se deja la indicación o se comenta al médico que recibe la guardia porque en ese día fue de turno como se dice, el 22 de agosto estaba de turno. Yo la recibí, la dejé ingresada, la dejé en observación y con la orientación de comentarla a la paciente al día siguiente al hospital Francisco de Paula Santander o a otro hospital donde nos pudieran brindar una asesoría o valoración por un especialista en ginecología. Yo no tuve conocimiento qué pasó porque yo entrego turno a las 07:00 a.m. ese día y volví a guardia, hasta donde recuerdo, me imagino que el día domingo 25 llega otra vez a mi servicio de urgencias, yo creo que hasta una frase coloquial le dije que qué hacía pues allí, entonces ella me dice no, me dieron salida y que volviera cuando tenga dolores, entonces cuando ella regresa es porque tiene dolor nuevamente, le digo ah bueno, yo la reviso y según lo que está consignado en la historia clínica la encuentro con una tensión arterial elevada y valoro el feto y está estable, se encuentra bien, lo que hago es reingresarla, iniciar el proceso de remisión de inmediato y solicité valoración por ginecología, creo que me contestó en ese tiempo el doctor René Martínez, doctor del hospital Francisco de Paula Santander, le comenté, él me aceptó la paciente y le inicio proceso de remisión de inmediato. ¿CUÁNDO USTED REMITE LA PACIENTE ERA PARA QUE DE ACUERDO A SU CONCEPTO MÉDICO DE UNA VEZ INTERVINIERA YA SEA VÍA CESÁREA O TRABAJO DE PARTO PORQUE LA CRIATURA YA ESTABA PRÓXIMA A DAR ALUMBRAMIENTO? Testigo: Bueno, en el procedimiento que yo realizo en ese momento es comentar hacia un especialista que en ese momento es un ginecólogo, especialista en obstetricia, yo la remito con un criterio médico, de medicina general, tengo una

tensión elevada, tengo un feto que está normal, con frecuencia cardiaca estable, monitoria fetal estable, pero el hecho de que tenga una tensión arterial elevada me da un criterio para remitirla de emergencia, además de la edad gestacional que era de 41 semanas ya en ese momento cumplidas, en el hospital ya obviamente se revalora nuevamente, en el hospital Francisco de Paula Santander y ya es el médico especialista quien determina si se realiza un procedimiento de término del embarazo, ya sea por procedimiento quirúrgico o inducir el trabajo de parto, pero esos ya son criterios de medicina especializada. DOCTOR, PERO DE ACUERDO A SU EXPERIENCIA Y DE ACUERDO AL TIEMPO DE EMBARAZO, CON LAS 41 SEMANAS YA CUMPLIDAS, ¿NO ERA PERTINENTE HABERLA INTERVENIDO DE UNA VEZ? Testigo: Por eso le digo, hasta donde yo valoré, si hubiese sido en mi institución, obviamente si contara con el servicio de especialidad se hubiera realizado ahí, pero al salir ya de mi institución no podría inferir qué procedimiento se puede realizar porque la variabilidad de los signos vitales puede cambiar dependiendo del estado de ansiedad de la paciente o del medio donde ella se encuentre porque si llega a un hospital como el hospital Francisco de Paula Santander y es ingresada a un lugar tranquilo, muy probablemente la presión pudo haber mejorado, pudo haber aumentado, no sé, ahí ya depende del estado del ingreso del cual el especialista ya determinará la conducta, ahí sí, no podría decirle si tenían que hacerle cirugía o si tenían que hacerle inducción, o si tenían que esperar o si tenían que remitirla porque las condiciones en las cuales la recibió el especialista allá las desconozco, entonces no podría inferir y decir ah sí, tenía que hacerle cesárea o si inducirla, no podría decirlo. LA SEÑORA JULICUE FUE REMITIDA AL HOSPITAL DE SANTANDER OBVIAMENTE SE LE INTERVINO, PERO SE LE DETERMINO, CUANDO NACE LA NIÑA, CON UN DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍAS POR BRONCO ASPIRACIÓN DE MECONIO, ¿USTED SABE A QUÉ CONSECUENCIA SE DEBE ESTA SITUACIÓN? Testigo: Hay muchas consecuencias, entre ellas está un trabajo de parto muy prolongado, el trabajo de parto se puede categorizar, sí, eso pueden ser muchas causas, pero uno normalmente dice aspiración cuando hay un trabajo de parto prolongado o que se ha extendido mucho tiempo, puede llevar a consecuencias de que el bebé sufra aspiración de meconio". (…).

APODERADO HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER:

"INDIQUELE AL DESPACHO SI EL EMBARAZO CUANDO USTED ATENDIÓ A LA PACIENTE ESTABA CONSIDERADO COMO DE ALTO RIESGO. Testigo: El día 25 de agosto de 2013, ella ya tiene 41 semanas, ya se considera porque ya es un embarazo prolongado porque tiene unas indicaciones de complicación, al encontrarle la tensión arterial elevada, si me preocupa como médico general de un nivel 1, de realizarle un trabajo de parto ahí, pues según lo que está consignado en la historia clínica, no estaba en trabajo de parto, perdón, si estaba en trabajo de parto porque ya tenía dolor, por lo cual, al tener tensión arterial elevada y 41 semanas si se considera un embarazo de alto riesgo y se debe remitir a un hospital donde haya un especialista en ginecología".

JUEZ:

"SIENDO UN EMBARAZO PROLONGADO, GENERALMENTE, ¿HASTA CUANDO PODRÍA DARSE ESPERA PARA INTERVENIR PARA LLEGAR A TÉRMINO EL EMBARAZO? Testigo: Actualmente yo soy médico en el área de información, residente en el área de imágenes diagnósticas y tratamiento terapéutico, pero los conceptos no es que no los tenga claros, pero ya me entra un poco la duda, porque ya llevo acá 3 años de formación en radiología, pero hasta yo tengo entendido como médico general que ejercí en ese tiempo, lo más seguro para mantener un producto fetal dentro del vientre de la madre es hasta las 41 semanas, de ahí en adelante ya se corren riesgos y más si la embarazada vive en un área rural de difícil acceso o de áreas de conflicto como es Caloto, Cauca, por lo cual, a partir de las 41 semanas una paciente que acuda a un hospital de primer nivel, debe ser valorada y determinar si se puede atender el parto, si ya está con dolor de parto en ese nivel, o en este caso como la paciente Julicue que tenía sus 41 semanas con tensión arterial elevada, se debe remitir por los riesgos a un hospital de mayor complejidad que en ese momento el de referencia que tenemos en el hospital de Caloto, la ESE Norte 2, es el hospital Francisco de Paula Santander, obviamente hasta las 41 semanas, podría extenderse hasta las 42 semanas, pero ya sería un riesgo agregado e innecesario en esa situación de la paciente. SI SE ESTÁ CON UNA PACIENTE CON EMBARAZO PROLONGADO, SE LA VALORA Y SE SABE QUE ESTÁ CON EMBARAZO PROLONGADO, ¿POR QUÉ SE DEJA EN OBSERVACIÓN Y NO SE REMITE INMEDIATAMENTE? O SON PARALELAS LA ATENCIÓN, ¿CUAL ES EL PROTOCOLO? Testigo: El día 22 de agosto de 2013, que creo que fue el día jueves la recibí con 40.6 semanas, no tenía las 41 semanas exactas, por eso la dejé en observación y con una indicación clínica de que

al día siguiente se revalorara y se determinara remisión al hospital Francisco de Paula Santander, hasta allí en mi turno se quedó la paciente. DOCTOR, SI LE COMPRENDO, ENTONCES, SI NO TIENE 41 SEMANAS NO PODÍA USTED O EL MÉDICO QUE LA VALORÓ HACER LA REMISIÓN INMEDIATA, ¿TENÍA QUE ESPERAR NECESARIAMENTE A CUMPLIR 41 SEMANAS PARA ORDENAR REMISIÓN? Testigo: Si la paciente está estable, con signos vitales normales al momento del ingreso y el feto no tiene síntomas o no se observa que hay un deterioro fetal, se debe dejar en observación, porque si tiene 41 semanas y no tiene signos de alarma, un ejemplo tensión arterial elevada, frecuencia cardiaca, edema generalizado de la paciente, por lo que tenga se puede atender el parto allí, pero si encontramos algo de riesgo se debe iniciar inmediatamente, no necesariamente se debe llegar a las 41 semanas punto 1, punto 2, punto 3 o 41 exactamente, si llega de 40 semanas y tiene tensión arterial elevada yo la remitiría. (…)".

- Se recibió el testimonio de MARLENY RAMOS SECUE, LUIS MARTÍN ORDÓÑEZ BONILLA y FERNEY ORLANDO ESCUE MESTIZO, quienes señalaron:

Que el documento que se les puso en conocimiento es un estudio de campo que se realizó el 31 de agosto de 2013, por un caso de muerte perinatal que se presentó en la vereda El Credo, encaminado a verificar lo sucedido, en aras de tomar medidas para mejorar el servicio, para que no ocurran nuevamente las situaciones presentadas. No tienen conocimiento por qué no firma el documento la señora Luz Ayda Julicue. Los firmantes fueron quienes hicieron la visita de campo.

Señalan que no tiene conocimiento de qué hacen con la información que recogen en el trabajo de campo, en qué la utilizan, saben que se realizan reuniones institucionales, pero no sabe quién interviene y qué decisiones toman.

Manifestó la señora Marleny Bonilla Secue que se desempeñaba como promotora de salud de la ACIN, realizaban visitas domiciliarias, que el 22 de agosto de 2013 hubo una brigada médica y ella le indicó a la señora Luz Ayda Julicue que asistiera para ser valorada, y posteriormente, fue remitida a la ESE Norte 2, ya era el tiempo de que naciera la bebé. Afirmó que hubo negligencia, no se atendió a la gestante, no se hizo la remisión hacia un nivel superior para atender a la paciente.

El señor Luis Martín Ordóñez Bonilla señaló que en el documento se plasmó lo señalado por la familia, que es una especie de entrevista y es un elemento que tienen en cuenta en las reuniones de comité COVE para estudiar lo sucedido en el caso particular, además de ello, tienen en cuenta las historias médicas donde fue atendida. Dicho documento se remite a la Secretaría de Salud municipal, pero no conoce qué procedimiento utilizan. Afirma que, de acuerdo con lo informado por la familiar, posiblemente se presentó una falla en la prestación del servicio médico.

El señor Ferney Orlando Escue Mestizo informó que realizó orientación en el programa de alimentación sana en las diferentes veredas del municipio y en el estudio de campo solo se enfocó en el tema de alimentación sana, cada quien se enfocó en sus funciones.

SEGUNDA: Marco jurídico.

El artículo 2 superior consagra los fines esenciales del Estado colombiano, entre ellos, servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución Política; así como asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Igualmente, señala que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Por su parte, el artículo 90 consagra la cláusula general y explícita de responsabilidad patrimonial del Estado por los daños antijurídicos que le sean imputables, ya sea por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

De acuerdo con la cláusula general de responsabilidad del Estado, para que esta se materialice se requiere de dos elementos que deben concurrir: (i) la existencia de un daño antijurídico y, (ii) que sea atribuible a la entidad pública bajo alguno de los títulos de imputación.

El primer elemento que debe abordarse es el daño antijurídico, entendido doctrinaria y jurisprudencialmente como el detrimento que es causado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo. Luego entonces, no basta con demostrar el hecho dañoso, sino que el interesado debe probar las circunstancias de tiempo, modo y lugar que permitan atribuirlo al Estado.

En lo que respecta al segundo elemento, cuyo estudio únicamente se realizará en el evento de hallar probado el daño antijurídico, cabe señalar que no existe consagración constitucional de un régimen de responsabilidad especial, por lo que corresponde al juez determinar el soporte jurídico de su decisión, haciendo parte los títulos de imputación de la motivación de la sentencia. Así lo ha dicho el Consejo de Estado[1]:

> "*(…) En lo que refiere al derecho de daños, como se dijo previamente, se observa que el modelo de responsabilidad estatal establecido en la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez la labor de definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte razones, tanto fácticas como jurídicas que den sustento a la decisión que habrá de adoptar. Por ello, la jurisdicción contenciosa ha dado cabida a la adopción de diversos "títulos de imputación" como una manera práctica de justificar y encuadrar la solución de los casos puestos a su consideración, desde una perspectiva constitucional y legal, sin que ello signifique que pueda entenderse que exista un mandato constitucional que imponga al juez la obligación de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas un determinado y exclusivo título de imputación.*
>
> *En consecuencia, el uso de tales títulos por parte del juez debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria que se le ponga de presente en cada evento, de manera que la solución obtenida consulte realmente los principios constitucionales que rigen la materia de la responsabilidad extracontractual del Estado, tal y como se explicó previamente en esta providencia".*

Frente al título de imputación, la Sala Plena de la Sección Tercera, en sentencia de 19 de abril 2012[2], unificó su posición en el sentido de indicar que, en lo que se refiere al derecho de daños, el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar.

Por ello, la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación para la solución de los casos sometidos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar, frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación.

En este sentido, en aplicación del principio *iura novit curia*, este despacho puede analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado aplicable de cara a los hechos probados dentro del proceso, sin que esto implique una suerte de modificación o alteración de la causa *petendi*, ni que responda a la formulación de una hipótesis que se aleje de la realidad material del caso, o que se establezca un curso causal hipotético de manera arbitraria[3].

---

[1] Sentencia del 22 de noviembre de 2012. M.P. Stella Conto Díaz del Castillo.

2 Consejo de Estado. Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia de 19 de abril de 2012. Expediente: 21515, C.P. Hernán Andrade Rincón.

3 Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 13 de mayo de 2015, expediente 50001 23 31 000 1994 04485 01 (17037), C.P. Hernán Andrade Rincón.

Sobre el título de imputación bajo el cual se debe analizar la responsabilidad administrativa en asuntos de falla médica, el Consejo de Estado[4] ha expresado en su jurisprudencia:

> *"En lo que tiene que ver con la imputación del daño, la Sala considera pertinente precisar que en el asunto sub iudice, el régimen de responsabilidad bajo el cual se deben analizar las obligaciones resarcitorias que eventualmente existan a cargo del Estado, es el de la falla probada del servicio, con las consecuencias probatorias que le son propias, tal y como se ha reiterado[5], en el sentido de precisar que "… en la medida en que el demandante alegue que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización, …deberá en principio, acreditar los tres extremos de la misma: la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta…"[6]."*

En complemento de lo anterior, sobre el régimen de la carga de prueba, en la misma providencia dijo:

> *"En relación con la carga de la prueba del nexo causal, se ha dicho que corresponde al demandante, pero dicha exigencia se modera mediante la aceptación de la prueba indirecta de este elemento de la responsabilidad, a través de indicios y además, se ha precisado que "la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica debida no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que esa actuación fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño…; se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino que éste constituyó un efecto no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente o de otra causa diferente"[7]."*

De la providencia en cita, la cual recoge a su vez el precedente jurisprudencial sobre las reglas que deben observarse para determinar una presunta falla en el servicio médico, se pueden extraer las siguientes conclusiones o premisas sobre el título de imputación aplicable y la carga de la prueba: *(i) Los litigios sobre falla médica se deben absolver bajo el régimen subjetivo de responsabilidad, esto es, falla probada; (ii) La carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad administrativa recae sobre la parte demandante; (iii) Es posible acudir al medio probatorio de los indicios para probar los elementos de responsabilidad y (iv) la sola demostración de las actuaciones u omisiones de la prestación médica debida no es suficiente para imputar daños al Estado".* Sin embargo, esta carga se hace más liviana para la parte demandante cuando el acto médico es ginecobstétrico, donde, según jurisprudencia del Consejo de Estado, la falla médica puede probarse a través de indicios. Ha expresado la Corporación[8]:

> *"La Sala ha reconocido la necesidad de aplicar un sistema de aligeramiento probatorio para los escenarios de responsabilidad gineco - obstétrica, para ello se ha definido el sistema como de "indicio de falla". Entonces, si bien estos supuestos de responsabilidad no deben ni pueden ser decididos bajo la égida de la responsabilidad objetiva (por actividad peligrosa), sí es preciso reconocer la existencia de un indicio de falla del servicio, siempre y cuando el embarazo haya trascurrido en términos de normalidad y que el daño se haya producido una vez intervino la actuación médica dirigida a atender el alumbramiento. En asuntos médicos de esta naturaleza - y eventualmente en otros -, la falla podría sustentarse en un indicio, es decir, en el solo hecho de que la evolución y proceso de embarazo se hubiera desarrollado en términos normales hasta el momento del parto. Lo anterior, como quiera que el indicio de falla del servicio, aunado a la prueba de la*

---

[4] Consejo de Estado, Sección Tercera, SUBSECCIÓN B, Consejero Ponente (E): Danilo Rojas Betancourth, Bogotá D. C., veintiocho (28) de septiembre de dos mil doce (2012).

[5] Ver, entre otras las siguientes sentencias de la Sección Tercera del Consejo de Estado: de 10 de febrero de 2000, exp. 11878, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez; de 31 de agosto de 2006, exp. 15.238, de 30 de noviembre del mismo año, exp. 15201, la proferida en la misma fecha dentro del exp. 25063; y la de 23 de abril de 2008, exp. 17750, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

[6] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de mayo de 2006, exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

[7] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

[8] Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejero Ponente Enrique Gil Botero. Bogotá, 28 de Marzo de 2012, Radicado interno No. 22163.

> *imputación fáctica que vincula la conducta con el daño, daría lugar a encontrar acreditada la responsabilidad."*

El indicio, según lo ha definido el Consejo de Estado[9] con base en la doctrina, consiste en deducir un hecho desconocido a través de inferencias lógicas partiendo de un hecho indicador. Resulta muy útil este medio de prueba cuando se analiza la responsabilidad del Estado por el acto médico, donde se está frente al análisis de conductas desplegadas en ejercicio de una ciencia de altísima complejidad como la medicina; sin embargo, como bien se advierte en la sentencia de 28 de marzo de 2012 citada, al indicio de falla solo se podrá acudir cuando se acredite *"que el proceso de embarazo se hubiera desarrollado en términos normales hasta el momento del parto"*.

Además, es necesario complementar cuáles son los deberes probatorios que debe cumplir quien demanda reparación por fallas en el acto médico; y en tal sentido, el Consejo de Estado[10], en un caso similar al que ahora nos ocupa, remitiendo a jurisprudencia de la misma Corporación[11] ha expresado:

> *"En síntesis bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal."*

La *"falla"* hace referencia a la transgresión o incumplimiento de los deberes normativos a cargo de la entidad estatal, o como en el caso del acto médico, cuando no se aplica en debida forma un protocolo clínicamente establecido y autorizado en el país.

Debe aclararse eso sí, que, "*En materia del acto médico, y de la responsabilidad derivada de su concreción, lo relevante no es el yerro en sí mismo - pues la medicina no puede ser considerada como una ciencia exacta-, sino aquel descuido inexcusable que conlleva la falta de aplicación del diagnóstico o del tratamiento idóneo cuando se tienen claros, concurrentes y múltiples indicios patológicos que debieron ser despejados de manera oportuna, con el fin de que la enfermedad o la situación padecida por el paciente, en este caso la gestante y su bebé, no se hubiera agravado, ya que, el médico, en atención a la posición en la que se encuentra frente al paciente, debe velar porque los riesgos que le resultan previsibles y, de manera específica, por él controlables, se mantengan en la órbita de su manejo y dominio."*[12].

Es decir, se trata de "*establecer no la relación causal entre un suceso y su efecto, sino para determinar si el comportamiento de las entidades o instituciones demandadas fue relevante en el plano fáctico en la concreción del resultado, bien porque fue irrogado directamente (acción) o por la abstención en la práctica y realización de los diferentes protocolos médicos de acuerdo con la lex artis y, de manera específica, la denominada lex artis ad hoc, es decir, las obligaciones que tiene el galeno para con su paciente en el caso concreto."* [13].

---

[9] *"(…) el indicio se estructura sobre tres elementos: 1. Un hecho conocido o indicador, 2. Un hecho desconocido, que es el que se pretende demostrar, y 3. Una inferencia lógica a través de la cual, y partiendo del hecho conocido, se logra deducir el hecho que se pretende conocer. Es así como desde 1894, el insigne tratadista Carlos Lessona, enseñaba, refiriéndose a la estructura del indicio que este: "…se forma con un razonamiento que haga constar las relaciones de causalidad o de conexión entre un hecho probado y otro a probarse…"; o en términos de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia: "el hecho conocido o indicador debe estar plenamente demostrado en el proceso, esto es, debe ser un hecho que tenga certeza jurídica y que sirva de base para a través de inferencias lógicas realizadas por el juez en el acto de fallar, permitan llegar a deducir el hecho desconocido". (…) Es el juzgador quien declara la existencia de un indicio, cuando establece un hecho indicador, aplica una o varias reglas de la experiencia e infiere lógicamente otro hecho indicado. Es el juez quien construye el indicio, en cada caso concreto."* Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO, Bogotá D.C., trece (13) de junio de dos mil trece (2013), Radicación número: 05001-23-31-000-1995-00998-01(25180).

[10] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Seccion Tercera, Consejero ponente: HERNAN ANDRADE RINCON Bogotá, D.C., veintiséis (26) de enero de dos mil doce (2012) Radicación número: 19001-23-31-000-1998-01005-01(21726) Actor: JULIETD RIVERA MORCILLO Y OTROS Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN.

[11] Consejo de Estado. Sección Tercera. Cons Ponente. Enrique Gil Botero. Exp 18.364

[12] Consejo de Estado. Radicación interna: 22163, Marzo 28 de 2012, MP. Enrique Gil Botero.

[13] *Ibídem.*

Ahora bien, para tener certeza sobre la existencia o no de una falla médica dadas las circunstancias del caso, exige del operador jurídico un análisis más exhaustivo de los medios probatorios con los que se cuenta, más aún en el presente caso, donde no se aportó un dictamen pericial. No obstante, el Consejo de Estado[14], vía jurisprudencial ha abierto el camino al Juez Administrativo para que acuda a la literatura científica de instituciones médicas, autores o incluso páginas web reconocidas, para efectos de tener claridad sobre conceptos médicos complejos:

> *"(…) el juez puede valerse de literatura - impresa o la que reposa en páginas web, nacionales o internacionales, ampliamente reconocidas por su contenido científico - no como un medio probatorio independiente, sino como una guía que permite ilustrarlo sobre los temas que integran el proceso y, por consiguiente, brindarle un mejor conocimiento acerca del objeto de la prueba y del respectivo acervo probatorio, lo que, en términos de la sana crítica y las reglas de la experiencia, redundará en una decisión más justa."*

La información consultada no funciona jurídicamente como un medio autónomo y adicional de prueba, dado que, si se toma de esa manera, significaría una violación al debido proceso y al derecho de defensa de la parte accionada, quien no ha tenido la oportunidad de contradecir los mismos, sino como un complemento de las pruebas que oportuna y en debida forma se practicaron en el proceso.

TERCERA: Juicio de responsabilidad- valoración probatoria.

La demanda fue presentada con la pretensión de que se indemnice a los accionantes por el fallecimiento de la recién nacida, hija de Luz Ayda Julicue Largo y Julio Soto, aduciendo una falla en el servicio médico al considerar que no se prestó la atención debida en la primera atención realizada el 22 de agosto de 2013, teniendo en cuenta que contaba con 40.6 semanas de embarazo, lo que en su sentir, ocasionó que se presentaran complicaciones en el parto y la posterior muerte de la recién nacida.

Por su parte, las entidades accionadas señalaron que no son responsables de la muerte de la recién nacida, argumentándose por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud demandadas que brindaron la atención médica debida y oportuna, de conformidad con los síntomas que presentó al momento del ingreso, los cuales indicaron que no se encontraba en trabajo de parto.

Partiendo de lo anterior, de cara a las pruebas debidamente recaudadas y practicadas en el proceso, encontramos que el daño comprendido como el primer elemento en un juicio de responsabilidad, lo constituye en este caso la muerte de la recién nacida hija de Julio Soto y Luz Ayda Julicue Largo, que, de acuerdo con la historia clínica y el certificado antecedente para el registro civil de defunción, ocurrió el 31 de agosto de 2013.

Con base en el acervo probatorio, específicamente la historia clínica de la señora Luz Ayda Julicue Largo, encontramos que se encuentran acreditados los siguientes aspectos:

- La señora Luz Ayda Julicue Largo para el 22 de agosto de 2013 se encontraba en estado de embarazo, con 40.6 semanas, con fecha probable de parto el 17 de agosto de 2013. Se le realizaron los controles prenatales en la AIC EPS, con sede en el municipio de Caloto y se determinó embarazo normal.

- Ingresó al servicio de urgencias de la Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E., con el motivo de consulta: embarazo prolongado, realizándose las siguientes anotaciones:

  "*ENFERMEDAD ACTUAL*
  PRIMIGESTA CON EMB DE MAS O MENOS 40.6 SS POR PRIMER ECO DEL 2-04-2013 AL MOMENTO ESTABLE NO SINTOMAS O SIGNOS DE TRABAJO DE PARTO ESTABLE, REMITIDA DE IPS AIC AREA RURAL BRIGADA POR EL DR. FELIPE DINAR CON IDX: EMBARAZO PROLONGADO Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO SE DEJA EN URGENCIAS PARA REVALORACIÓN, A LAS 7 Y 20 am, SE REVALORA LA PTE, FCF 145 POR MIN, CON DOOPLER, CEFALICO, AL

[14] *Ibídem.*

TACTO VAGINAL, DILATACION 0, ESTACION MENOS 1, BORRAMIENTO 0, SIN CONTRACCIONES UTERINAS, DE (Sic) LE DEJA PARA OBSERVAR INICIO DL (Sic) TRABAJO DE PARTO.
(…)
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE RHAS PRESENTES NO MEGALIAS ALTURA UTERINA FRECUENCIA CARDIACA ACTIVIDAD UTERINA NULA MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES
GENITOURINARIO: NO GENITORRAGIA NO DESPRENDIMIENTO DE TAPON MUCOSO. (…)" [Así fue escrito].

Y presentó los siguientes signos vitales:

- Frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 latidos por minuto.
- Temperatura: 36°C.
- Presión arterial: 100/80 mm Hg.
- No tenía desprendimiento de tapón mucoso.

Se le ordenó monitoría fetal, la cual resultó normal, con leves contracciones, por lo cual, se dejó en observación para verificar si iniciaba trabajo de parto teniendo en cuenta que tenía domicilio lejano, residía en la vereda El Credo, del municipio de Caloto.

Fue revalorada el 23 de agosto de 2013, y al no presentar contracciones, ni salida de líquido amniótico, es decir, que no se encontraba en trabajo de parto, se decide dar salida por el médico de turno, señalando, de acuerdo con las anotaciones de la historia clínica que se quedaría en el perímetro urbano donde una familiar, condicionada que al sentir dolores de parto sea llevada nuevamente a urgencias de la ESE. A la salida se señalaron los siguientes signos:

- Frecuencia cardiaca fetal 145 por minuto.
- Dilatación 0.
- Estación -1
- Borramiento 0
- Sin contracciones uterinas.
- Presión arterial: 100/60 mm Hg
- Frecuencia cardiaca: 79 latidos por minuto.

De esta manera, se considera que los días 22 y 23 de agosto de 2013, la señora Luz Ayda Julicue Largo se encontraba hospitalizada en la ESE Norte 2, y luego de realizada valoración por parte de los médicos de turno, se determinó que no se encontraba en trabajo de parto, no presentaba contracciones uterinas y tenía signos vitales normales, tanto la gestante, como el feto.

Según la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000[15] del Ministerio de Salud –*hoy Ministerio de Salud y Protección Social*- la cual es de obligatorio cumplimiento para las entidades del Sistema General de Salud y específicamente, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la atención para el parto incluye una serie de pasos para la atención de las mujeres que se encuentran en esta última fase del embarazo, la cual –entre otras cosas- obliga a llevar una historia clínica completa, no solo de la atención previa (controles prenatales), sino de los momentos previos al parto.

Dichas instituciones están en la obligación de advertir los factores de riesgo en el embarazo para disminuir la mortalidad materna y neonatal, así como las complicaciones en la fase del expulsivo (parto). Conforme a la norma técnica, son varios los factores de riesgo biológicos a observar:

"5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas
· Biológicos:
- Primigestante adolescente (<16 años)

---

[15] "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública"

- Primigestante Mayor (>35 años)
- Gran multípara (Más de 4 partos)
- Historia obstétrica adversa
- Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía)
- Edad gestacional no confiable o no confirmada
- Ausencia de control prenatal
- Edad gestacional pretérmino o prolongado
- Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales
- Fiebre
- Hipertensión arterial
- Edema o Anasarca
- Disnea
- Altura uterina mayor a 35 cm o menor a 30 cm
- Embarazo múltiple
- Taquicardia o bradicardia fetal
- Distocia de presentación
- Prolapso de cordón
- Obstrucciones del canal del parto
- Presencia de condiloma
- Sangrado genital
- Ruptura de membranas
- Líquido amniótico meconiado

La presencia de factores de riesgo condicionará la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si, por el contrario, se halla aún en el preparto. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar."[16]

Ahora bien, en cuanto al diagnóstico de embarazo prolongado, con base en la literatura médica y a los protocolos[17] para la atención de este diagnóstico, encontramos los siguientes conceptos:

"1.1 Epidemiología. Por definición una gestación a término corresponde a las 37-42 semanas. La verdadera incidencia de embarazo prolongado no se conoce, pero probablemente es menor de lo que se ha pensado (3). La frecuencia varía entre 4 y 14%, y aquellas que completan 43 semanas 2-7% (1)(2)(9)."
(…)
Virtualmente todos los reports sugieren un incremento en la morbimortalidad perinatal cuando el embarazo va más allá de las 42 semanas de gestación (7).
(…)
Está claro que la causa más común de embarazo prolongado es un error en determinar el tiempo real de gestación. Usar la fecha de la última menstruación para determinar la edad gestacional está lleno de inexactitudes. La falla para recordar el primer día de la última menstruación, combinada con la duración variable de la fase folicular del ciclo menstrual, puede resultar en una sobreestimación de la edad gestacional (1)(2).

Varias condiciones maternas se han sugerido como factores predisponentes para el desarrollo de embarazo prolongado. La primigravidez se identificó como la única variable materna que tuvo una asociación pequeña pero significativa con embarazo prolongado (riesgo relativo 1.069, IC 95% 1.05 – 1.07).
(…)
2.1 Morbilidad y mortalidad perinatal

Se ha determinado un incremento significativo en la mortalidad fetal a partir de las 41 semanas de gestación (10) (11) (Odds Ratio de 1.5, 1.8 y 2.9 a las 41, 42 y 43

[16] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf

[17] http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%204.%20%20ATENCION%20DEL%20EMBARAZO%20PROLONGADO.pdf

> *semanas respectivamente) (1). El OR para mortalidad perinatal no demostró una dependencia significativa de la edad gestacional (1).*
>
> *La restricción del crecimiento intrauterino se asocia independientemente con una tasa de mortalidad alta en las gestaciones prolongadas (10).”* (Subrayas del despacho).

Adicional a lo anterior y teniendo en cuenta que no se practicó la prueba pericial decretada en audiencia inicial, se torna imprescindible la valoración de los testimonios rendidos por los médicos generales que atendieron a la paciente en la ESE Norte 2.

Con base en las anotaciones de la historia clínica, los médicos Álvaro Adechine Cerpa y Martín Adolfo Matabajoy fueron consistentes en señalar que la señora Luz Ayda Julicue no tenía trabajo de parto en la consulta y valoración realizada el 22 y 23 de agosto de 2013, presentaba signos vitales normales, y los signos del feto igualmente se encontraban normales, señalando que un embarazo prolongado puede durar hasta las 42 semanas, aunque aclarando el doctor Matabajoy, que se genera un riesgo adicional e innecesario, llegar a las 42 semanas.

Es decir, que, en principio, el único factor de riesgo que presentaba era el de embarazo prolongado, sin embargo, conforme lo señalado por los galenos, al no presentar trabajo de parto, contracciones uterinas, presión arterial y/o frecuencia cardiaca fetal alterada u otro factor que hiciera pensar alguna complicación en el parto, no era en principio necesario remitir a un nivel superior, puesto que se podría atender el parto en dicha institución.

Posteriormente, la señora Luz Ayda Julicue Largo reingresó al servicio de urgencias de la E.S.E Norte 2 el 25 de agosto de 2013, a las 08:07:07, debido a dolores de parto, se realizó la siguiente anotación:

> *“ENFERMEDAD ACTUAL*
> *PCT PRIMIGESTA CON EMB DE 41 SS HOY POR PRIMER ECO DEL 2-04-2013 CON 20.3 SS ACUDE POR CC DE DOLOR DE TIPO CONTRACCIÓN LEVE ESPORADICO DE 24 HORAS DE EVOL, ESTABLE AL MOMENTO EN FASE LATENTE DE TRABAJO DE PARTO CON TENSION ARTERIAL ELEVADA DE 130/90 MAS EMESIS DOS EPISODIOS SE DEJA PARA MANEJO SINTOMATICO Y DETERMINAR CONDUCTA*
> *CONTROLE PRENATALES SEIS*
> *VDRL: NO REACTIVO*
> *VIH: NO REACTIVO*
> *GLICEMIA: 96*
> *HBsAg: NO REACTIVO*
> *GRUPO SANGUINEO: O POSITIVO*
> *CONCLUSIÓN EMBARAZO PROLONGADO CON TRABAJO DE PARTO LATENTE O NO EFECTIVO.*
> *09H:00 MONITORIA FETAL CON LINEA BASAL DE 140 LPM SIN ACELERACIONES O DESACELERACIONES ESTABLE AL MOMENTO CATEGORIA I.*
> *PCT AL MOMENTO CON TENSION ARTERIAL DE 132/84 SIN PREMONITORIOS ESTABLE PRESION ARTERIAL BASAL CONTROL 100/60*
> *09:15 COMENTADA ADMINISTRATIVAMENTE CON SANDRA PEÑA A HFPS Y ACEPTADA EN PARTOS POR EL DR. G/O RENE MARTINEZ. PCT SALE ESTABLE.*
> *(…)*
> *EXAMEN FISICO*
> *(…)*
> *ABDOMEN GESTANTE CON ALTURA UTERINA DE 35 CENTIMETROS MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR NO EFICIENTE PARA DESENCADENAR TRABAJO DE PARTO FRECUENCIA CARDIACA FETAL DE 150 PO (Sic) MINUTO.*
> *GENITO URINARIO: CUELLO CENTRAL NO DILATACION CERRADO (…)*
> *DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:*
> *DIAGNOSTICO PPAL:048X- EMBARAZO PROLONGADO*
> *TIPO DE IMPRESIÓN DX: CONFIRMADO NUEVO*
> *DIAGNOSTICO 1: R030- LECTURA ELEVADA DE LA PRESIÓN SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION.”* [Así fue escrito].

Presentó para ese momento presión arterial de 130/90. Y se señaló, que, se encontraba en trabajo de parto latente, estaba estable, en categoría I, con altura uterina de 35 centímetros,

movimientos fetales presentes, actividad uterina irregular no eficiente para desencadenar trabajo de parto y frecuencia cardiaca fetal de 150 por minuto.

Fue atendida ese día por el doctor Martín Adolfo Matabajoy, quien consideró necesario remitir a un nivel superior para ser valorada por especialista en ginecología y obstetricia, dado que contaba con 41 semanas de embarazo y tensión arterial de 130/90, que indicaba signos de complicación y no tenían los elementos necesarios para atender dicho parto.

Fue trasladada al Hospital Francisco de Paula Santander, donde ingresó el 25 de agosto de 2013, a las 10:14 a. m., con la siguiente anotación:

> *"Enfermedad actual*
> *PACIENTE DE 19 AÑOS, G1P0, FUM:10/11/2012 PARA EMB DE 41,1 SS. ACRODE (Sic) CON ECOGRAFÍA OBSTETRICA DEL 02/04/2013. ES REMITIDA DEL HOSPITAL DE CALOTO POR EMBARAZO PROLONGADO, REFIERE QUE DESDE HACE 24 HORAS INICIA CON DOLOR ABDOMINAL TIPO CONTRACCIÓN UTERINA, SALIDA DE TAPÓN MUCOSO AYER EN LA NOCHE, NO PREMONITORIOS, PERCIBE MOV FETALES. # CPN: 6, UROANALISIS DEL 02/07/2013 NORMAL, TOXOPLASMA IGM NEGATIVO, RUBEOLA IGM NEGATIVO, IGM CITOMEGALOVIRUS NEGATIVO, HEMOGRAMA 08/01/2013 CON HGB: 10.8 Y SEROLOGÍA NO REACTIVA, GS: O+, AGS HB: NEGATIVO, VIH: NEGATIVO. (…)"* [Así fue escrito].

Se encontró tensión arterial de 110/70, frecuencia cardiaca 70, altura uterina de 33 centímetros, frecuencia cardiaca fetal de 130 LXM, sin actividad uterina de trabajo de parto, cuello cerrado, no genitorragia, no amniorrea, se procedió a hospitalizar y monitorear cada hora para verificar trabajo de parto o algún cambio.

Finalmente, culmina trabajo de parto a las 11:23, momento en que nace una bebé, viva, pero con complicaciones, se realizó la siguiente anotación, respecto de la recién nacida:

> *"PACIENTE RN SEXO FEMENINO QUIEN AL MOMENTO DEL PARTO PRESENTO SD DE DISTRES RESPIRATORIA SECUNDARIO A BRONCOASPIRACION DE MECONIO APGAR 4-6 CAPURRO PARA 40 SEM PESO*
>
> *SE PASA SONDA OROGRASTRICA OBTENIENDO MECONIO AL ENTUBAR AL RN SE ASPIRA MECONIO EN TODO MOMENTO FUE ASISTIDO POR PEDIATRA DE TURNO QUIEN REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL SE COLOCA LEV DAD10/% SE DECIDE REMITIR CON DX NEUMONIAS POR BRONCOASPIRACION DE MECONIO LA MADRE ASISTIO A CPN NO COMPLICACIONES PREVIA SEPSIA Y ANTISEPSIA SE PASA CATETER UMBILICAL N/5 FEINS Y SE FIJA EN 14 POR LA PEDIATRA MEGALY FERNANDEZ".* [Así fue escrito].

En cuanto a la aspiración de meconio, ha señalado la literatura médica, es una de las complicaciones que se puede presentar cuando se está en presencia de un embarazo prolongado:

> *"2.3 Problemas en el infante. Los problemas fetales asociados con gestación prolongada pueden dividirse en dos categorías:*
> *1. Los asociados a función uteroplacentaria disminuida, resultando en oligoamnios, crecimiento fetal disminuido, paso de meconio, asfixia, y riesgo potencial de muerte fetal.*
> *2. Los asociados con función placentaria normal, resultando en crecimiento fetal, con el subsecuente riesgo aumentado de trauma durante el parto, incluyendo distocia de hombros con posible daño neurológico permanente. (…)*
> *Aspiración de meconio. El feto rara vez pasa meconio antes de la semana 32, luego de la cual la frecuencia del paso de meconio aumenta progresivamente con el aumento de la edad gestacional. Algunos fetos pasan meconio en respuesta a la hipoxia. En embarazos prolongados la incidencia del paso de meconio es mayor a 25%. Una complicación asociada es que el volumen de líquido amniótico disminuye, y el meconio será menos diluido, resultando en un meconio espeso que estará disponible para la aspiración del feto (2)(9). El meconio espeso obstruirá el tracto respiratorio (2)(3). En adición el meconio bloquea la acción del surfactante para reducir la tensión superficial y así interfiere con la función pulmonar (2)."*[18]

[18] http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%204.%20%20ATENCION%20DEL%20EMBARAZO%20PROLONGADO.pdf

Hay que destacar que se dio salida a la señora Luz Ayda Julicue Largo, respecto de la primera atención el 23 de agosto de 2013, en horas de la mañana, y, con base en lo que señaló la señora Beatriz Julicue Largo, ese día en horas de la tarde se trasladaron a la vereda El Credo, del municipio de Caloto, e inició con dolores, aparentemente de parto, sin embargo, no tenían conocimiento sobre dichos dolores y por ello no acudieron de manera inmediata a urgencias de la Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E. Consultando nuevamente el 25 de agosto de 2013, a las 09:26 a. m. Es decir, desobedecieron las órdenes del médico, en cuanto a que no debían salir del perímetro urbano y debían volver, al menor síntoma de dolor.

Se encuentra acreditado, que ese día, 25 de agosto de 2013, el médico de la ESE Norte 2 que se encontraba de turno, actuó de manera inmediata, en razón a que la paciente había cumplido 41 semanas y que presentaba tensión arterial elevada, aclaró el médico Martín Adolfo Matabajoy, que el traslado a una institución de mayor nivel estaba encaminado a que la señora Luz Ayda Julicue fuera valorada por médico especialista en ginecología y obstetricia, y determinara el procedimiento a seguir.

En la historia clínica del Hospital Francisco de Paula Santander, obran anotaciones realizadas por el médico general y el especialista en ginecología y obstetricia, en las cuales es dable destacar que no presentaba signos de alarma, pues la tensión arterial, que fue el signo de alarma por el cual fue remitida, se había superado, y se encontraba en parámetros normales, tanto la madre, como el feto, por lo cual, era procedente continuar con el trabajo de parto. Sin embargo, no pasa por alto este despacho judicial, que el diagnóstico de embarazo prolongado continuaba y que la señora Luz Ayda Julicue llevaba más de 24 horas de trabajo de parto, desde que le iniciaron los dolores.

Hay que destacar, además, que desde las 12:07 horas se inició inducción del parto con el medicamento MISOPROSTOL, sin que evolucionara de manera rápida el trabajo de parto. Y solo hasta las 21:31 horas se realizó el procedimiento denominado AMNIOTOMÍA, se valoró el líquido amniótico en dicho procedimiento, encontrando: “LIQUIDO ESCASO SANGUINOLENTO”.

En la Resolución nro. 412 del 25 de febrero de 2000, a la cual se hizo referencia con anterioridad, y en cuanto al momento del parto, señala:

> *“5.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).*
>
> *Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:*
>
> *• Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.*
> *• Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.*
> *• Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.*
> *• Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.*
> *• Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma.*
> *• Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal.*
>
> *Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.*
>
> *La amniotomía no tiene indicación como maniobra habitual durante el trabajo de parto.*
> *(…)*

> *"5.3 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO)*
>
> *El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las multíparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad; así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.*
>
> *Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran integras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico.*
>
> *El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones.*
>
> *Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico".*

Con base en las anotaciones que realizan los galenos del hospital Francisco de Paula Santander, se realizó amniotomía a las 21:31 p. m., frecuencia cardiaca fetal 148, y el parto evolucionó hasta las 11:23 p. m., hora del nacimiento, es decir, con 2 horas de distancia entre el procedimiento y el nacimiento.

En cuanto al procedimiento denominado amniotomía, encontramos que se utiliza para la inducción del trabajo de parto:

> *"Amniotomia sólo para la inducción del trabajo de parto*
>
> *Amniotomia (ruptura deliberada de las membranas). Es un procedimiento simple que puede usarse exclusivamente para la inducción del trabajo de parto si las membranas son accesibles, evitando la necesidad de intervención farmacológica.*
>
> *Este procedimiento se realiza vaginalmente, y por medio del mismo el médico identifica la cerviz y membranas digitalmente, introduce el instrumento por usar y agujerea las membranas. El instrumento que normalmente usó la mayoría es un gancho de plástico diseñado especialmente, pero a veces acero quirúrgico. El propio procedimiento no es doloroso debido a que no hay nervio en las membranas que pueda causar dolor, y la anestesia no se requiere; sin embargo, el examen vaginal exigió ganar acceso a la cerviz y las membranas pueden ser incómodas, y en algunos casos doloroso, particularmente si las membranas son difíciles de alcanzar.*
>
> *Amniotomia puede realizarse durante el trabajo de parto para progresar en la primera fase del trabajo de parto, ayudando a evaluar el estado del líquido, y a descartar algún tipo de complicación fetal."*[19]

Con base en el historial médico de la señora Luz Ayda Julicue, atendiendo a la edad gestacional que presentaba, 41 semanas, con diagnóstico de embarazo prolongado, con más de 24 horas en trabajo de parto, se considera que este procedimiento debió realizarse con anterioridad a la hora en que efectivamente fue realizado, teniendo en cuenta las complicaciones que se han establecido para el embarazo prolongado.

Resaltamos, que, una de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo prolongado, como ya lo expusimos, es la aspiración de meconio, y se acreditó, que realizado el procedimiento de amniotomía, se determinó que el líquido amniótico era escaso y se encontraba sanguinolento, por lo cual, se pudo considerar, reiterando, atendiendo a las condiciones particulares de la gestante, la presencia de meconio en el líquido, lo que conllevaría a una complicación en el feto, complicación que finalmente ocurrió, pues la muerte de la recién nacida, fue por complicaciones derivadas de la broncoaspiración de meconio.

[19] http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%206.%20%20MANEJO%20DE%20INDUCCION%20FRL%20TRABAJO%20DE%20PARTO.pdf

A pesar de lo anterior, esta autoridad judicial no evidencia una falla en el servicio médico obstétrico, puesto que, con base en las anotaciones de la historia clínica, a la señora Luz Ayda Julicue se le prestó una atención médica consecuente con el estado en el cual se encontraba, atendiendo a los signos de alarma que presentaba en el momento de la atención, en parámetros normales respecto del trabajo de parto.

Empero, sí se configuró una pérdida de oportunidad, considerando que, con base en el diagnóstico de embarazo prolongado, podía preverse la presentación de complicaciones tanto en el feto, como en la madre, y al haberse realizado con anterioridad el procedimiento de amniotomía o incluso en el momento que se verificó el líquido amniótico contaminado (sanguinolento), pudo preverse que hubiera residuos de meconio en dicho líquido, y por tanto, se debió actuar inmediatamente, en aras de evitar las tan mencionadas complicaciones, actuación que de haberse producido, pudo haberle dado una esperanza de vida a la recién nacida, modalidad autónoma de daño que debe ser indemnizado.

Ha dicho el Consejo de Estado[20] que la pérdida de oportunidad como daño autónomo:

> *"(…) solo se configura cuando se pierde una probabilidad seria y debidamente fundada y no una mera posibilidad, vaga y genérica, que no constituye más que un daño meramente hipotético o eventual, teniendo claro que lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir".*

Así mismo, el Consejo de Estado, ha dicho:

> *"La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento (…).*
>
> *"Por otra parte, con el fin de precisar los alcances de la noción de 'pérdida de oportunidad' conviene identificar con la mayor claridad posible sus límites: así, de un lado, en caso de que el 'chance' constituya en realidad una posibilidad muy vaga y genérica, se estará en presencia de un daño meramente hipotético o eventual que no resulta indemnizable y, de otro lado, no puede perderse de vista que lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen rubros distintos del daño. En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso."*[21]

Frente a la pérdida de oportunidad, el Profesor Mario Fernando Parra Guzmán, en su libro de la Carga de la prueba en la Responsabilidad Médica, manifestó: *"Se puede definir como evitar el resultado de una ventaja o expectativa esperada, que de lograrse redundaría en provecho para la víctima. No es indefectible ganancia de la situación o el desenlace lo que se indica como perjuicio; es privar al sujeto de la simple posibilidad o aspiración."*

De igual manera, hace referencia a los elementos de la pérdida de oportunidad, señalados por *FRANCOIS CHABAS*, así: "*1. Una culpa del agente; 2. La pérdida de una ventaja esperada; 3. Ausencia de prueba de causalidad entre la pérdida de la ventaja esperada y la culpa.", en cuanto*

---

20 Consejo de Estado- Sección Tercera- Subsección B- Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero, radicación número: 18001-23-31-000- 1999-00124-01(26406)- Bogotá D. C., 27 de septiembre de 2013.

21 Consejo de Estado Sentencia del 7 de Julio de 2011 Exp. 20.139, expediente 26.437 del 3 de abril de 2013.

al tercer requisito señala "es la no existencia de ese vínculo causal, habida cuenta de que la ventaja es aleatoria; y es por ello, por lo que el álea se traslada al perjuicio, para significar que es la mera esperanza lo que denota la pérdida…".

En el caso de autos, aunque no sea posible determinar que de haberse realizado con anterioridad la amniotomía para determinar la calidad del líquido o que una vez realizada se hubieran tomado otras medidas necesarias para adelantar el parto o decidir otro medio de finalización del embarazo, en aras de evitar complicaciones mayores, como el caso de la aspiración de meconio, si se le quitó una posibilidad de haber evitado el resultado fatal.

Finalmente, respecto de la responsabilidad de la Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E., se considera que se prestó una atención adecuada y oportuna respecto de la edad gestacional y las condiciones particulares de la señora Luz Ayda Julicue, pues en la primera atención, no se encontraban signos de alarma y no se encontraba en trabajo de parto, y en la segunda atención, se remitió a la paciente de manera oportuna a una institución prestadora de salud de mayor complejidad, que contaba con la especialidad requerida, ginecología y obstetricia. Por ello, se declararán como probadas las excepciones de ausencia de responsabilidad e inexistencia del deber de indemnizar propuestas por la ESE Norte 2 y se desvinculará a su llamado en garantía.

CUARTA: Los perjuicios.

En la demanda se solicita se condene a la entidad accionada al reconocimiento de perjuicios inmateriales del orden moral.

Frente a la indemnización de la pérdida de oportunidad como daño autónomo, el Consejo de Estado en la providencia que venimos citando, ha precisado:

> *"Tratándose de la pérdida de oportunidad, en materia de responsabilidad médica, es indispensable recordar la distinción entre daños y perjuicios, conforme a la cual el daño es el evento y los perjuicios son los efectos que ese daño genera en el patrimonio de las personas. A la luz de esa distinción se concluye que el daño lo constituye la pérdida de la oportunidad del paciente de preservar su vida u obtener un mejoramiento de su salud, ya disminuida como consecuencia de la lesión o enfermedad, y no el resultado de estas condiciones (muerte o agravamiento de su afección), como antes se señaló, y el perjuicio lo es la afectación de su patrimonio moral, porque ese es el efecto que produce la frustración de la expectativa que tenía el afectado, si la entidad médica estatal hubiera cumplido cabalmente las obligaciones que tenía a su cargo".*

En ese orden de ideas se indemnizará el perjuicio moral, toda vez que el daño por el cual se declarará la responsabilidad patrimonial del Estado lo constituye la pérdida de oportunidad y no la muerte de la recién nacida como se aclaró anteriormente.

4.1.- Perjuicio moral.

Teniendo en cuenta que se acreditó la muerte de la recién nacida hija de la señora Luz Ayda Julicue Largo y del señor Julio Soto, en virtud del principio de equidad, se reconocerá a sus familiares las siguientes sumas de dinero:

- A su madre LUZ AYDA JULICUE LARGO la suma de 50 S.M.L.M.V.
- A su padre JULIO SOTO la suma de 50 S.M.L.M.V.

3.- COSTAS.

Conforme el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código General del Proceso.

Bajo este lineamiento, es del caso condenar en costas a la parte demandada- HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER con fundamento en el artículo 365 del C.G.P., cuya liquidación se realizará por secretaría del Despacho, conforme lo establece el artículo 366 del C.G.P., como quiera que la acción contenciosa prosperó.

Se fijarán agencias en derecho teniendo en cuenta lo dispuesto en el numeral 3.1.2 del artículo 6 del Acuerdo 1887 de 2003, modificado por el Acuerdo 2222 del 10 de diciembre de 2003, ambos de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura, así como al numeral 3 del artículo 366 del CGP. Agencias en derecho que se fijarán en el equivalente al 0.5 % del monto reconocido como condena.

4.- DECISIÓN.

Por lo expuesto el JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley:

RESUELVE

PRIMERO: Declarar probadas las excepciones de ausencia de responsabilidad e inexistencia del deber de indemnizar propuestas por la Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E, y desvincular a la entidad llamada en garantía Seguros del Estado S.A., de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO: DECLARAR administrativa y patrimonialmente responsable al HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER por la pérdida de oportunidad o chance ocasionada a la parte demandante, según se expuso en esta providencia.

TERCERO: Condenar al HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER a reconocer por concepto de perjuicio moral las siguientes sumas de dinero en salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia:

ACCIONANTE	NRO DE IDENTIFICACIÓN	PERJUICIOS
LUZ AYDA JULICUE LARGO	C.C. 1.061.436.262	50 S.M.L.M.V.
JULIO SOTO	C.C. 10.632.170	50 S.M.L.M.V.

CUARTO: Condenar en costas al HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A. Liquídense por secretaría.

Se fijan las Agencias en Derecho en la suma equivalente al 0.5 % de las pretensiones reconocidas en esta sentencia, las que serán tenidas en cuenta al momento de liquidar las costas.

QUINTO: Se dará cumplimiento a la sentencia en los términos de los artículos 192 y 195 del CPACA

SEXTO: Notificar esta providencia tal y como lo dispone el artículo 203 de la Ley 1437 de 2011, en concordancia con lo señalado en el artículo 52 de la Ley 2080 de 2021.

SÉPTIMO: En firme esta providencia entréguese copia de la misma con constancia de ejecutoria a la parte interesada para los efectos pertinentes, ello a la luz del artículo 114 del Código General del Proceso y archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La Jueza

Firmado Por:

Zuldery Rivera Angulo
Juez Circuito
008

Juzgado Administrativo
Cauca - Popayan

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:
3d0794d81dafa5a8d486ef430c47291f15fb24b3114c1835af532aae80760c69
Documento generado en 30/07/2021 02:04:29 p. m.

Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica