

TEMA: RESPONSABILIDAD MÉDICA- Corresponde a la parte demandante probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, debiendo acreditar su dicho para concretar la imputación de negligencia. No se probó la culpa como elemento constitutivo de la responsabilidad médica./

HECHOS: La demandante pretende la declaratoria de responsabilidad civil extracontractual - subsidiariamente contractual- de los demandados por (i) los perjuicios causados a la menor EMS y a su grupo familiar; y (ii) someter a LAURA SÁNCHEZ LÓPEZ a 8 horas de intenso dolor por la falta de atención oportuna de los demandados; condenándolos al reconocimiento de perjuicios extrapatrimoniales. El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín profirió sentencia desestimatoria de las pretensiones; señalando que debió probar el hecho, la culpa, el daño y el nexo causal; no se acreditó la culpa. Por tanto el problema Jurídico se centra en determinar: ¿Se acreditó la culpa como elemento axiológico de la responsabilidad médica?

TESIS: La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de la acción resarcitoria, por cuanto se encuentra soportada en idénticos presupuestos; cuando se ha infligido daño a una persona, nace el deber indemnizatorio.(...)Los involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de dicho compromiso; si en desarrollo de su actividad sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, debe indemnizarlos siempre y cuando se acredite por la víctima los elementos axiológicos de la responsabilidad médica.(...)Para derivar responsabilidad civil de los médicos o de las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud, el demandante debe probar (i) culpa médica, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos o *lex artis* (no sometidos a modelos prefigurados); (ii) daño; y (iii) que el daño fue causado por ese desconocimiento o culpa médica (nexo de causalidad). La obligación derivada de la actividad médica es de medio y no de resultado, salvo algunas excepciones, dado que la naturaleza de su ejercicio lleva riesgos inherentes; el médico asume la obligación con el paciente de darle atención idónea y diligente, disponiendo de su formación y los mecanismos necesarios para la recuperación de la salud, teniendo en cuenta el estado de la ciencia.(...)Lo anterior resulta trascendente para determinar la responsabilidad por el acto médico, donde es necesario probar la culpa, puesto que como apunta la doctrina, “Nunca debe perderse de vista que los profesionales de la salud, cualquiera sea su especialidad, asumen obligaciones de medios y no de resultado. Ello en atención a la propia naturaleza aleatoria de la prestación médica. Por lo tanto, para que surja la responsabilidad del médico indefectiblemente tiene que estar probada la culpa de éste. Y la prueba de esa culpa como regla general sigue estando a cargo del reclamante. Solo en casos muy excepcionales en los que la culpa médica surge claramente, podrá establecerse una presunción en contra del médico.”(...)Los argumentos de la apelación sostienen la tesis que existe prueba de la responsabilidad civil, incluyendo la culpa de los demandados porque al no prestarse la adecuada atención médica a LAURA MARCELA SÁNCHEZ LÓPEZ se produjo el nacimiento prematuro extremo de su hija EMS, acarreándole consecuencias clínicas catastróficas que dieron lugar al daño reclamado; las fallas médicas de la atención brindada a LAURA MARCELA se derivaron de no tener en cuenta antecedente diagnóstico de atención en salud prestada por la CLÍNICA DEL PRADO en julio de 2015 y no brindar en la atención del 22 y 23 de agosto del mismo año, un debido manejo médico-farmacológico que postergara el nacimiento prematuro extremo para el suministro de tratamiento de maduración pulmonar al feto, lo que produjo la afectación en las condiciones de vida de la menor.(...)Tratándose de la responsabilidad por deficiencias en la prestación de servicios de Obstetricia, si bien en el ordenamiento jurídico colombiano no existe una reglamentación especial, lo pertinente ha sido abordado por la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia que en

providencia SC 456 de 2024 (...) donde se establece que nada obsta para que, “a los profesionales encargados de atender a la mujer gestante durante el trabajo de parto, se les exija un alto estándar de calidad que garantice una atención segura y humanizada de ese trascendental momento, en aras de la salvaguarda tanto de los derechos reproductivos y a la salud de ellas, como de los derechos a la vida e integridad personal del que está por nacer”; teniendo en cuenta que, “Desde un contexto subjetivo es incontrovertible el grado de vulnerabilidad de las mujeres en el trabajo de parto, pues existen factores psicosociales que solo a ellas las afectan como son los derivados de la gestación, sus complicaciones y el parto mismo, última etapa en la que resultan comprometidos sus derechos a la vida, salud y dignidad humana; además, el estado de indefensión en que se encuentran por estar a merced de los profesionales de la salud que les ofrecen atención, en quienes deben depositar su confianza por ser los expertos, con la convicción de que sus prescripciones y recomendaciones redundarán tanto en su propio bienestar como en el de su esperado hijo.”(...)Procederá esta Sala de Decisión Civil a verificar si resultó probado por la parte demandante, quien tenía la carga de la prueba en los términos de los artículos 164 y 167 del CGP, si los errores médicos mencionados con la demanda y su reforma, son constitutivos de culpa de la parte demandada, de manera que concreten violencia obstétrica contra la madre y vulneración de los derechos fundamentales de la infante (...)Conforme lo expuesto, los profesionales de la salud analizan que la clínica del caso que avanzó manera expedita, no permitió que ninguna intervención hubiera podido surtir el efecto deseado para la inhibición o postergación del parto de la menor, de manera que no se produjeran los efectos propios de su prematuridad extrema; (i) no se probó que la útero-inhibición suministrada de otra manera a LAURA MARCELA hubiera ampliado el período preparto de manera que alcanzara a recibir más dosis de maduración pulmonar y neuro-protección; (ii) no se probó que de haberse suministrado más dosis de maduración pulmonar y neuro-protección a la madre, se hubiera prevenido o mitigado el daño físico que tuvo EMS producto de ser prematura extrema; (iii) no se probó el diagnóstico real de LAURA MARCELA, de manera que el personal médico pudiera seguir una línea de acción segura para su subsistencia y la de la menor.(...)No se probó que podía evitarse o postergarse el parto pretérmino de LAURA MARCELA por la CLÍNICA DEL PRADO para prevenir o mitigar los daños causados a la menor EMS; que se desatendiera protocolo médico y la lex artis en la prescripción, suministro de medicamentos y realización de ayudas diagnósticas a LAURA MARCELA SÁNCHEZ ni que el personal médico de la CLÍNICA DEL PRADO faltara al deber de vigilancia y monitoreo.(...)Tampoco se evidenció violencia obstétrica, trato discriminatorio o denigrante a LAURA MARCELA por parte de la CLÍNICA DEL PRADO dado que le brindó una atención acorde al protocolo institucional; sin dejar de un lado su condición de vulnerabilidad, se logró evidenciar que la actividad propia del trabajo de parto resulta dolorosa y extensa, pese a ello fue tratada para el dolor y acompañada por el personal de salud; ni por parte de la EPS SURAMERICANA que nunca le negó autorización ni prestación de servicios médicos y hospitalarios; ni por parte de la A quo que al referirse a la patología de la señora LAURA MARCELA, claramente hacía alusión a una posible existencia de un diagnóstico de incompetencia cervical condición previa, que según la apreciación de ese Despacho, fue relevante en los resultados del trabajo de parto; lo antecedente no fue aclarado por la Juez de primera instancia porque la solicitud se presentó de manera extemporánea como quedó en providencia (...). La menor EMS no fue sometida a intervenciones o procedimientos que vulneraran su dignidad humana ni su derecho a la salud; según lo probado, su nacimiento el 23 de agosto de 2024 se debe a condiciones inevitables, atribuibles a múltiples variables no acreditadas ni descartadas y no imputables a título de culpa a las entidades demandadas.

MP: RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ
FECHA:31/01/2025
PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA CIVIL DE DECISIÓN

Medellín, treinta y uno (31) de enero de dos mil veinticinco (2025)

Proceso:	Verbal- responsabilidad médica
Radicado:	05001 31 03 002 2020 00156 03
Demandante:	Laura Marcela Sánchez López y otros
Demandado:	Clínica del Prado SAS y otra
Providencia:	Sentencia
Tema:	No se probó la culpa como elemento constitutivo de la responsabilidad médica
Decisión:	Confirma sentencia
Sustanciador/ponente:	Ricardo León Carvajal Martínez

De conformidad con la Ley 2213 de 2022 se procede a decidir por escrito, el recurso de apelación interpuesto por la parte actora frente a la sentencia proferida el 10 de mayo de 2024 por el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN, en el proceso verbal adelantado por LAURA MARCELA SÁNCHEZ LÓPEZ en nombre propio y en representación de su hija menor [REDACTED], WILSON SÁNCHEZ MARÍN, IRMA MARÍA LÓPEZ HENAO, MARÍA ROSELIA HENAO LÓPEZ, CONRADO LÓPEZ CARMONA y ANDRÉS FELIPE SÁNCHEZ LÓPEZ contra la EPS SURAMERICANA SA y la CLÍNICA DEL PRADO SAS - llamada en garantía por la EPS SURAMERICANA SA- y quien llamó en garantía a CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA.

1. ANTECEDENTES

- 1.1 El 23 de agosto de 2015 nació prematuramente -con 26 semanas de gestación- [REDACTED] -hija de LAURA MARCELA SÁNCHEZ LÓPEZ y ANDRÉS FELIPE MONTOYA PERALTA- en la CLÍNICA DEL PRADO, lugar donde se prestaron servicios de control de gestación y parto dada cobertura del POS y el Plan Complementario de Atención en Salud de la EPS SURA.

- 1.2 Cuatro semanas antes de la fecha estimada de parto, la madre acudió al servicio de urgencias de la CLÍNICA DEL PRADO por complicaciones en su estado de salud; fue hospitalizada tras presentar "**dilatación y contracciones**"; el proceso fue controlado con medicación sin prescripción de "**controles especiales por esta situación de aparente riesgo**", indicaciones de cuidado, opción terapéutica para garantizar la seguridad de la gestante y de la vida por nacer ni prescripción de exámenes o procedimientos para determinar las causas de su diagnóstico, que llevaran al personal médico a proceder de forma "**oportuna y asertiva.**"
- 1.3 El 22 de agosto de 2015 la señora SÁNCHEZ LÓPEZ presentó cuadro médico de "**dolor abdominal y contracciones**" acudiendo nuevamente al servicio de urgencias de la CLÍNICA EL PRADO donde no fue ingresada ni atendida en forma ágil ni rápida; llegó a las 7:00 pm, pasó cerca de una hora en la sala de espera y "**solo después de hacer incesantes llamadas a conocidos vinculados a la EPS de Sura fue posible que se le ingresara para la respectiva atención por urgencias**"; fue atendida por personal de enfermería que no realizó maniobra ni procedimiento para revertir el proceso de dilatación y contracciones; padeciendo dolores abdominales "**sin que nadie hiciera nada por revertir dicha situación teniendo presente que solo presentaba un periodo de gestación de 26 semanas que hacía inviable la expectativa de vida y la buena condición de la futura bebé.**"
- 1.4 El 23 de agosto de 2015 a las 3:00 am fue atendida por Ginecóloga que al advertir que la dilatación se encontraba en grado 5 "**con trabajo de parto inevitable**", ordenó ingresar a la paciente para cesárea.
- 1.5 El proceso de dilatación y parto pretérmino pudo ser revertido en procura de "**lograr la maduración pulmonar suficiente de la futura bebé que le permitiera afrontar el parto para pasar del medio acuoso a sobrevivir con éxito en el medio aeróbico, dicha opción terapéutica no la tuvo la madre por falta de atención oportuna del equipo médico especializado**

de la Clínica en la que se realizó la atención...resulta desde todo punto de vista inexplicable que una clínica especializada en la ciudad de Medellín en el manejo de los procesos de embarazo y parto no hubiera brindado una atención inmediata en el momento en que se presentó la paciente a urgencias...que se haya delegado un control simplemente paliativo del dolor al equipo de enfermería y que la Ginecóloga...solo la haya atendido...8 horas después."

- 1.6** Inmediatamente posterior al parto, se presentaron complicaciones propias de la falta de maduración pulmonar por el hecho del nacimiento pretérmino; la menor estuvo internada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la CLÍNICA DEL PRADO por 64 días con diagnósticos de "***Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal, Enfermedad de membrana Hiliiana (en estudio), Corioamnionitis (en estudio), HIV Grado IV con hidrocefalia, Epilepsia sintomática en manejo, Apneas de origen central, DBP a clasificar, Retinopatía del prematuro bilateral, Disfunción motora oral, Anemia...***", entre otros.
- 1.7** Durante su crecimiento, la menor que ahora es "***una niña especial***" no ha gozado de buenas condiciones de salud, con "***problemas del sistema digestivo permanente que la obligan a tener una alimentación especial...falta del desarrollo motriz y neuronal...***", por lo que no pudo ser escolarizada en una institución corriente y deberá tener apoyo para realizar sus actividades corrientes sin poder acceder a una educación superior ni desempeñar labor remunerada en la edad adulta que le permita lograr independencia económica.
- 1.8** La familia extensa ha realizado especiales esfuerzos de tiempo y dinero para lograr el bienestar de la menor y brindarle mejores condiciones de vida, lo que implica, "***cuidados especiales, movilización a la sede Lupines - donde estudia actualmente a cargo de la EPS SURA-, pago de empleada para su atención personal...gastos en especialistas médicos que deben atender sus diferentes enfermedades***"; generando perjuicios de

origen patrimonial y extrapatrimonial que deben ser indemnizados por los demandados.

- 1.9 El nacimiento pretérmino fue causado por el actuar negligente y doloso del personal médico de la CLÍNICA DEL PRADO, alejado de la atención técnica en el proceso de embarazo y parto contenido en la doctrina médica y guías oficiales adoptadas por el Ministerio de Salud; se identifican los errores que fueron **"causa eficiente de los perjuicios"** a la menor, (i) no brindar a la madre primigestante una atención más cuidadosa; (ii) no ordenar exámenes para determinar causas del incidente presentado por la madre 4 semanas antes del parto y prevenir el proceso de parto pretérmino; (iii) **"la misma complicación que se presentó 4 semanas atrás reapareció el 22 de agosto de 2015, sin embargo la Clínica por una omisión negligente y dolosa no contaba con datos clínicos de las causas para atender la misma complicación. Si en el primer momento en que se presentaron las complicaciones se hubieran hecho los exámenes de rigor y se hubieran tomado las medidas necesarias se hubiera actuado oportunamente en procura de lograr la maduración pulmonar suficiente que garantizara las condiciones óptimas de salud de la futura bebé"**; (iv) la atención del 22 de agosto de 2015 fue negligente y dolosa, pese a los dolores se tardó el ingreso a urgencias; (v) en urgencias no recibió atención especializada teniendo en cuenta sus antecedentes; (vi) si en las primeras horas de atención se hubiera detectado la dilatación, se hubiera podido revertir con manejo clínico para demorar el parto y lograr mayor y óptima maduración pulmonar del feto; (vii) la madre fue sometida a dolores intensos por la falta de atención especializada en un lapso de 8 horas; (viii) **"los dolores, las contracciones y la dilatación, fue un proceso que el personal médico dejó completamente librado al azar aun sabiendo que solo se contaba con 26 semanas de gestación..."**; (ix) la tardanza en la atención para comprobar dilatación grado 5, impidió realizar maniobra para revertirla y **"procurar una gestación hasta la semana necesaria para garantizar el grado de maduración pulmonar"**

requerido"; (x) luego del nacimiento pretérmino, la demandada no practicó examen para determinar la causa de la complicación y explicarla a la madre.

1.10 El 25 de febrero de 2024 nació el segundo hijo de LAURA MARCELA SÁNCHEZ LÓPEZ; el proceso de embarazo, gestación y parto se dio en condiciones normales, con 35 semanas de gestación y actualmente goza de perfecta salud.

1.11 Pretenden la declaratoria de responsabilidad civil extracontractual - subsidiariamente contractual- de los demandados por (i) los perjuicios causados a la menor [REDACTED] y a su grupo familiar; y (ii) someter a LAURA SÁNCHEZ LÓPEZ a 8 horas de intenso dolor por la falta de atención oportuna de los demandados; condenándolos al reconocimiento de perjuicios extrapatrimoniales (i) por daño en vida en relación y daño a la salud de [REDACTED] en 400 SMLMV (200 SMLMV por cada concepto); (ii) por daño moral para [REDACTED] 400 SMLMV, para LAURA MARCELA SÁNCHEZ LÓPEZ 200 SMLMV y para los demás demandantes 100 para cada uno; perjuicios materiales, (i) por lucro cesante futuro \$920.250.000, (ii) daño emergente consolidado y futuro \$1.190.250.000; (iii) ordenar a las demandadas a asumir todos los costos de atención educativa especializada de la menor en la fundación Lupines o en una entidad similar durante toda la vida de la menor, incluido el costo del transporte.

2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Admitida la demanda¹, la reforma a la demanda² y los llamamientos en garantía³, se pronunció la parte demandada y la llamada en garantía proponiendo las excepciones:

¹providencia del 23 de septiembre de 2020.

²Providencia del 8 de noviembre de 2022.

³ Providencias del 22 de octubre de 2021 y 12 de noviembre de 2021.

2.1 EPS SURAMERICANA SA

2.1.1 Cumplimiento de las obligaciones de la EPS SURA: Se pretende que la declaratoria de responsabilidad de la EPS SURA por la atención médica dispensada por la CLÍNICA DEL PRADO SA sin indicar la falla de la primera.

Se garantizó a la paciente el acceso y atención por una institución especializada en ginecología y obstetricia, donde recibió atención por enfermería y por dicha especialidad desde el ingreso.

Los deberes que de acuerdo con el sistema de seguridad social en salud competen a la aseguradora, fueron cumplidos cabalmente y el prestador de la EPS actuó con plena autonomía técnica y científica ordenando las atenciones que consideró pertinentes y ajustadas a la condición de la paciente y su bebé.

2.1.2 Diligencia y cuidado en la atención médica dispensada: No se cuestiona el cumplimiento de las obligaciones de la EPS sino el acto médico que estuvo ajustado a la *lex artis* según lo que documenta la historia clínica:

- En consulta del 21 de julio de 2015 se ordenaron ayudas diagnósticas pertinentes y ante los resultados que sugerían normalidad, se dieron las indicaciones correctas, entre ellas, consultar ante la presencia de contracciones.
- El 22 de agosto de 2015, fue atendida a las 22:32 por Ginecoobstetra que constató la presencia de amenaza de trabajo de parto y no de un trabajo de parto activo, ordenó paraclínicos y útero inhibición vía oral con nifedipino 20 mg que suministró a las 23:00.
- El 23 de agosto de 2015 a las 3:42 fue evaluada nuevamente por Ginecoobstetra que constató que se encontraba en trabajo de parto activo e irreversible, ordenó maduración fetal inmediata e inició medicamentos ante la sospecha de corioamnionitis.

Si bien se suministró dosis de medicamentos para maduración pulmonar, el trabajo de parto evolucionó de forma precipitada, sin poder evitarse ni revertirse, lo que impidió el suministro del tratamiento completo.

Luego del nacimiento, se atendió a la bebé por Pediatría, terapia respiratoria y enfermería, que brindaron atención a las complicaciones asociadas a la prematurés extrema.

2.1.3 No atribuibilidad del daño a la EPS SURA: Se demanda por no evitar el parto prematuro y no suministrar tratamiento para la maduración pulmonar, lo que no es imputable al actuar de la CLÍNICA DEL PRADO, prestador de la EPS SURA.

El suministro de útero inhibidores, aunque correcto y oportuno, no garantiza que cesen las contracciones y la actividad uterina, su progresión no es atribuible a culpa de las demandadas.

La evolución inevitable del trabajo de parto hacia una fase activa que impidió el suministro completo del tratamiento de maduración pulmonar (2 dosis cada 24 horas de betametasona o 4 dosis cada 12 horas de dexametasona), que de iniciarse desde el triage no hubiera alcanzado a producir el efecto deseado.

2.2 CLÍNICA DEL PRADO SAS

2.2.1 Ausencia de nexo de causalidad: La atención de la CLÍNICA DEL PRADO SAS en la atención del parto prematuro de LAURA MARCELA SÁNCHEZ LÓPEZ no incidió en el resultado final que se dio de forma espontánea, inexplicable e idiopática; en la institución se desplegaron todas las medidas necesarias para prolongar el embarazo y lograr la maduración pulmonar con los medicamentos indicados, a pesar que no fue posible por una causa no imputable a su actuar; el pronóstico vital de la menor era desfavorable y la atención brindada fue adecuada.

En la demanda se reprocha que semanas antes la paciente presentó amenaza de parto, ante la cual no se adoptaron las medidas necesarias para evitar que se

presentara el mismo cuadro; sin embargo, conforme la historia clínica y el dictamen pericial, el 21 de julio 2015 se ordenaron los exámenes pertinentes para verificar el bienestar materno fetal, no procedía la útero-inhibición ni la maduración pulmonar por la edad gestacional (indicados a partir de la semana 24).

El 22 de agosto de 2015 la paciente llegó al servicio de urgencias con contracciones regulares, sin empezar la fase activa del parto pretérmino; los médicos tratantes aplicaron el protocolo para la atención de amenazas de parto pretérmino (aplicaron útero inhibidor, procedieron con la maduración pulmonar y penicilina, seguimiento a signos vitales), pero ante indicación de cordón precúbito decidieron la finalización del parto por cesárea; pese a la conducta desplegada, el parto ocurrió, lo que no es imputable a un actuar u omisión de la institución sino a una condición de la materna que provocó el parto.

2.2.2 Ausencia de culpa/ actuar diligente: El estado de salud de la menor obedece a prematurés extrema y a la imposibilidad de un desarrollo pulmonar adecuado que favoreciera su adaptación al medio aeróbico, lo que no puede atribuirse al actuar médico diligente y adecuado conforme se constata de la historia clínica y el dictamen pericial.

El infortunio en que los medicamentos aplicados para la útero-inhibición y la maduración pulmonar no fueran efectivos para detener el parto pretérmino, no concretar un actuar negligente de la clínica sino un evento irresistible e inevitable.

2.2.3 Riesgo inherente e imprevisible: La ciencia médica informa que antes de la semana 24 las contracciones regulares son frecuentes, pero que sólo en el 3% de los eventos se presentan partos a las dos semanas siguientes, por lo que no son un factor predictor confiable aunado que no existían otros elementos de alerta o que informaran alto riesgo que se presentara parto prematuro.

Desde la semana 21 se hicieron exámenes y ayudas diagnósticas que no indicaban alerta de un parto prematuro extremo; los síntomas presentados en la semana 26+3 no eran previsibles ni evitables, el parto se presentó de manera espontánea.

Frente al llamamiento en garantía efectuado por la EPS SURAMERICANA SA se pronunció proponiendo la excepción que denominó "**Riesgo inherente e imprevisible**" y las siguientes:

2.2.4 Cumplimiento de las obligaciones contraídas como IPS: En las tres oportunidades que LAURA MARCELA SÁNCHEZ asistió a la CLÍNICA DEL PRADO el personal médico y asistencial desplegó todos los recursos técnicos y humanos para brindar la atención requerida, conforme las obligaciones que se derivan del contrato de prestación de servicios médicos suscrito con la EPS SURAMERICANA.

El daño por el cual se demanda no guarda relación causal con la conducta desplegada por el personal de la CLÍNICA DEL PRADO que en todo momento fue diligente, oportuna, acorde con las necesidades de la paciente y con los protocolos médicos de atención de amenaza de parto pretérmino.

2.2.5 Ausencia de responsabilidad civil: No se configuran los presupuestos de la responsabilidad médica y en esta medida no puede prosperar el llamamiento en garantía; la intervención de la CLÍNICA DEL PRADO en la atención del parto prematuro de la demandante no incidió en el resultado final; en la institución se desplegaron las medidas indicadas para la prolongación del parto y la maduración pulmonar pero no fue posible por una causa no imputable al actuar de la clínica.

El estado de salud de la menor obedece a la prematurés extrema y a la imposibilidad de desarrollo pulmonar adecuado, falla que no puede imputarse a las conductas médicas del personal de salud que actuaron de manera prudente.

2.3 CHUB SEGUROS COLOMBIA SA, llamada en garantía por la CLÍNICA DEL PRADO, frente a la demanda principal se pronunció proponiendo las excepciones que denominó:

2.3.1 Debida diligencia y cuidado: Ausencia de falla médica en la atención brindada por la Clínica del Prado a Laura Marcela Sánchez y a su hija Emilia Montoya: La parte actora no acredita una conducta culposa atribuible a cada uno

de los demandados; la atención médica brindada a LAURA MARCELA SÁNCUEZ por los profesionales de la salud de la CLÍNICA DEL PRADO fue ajustada a los protocolos vigentes y a la *lex artis ad hoc*.

2.3.2 Ausencia de nexo de causalidad: No se ha probado que los perjuicios que los demandantes afirman sufrir se deban a la conducta de la CLÍNICA DEL PRADO; los quebrantos de salud de la menor se deben a que nació de forma prematura y con falta de maduración pulmonar, no a una deficiencia en la atención médica brindada a su madre.

2.3.3 Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados, Ausencia de prueba de los perjuicios materiales aducidos, Inexistencia de prueba y excesiva tasación de los perjuicios y excesiva e indebida solicitud de perjuicios extrapatrimoniales: Es la parte actora la que debe probar el daño - cierto, directo y cuantificable- que afirma sufrir y los demás elementos de la responsabilidad; los montos solicitados por concepto de perjuicios extrapatrimoniales superan las tarifas reconocidas por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia; el daño a la salud sólo se repara a la víctima directa.

Frente al llamamiento en garantía, formuló las excepciones que denominó:

2.3.4 Inexistencia de siniestro bajo amparo básico de Responsabilidad Civil para Instituciones médicas de No.12-48474: La póliza de responsabilidad profesional médica No.12-48474 ampara los perjuicios causados por responsabilidad civil en que incurra el asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales, siempre que el reclamo en contra del asegurado se formule dentro del período de vigencia de la póliza; conforme los hechos de la demanda y "**de los argumentos desarrollados por la Clínica del Prado SAS en su escrito de contestación...se deduce, sin duda alguna, que ninguno de los perjuicios que afirman haber sufrido los demandantes fue causado por las acciones u omisiones culposas de la Clínica del Prado.**"

2.3.5 Valores asegurados y deducibles aplicables: En el remoto evento en que se condene a CHUBB SEGUROS a reembolsar a la CLÍNICA DEL PRADO las sumas de dinero que esta deba pagar a los demandantes, debe tenerse en cuenta que el valor asegurado tiene límite de \$1.000.000.000 y que debe aplicarse el deducible pactado de 10% con un mínimo de \$50.000.000, por todos los reclamos; se debe tener en cuenta otros siniestros que afecten la misma póliza y reducen la suma asegurada.

3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE MEDELLÍN profirió sentencia desestimatoria de las pretensiones 10 de mayo de 2024; debiéndose probar el hecho, la culpa, el daño y el nexo causal; no se acreditó la culpa.

El hecho culposo según la demandante, consiste en que el personal médico de la CLÍNICA DEL PRADO a pesar de los síntomas que presentaba LAURA MARCELA desde el 21 de julio y para el 22 de agosto de 2015 no procedió como la lex artis exigía a los profesionales, quienes debieron poner el conocimiento y la debida diligencia para evitar el nacimiento prematuro de la menor [REDACTED] que dio lugar a la falta de maduración de su sistema respiratorio y posteriores daños evidenciados en la historia clínica; como prueba del hecho culposo se arrió la historia clínica de LAURA MARCELA y EMILIA, declaración de la demandante y dictamen pericial que indica que en la atención del 21 de julio debió realizarse a la paciente tacto vaginal para descartar las contracciones, cervicometría que mostrara la longitud del cuello y dejarla en hospitalización por un tiempo más prolongado; en su atención del 22 de agosto de 2015 donde se reportó actividad uterina y cambios cervicales, diagnosticándose síndrome de parto pretérmino, ordenándose tratamiento con nifedipina en dosis única, tramadol y acetaminofén, debiéndose administrar la nifedipina en 3 dosis con intervalos de 20 minutos y sulfato de magnesio para maduración pulmonar con esteroides; el manejo no fue adecuado, se privó a la paciente y a la menor de la oportunidad de poder cambiar el rumbo y resultado de la condición clínica que se presentó.

Con la contradicción del dictamen se pudo constatar que para la atención médica brindada a LAURA MARCELA el 21 de julio de 2015, el examen diagnóstico de la cervicometría arrojó un resultado negativo, para esa fecha no se podía confirmar un diagnóstico de parto prematuro sino de aborto, porque parto prematuro sólo se presenta a partir de la semana 22 y el embarazo se encontraba en la semana 10; cuando se presenta un parto prematuro no hay forma de determinar porqué se da ni se puede prevenir; para la atención del 22 de agosto de 2015 sí se aplicó útero-inhibición, pero hubo un trabajo acelerado de parto que se dio de forma muy progresiva sin que sea posible determinar si la útero-inhibición lo hubiese podido detener; respecto del suministro de sulfato de magnesio que se usa para maduración pulmonar indicó que se debe dar en dosis con intervalos de 12 a 24 horas, sin garantizar la viabilidad del feto por la prematurez.

La clínica demandada aporta historia clínica y dictamen pericial conforme lo cual argumenta que las atenciones brindadas a la paciente el 21 de julio y 22 de agosto fueron adecuadas a la *lex artis*; el parto fue inevitable y el daño causado por la prematurez extrema, elementos que no le son imputables; los llamados realizados al médico para la atención brindada el 22 de agosto a la paciente, no eran considerados emergentes para atención de forma inmediata.

La profesional médica que atendió a la paciente el 21 de julio, declaró en audiencia que para ese momento de revisión física de la paciente se reportó una actividad uterina irregular y por eso ordenó la hospitalización y cuando se dio de alta no había amenaza de parto pretérmino dado que la cervicometría ordenada indicó cuello cerrado; aunado que la paciente indicó que para el 28 de junio tenía cita de control prenatal.

Según los elementos de prueba, el 21 de julio de 2015 a LAURA MARCELA se le dieron las atenciones en salud que exigía la literatura y el protocolo médico puesto que al referir que tenía dolor pélvico, se dejó hospitalizada por 48 horas, se le ordenó la ayuda diagnóstica dispuesta en la literatura médica, lo que fue confirmado por el perito JORGE ANDRÉS JARAMILLO que reitera que el tacto vaginal puede producir cambios en la cérvix de la materna o general riesgo de infección, por tanto, la

hospitalización, las rondas hechas por los especialistas en esos días, los medicamentos suministrados, las ayudas diagnósticas realizadas con resultado negativo así como las indicaciones y recomendaciones al momento del alta, son comportamientos que van acorde con aquella *lex artis* que se exigía a los profesionales de la medicina.

No puede hablarse de culpa porque no existe una prueba que se contraponga a la conclusión a la que se ha llegado; no hubo otra conducta que debiera realizarse por parte de los médicos, si bien el perito manifestó que la paciente debía dejarse por más tiempo en observación, esto no tiene ningún soporte en la literatura médica, sumado a que indicó que la cervicometría (ayuda diagnóstica realizada a la paciente), era la que efectivamente debía realizarse; frente a la EPS no existe ningún reproche en cuanto a negación de servicios de hospitalización, medicamentos o procedimientos; no puede señalarse culpa por las demandadas en la atención brindada a la parte actora el 21 de julio de 2015.

Respecto de la atención realizada a LAURA MARCELA el 22 de agosto de 2015, fue atendida a las 22:32 por médico Ginecobstetra, ingresó con contracciones pero no se evidencian pérdidas vaginales ni movimientos fetales, se determina como plan de manejo la hospitalización y tratamiento con nifedipina; en su declaración, el especialista JUAN CARLOS GUARNIZO indicó que atendió a la paciente y diagnosticó para ese momento "síndrome de parto pretérmino" más no "trabajo de parto activo" porque no habían sangrado ni flujos, con cambios cervicales muy incipientes según verificó con tacto vaginal; el 23 de agosto a las 3:42 am fue atendida por la médico NATALIA SALAZAR ALZATE a quien llamaron para atender a la paciente porque reportaba actividad uterina regular y dolor, se diagnosticó "**trabajo de parto pretérmino y sospecha de corioamnionitis**" ordenando la dosis de maduración fetal inmediata; a las 6:00 am fue atendida por la doctora VERÓNICA MARCELA GUARÍN quien señaló en audiencia que la evolución rápida del trabajo de parto esa es una de las situaciones que el personal médico no puede prevenir, no dio tiempo que se le hiciera un tratamiento adecuado y completo; a las 6:45 el doctor JAIR ALEXIS CARDONA verificó dilatación de 7 cm, cuello borrado y cordón procúbito por lo que decidió con otro profesional la realización de cesárea por la

cual nació la menor, declaró que LAURA MARCELA dilató de una forma muy acelerada, no era posible para ese momento diagnosticar incompetencia cervical porque era su primer embarazo.

Sobre actos posteriores al nacimiento de la menor EMILIA declaró el doctor JAIME JOSÉ MARTÍNEZ que la atendió y que al nacer tuvo varias complicaciones esperadas por ser prematuro; entre menos edad gestacional tengan los bebés más complicaciones pueden tener; sumado a ello EMILIA nació con un peso inferior a los 1000 gr lo que genera en ella otro riesgo más.

El dictamen de la doctora JUANA CATALINA ORREGO MOLINA señaló que se hizo el manejo correcto con la descripción de la historia clínica; sobre las contracciones relatadas por la paciente se prescribió nifedipina de forma inmediata y el seguimiento se realizó de forma permanente por parte del personal de enfermería; el nacimiento de la menor fue un caso fortuito sin factores de riesgo para prevenirlo; la terminación del embarazo por vía de cesárea era la indicada según la medicina porque la menor venía con cordón procúbito; sólo se podría evitar el parto pretérmino en la semana 26 de gestación con los medicamentos que se le dieron a LAURA MARCELA, pero como ella no respondió al tratamiento se presentó un trabajo de parto acelerado generado por la incompetencia cervical que tenía la paciente y que no era posible diagnosticarla para ese momento porque era su primer embarazo; cuando se presenta esa patología el útero-inhibidor no hace ningún efecto, las contracciones se presentan porque el útero no es capaz de sostener el peso del feto; la dosis de betametasona para maduración pulmonar -según el protocolo de la clínica- debe suministrarse cada 12 horas pero por el parto tan acelerado de LAURA MARCELA se alcanzó a brindar una dosis; las secuelas del parto prematuro no son consecuencia de una mala atención o mal procedimiento en el parto.

No hubo inadecuada y negligente prestación del servicio médico de salud a LAURA MARCELA SÁNCHEZ LÓPEZ ni a su hija [REDACTED]; no existe prueba que lleve a determinar la culpa como presupuesto axiológico; no se probó que se les negara ningún tipo de servicio médico o atención para cambiar el

resultado que se presentó; dada la incompetencia cervical que padecía LAURA MARCELA sólo pudo detectarse y diagnosticarse en su segundo embarazo.

Un tratamiento más agresivo de útero-inhibición no garantiza el resultado diferente dada la patología; la maduración no es garantía de no sufrir daños que se presentan por el hecho del parto pretérmino; no se probó que de ser atendida en los dos llamados por médico especialista a las 2 am, se previniera el trabajo de parto.

Consecuentemente y aunque el daño está acreditado, no así la culpa, razón por la cual no se analizarán las excepciones de mérito presentadas por la parte demandada.

4. APELACIÓN

La parte demandante solicitó revocar la sentencia de primera instancia y acceder a las pretensiones de la demanda, por las siguientes razones:

- ***“La culpa de los demandados está...probada”***, según sentencia SC13925 de 2016, ***“La atención de calidad, oportuna, humanizada, continua, integral y personalizada hace parte de lo que la literatura médica denomina “cultura de seguridad del paciente”, que por estar suficientemente admitida como factor asociado a la salud del usuario y por ser un mandato impuesto por la Ley 100 de 1993, es de imperiosa observancia y acatamiento por parte de las empresas promotoras e instituciones prestadoras del servicio de salud, por lo que su infracción lleva implícita la culpa de la organización cuando tal omisión tiene la virtualidad de repercutir en los eventos adversos.”***

En el proceso se demostró la atención negligente de LAURA MARCELA SÁNCHEZ; el evento de julio de 2015 era una alerta para que el personal médico estuviera más atento a los signos y síntomas de la paciente en la atención del segundo evento en agosto de ese mismo año en el que presentó unos síntomas parecidos; considerando la edad gestacional a agosto de 2015 (sumada a la condición de primigestante) se debió presentar más celo

por parte del personal médico concentrando esfuerzos para atender de manera rigurosa y oportuna la sintomatología de la paciente.

El 22 de agosto a las 10:00 pm se le diagnosticó "**síndrome de parto pretérmino**" con una gestación de 26 semanas, lo que generaba peligro en la salud de la madre y la futura hija quien tenía gestación insuficiente para lograr vida con calidad y bienestar fuera del útero al no alcanzar los órganos el desarrollo adecuado; pero no se advirtió esfuerzo de prudencia ni diligencia por el personal médico que simplemente le suministró una dosis (deficiente) de nifedipino y la envió a una sala sin ningún seguimiento por parte del personal médico, dejando el resultado del diagnóstico completamente al azar, sin ejercer el máximo deber de vigilancia y monitoreo que le era exigible teniendo en cuenta la especial condición de prematurez extrema de la bebé.

Los aspectos de la historia clínica se corresponden con las declaraciones de los médicos JUAN CARLOS GUARNIZO y VERÓNICA MARCELA PATIÑO, incluso con la perito JUANA CATALINA ORREGO que en su segunda declaración corroboró que el suministro de la pastilla nifedipino requería monitoreo constante para verificar si se estaba cumpliendo con el propósito de disminuir la actividad uterina, las contracciones y poder evitar o extender el momento del parto hasta que se lograra una maduración pulmonar óptima.

El conjunto de normas legales sobre la atención y la calidad en la prestación del servicio de salud y la obligación de monitoreo constante sobre la paciente ha sido concretadas por la jurisprudencia de la Corte Suprema en "**las reglas sobre el monitoreo constante a la gestante (mínimo cada 30 minutos)**" según las sentencias SC-405 de 2023 y SC-456 de 2024; para el caso concreto, la falta de monitoreo es puesta de presente por parte del personal enfermería que en dos oportunidades piden al Ginecólogo de turno, de manera angustiante a las 2 y 3 de la mañana del 23 de agosto de 2015, para que pasaran urgentemente a evaluar a la paciente y esos llamados son ignorados, al final el médico de turno sólo acudió donde la paciente cerca de las 4 de la mañana, cuando el trabajo de parto estaba muy avanzado.

El deber de monitoreo del medicamento suministrado (nifedipino) está descrito en el flujograma contenido en la "**Guía de manejo**" que aportó la clínica el 19 de septiembre de 2023 conforme prueba decretada; en ese documento se determinan como factores de riesgo "**la condición de nulípara o primigestante**" según la cual LAURA MARCELA era paciente de alto riesgo obstétrico, por lo cual se le debió suministrar dosis de ataque de nifedipino cada 2-3 horas, suministrándole una dosis del medicamento, dejándola sin observación por un lapso de más de 5 horas siendo indicado hacer un seguimiento para verificar la "mejoría" conforme la obligación de monitoreo permanente descrita por la Corte Suprema de Justicia en providencias SC405 de 2023 y SC456 de 2024.

En el lapso de 5 horas (entre las 10:00 pm del 22 de agosto de 2015 y las 4:00 am del día siguiente), nadie revisó la progresión de los cambios cervicales de LAURA MARCELA, el personal de enfermería "**jamás puede hacerlo**" y no lo hizo, se limitó a realizar llamados al personal médico que no fueron atendidos; la clínica incumplió las reglas de cuidado contenidas en su guía concretando la negligencia médica con un grado incontrovertible de culpa en la atención de la paciente y de la futura bebé.

No se suministró sulfato de magnesio como neuro-protector, ordenado en la atención de las 10:00 pm el 22 de agosto de 2015 sino hasta el 23 de agosto a las 4:00 am; era uno de los elementos que permitía proteger los efectos neuronales adversos derivados a la futura bebé.

No se realizó cervicometría a la paciente en la atención de agosto de 2015, fue "**cancelado por inminencia de parto**" el 23 de agosto de 2015 a las 4:10 am; según las declaraciones de los médicos adscritos a la misma clínica, es un examen que permite determinar con certeza los cambios cervicales, es necesario como elemento diagnóstico para determinar la real condición médica de la paciente, resultaba imperativo pero no fue realizado por negligencia médica.

- **"La sentencia incurre en defecto grave de motivación"**, menciona una patología que padecía la paciente y que al parecer fue la causa eficiente de la producción del resultado dañoso, pero no explica en qué consiste o qué la causó; se solicitó aclaración de la sentencia sobre ese punto y fue negada, afectándose el derecho de defensa y contradicción.

La paciente era una mujer sana y con óptimas condiciones fetales, lo que se advierte en la historia clínica; se incurre en defecto de motivación al no indicar las condiciones de la patología que alude; la condición de embarazo no puede catalogarse como patología, es un tratamiento peyorativo y discriminatorio, la embarazada no puede tener culpa alguna en elegir válidamente una opción de vida de procrear y constituir una familia.

- **"La sentencia incurre en violación del precedente"**, las sentencias SC-405 de 23 y SC-456 de 2024 constituyen precedentes vinculantes, cualifican las labores de vigilancia del personal médico en los procesos gineco obstétricos y define diversos elementos para la configuración de la culpa y el nexo de imputación; la primera fue referida en los alegatos conclusivos, la segunda se remitió al proceso; las sentencias no las refirió, si seguía el precedente para la solución o si las desconocía, siendo deber del Juez, lo que constituye falta de motivación.

Sobre la sentencia SC-456 de 2014 se resalta que, (i) hace alusión a las normas que protegen de manera especial a la mujer gestante y al que está por nacer, imponiendo en las entidades y personal de salud un alto estándar de calidad para garantizar una atención segura y humanizada; (ii) menciona que la mujer gestante se encuentra en alto grado de vulnerabilidad, de lo que se sigue una confianza correlativa en las sugerencias y prescripciones del personal médico; (iii) establece que la gestante y el que está por nacer son sujetos de especial protección constitucional, lo que concreta un deber de diligencia extrema del personal de salud; resalta como aspecto generador de la culpa médica la falta de monitoreo permanente de la gestante por un **"lapso irrazonable"** y reprocha que en la historia clínica se deja sin

seguimiento a la paciente por un lapso de 5 horas, lo que coincide en lo sucedido con LAURA MARCELA, **"La sola falta de seguimiento por el personal de médicos durante ese lapso de 5 horas es para la Corte Suprema un hecho adicional y separado al de los demás errores, y que en este caso genera culpa médica independiente."**

- **"La sentencia no aplica perspectiva de género"**, el proceso de atención del parto de LAURA MARCELA se caracterizó por **"falta de atención del personal médico, una situación estresante, llamados urgentes de la misma paciente, dolor intenso y en últimas, sufrimiento físico y psicológico tanto de la madre como de su hija"**; se trata de una situación de marcada **"violencia obstétrica"** cometida por los demandados en contra de madre e hija.

Los Jueces de todas las especialidades deben aplicar criterios de género incorporados a en la sentencia T012 de 2016 de la Corte Constitucional; en el caso concreto madre e hija son mujeres, por lo que debió aplicarse el principio *pro infans* establecidos en la sentencia SU-167 de 2024; la sentencia de segunda instancia deberá hacer una lectura de las normas aplicables, reglamentos y guías médicas para valorar las pruebas aplicando criterios de perspectiva de género y del interés superior del menor.

- **"La sentencia viola las reglas de razonabilidad y sana crítica sobre la valoración de los medios de prueba recogidos"**, se limitó a tomar de forma segmentada las pruebas practicadas para construir la tesis de la falta de culpa **"con el ánimo de absolver a toda costa a los demandados"**, dejando de lado los elementos de prueba que dan cuenta de la negligencia, falta de vigilancia y atención oportuna por los demandados; violó el principio de igualdad a la parte actora que sólo contó con la posibilidad de acreditar un perito, mientras la demandada llevó peritos y un **"colectivo de médicos empleados de la misma clínica, quienes...acomodaron en esencia las versiones para favorecer la postura de la Clínica."**

El peritaje de la parte actora se leyó de forma sesgada haciendo creer que el perito insinuaba la falta de culpa o el supuesto actuar idóneo de la clínica, lo que constituye otra forma de violencia contra madre e hija.

Fueron valoradas declaraciones tachadas por la relación de los testigos con la clínica, por estar contaminados y preparados con conocimiento previo del expediente, sin que el A quo se pronunciara sobre la tacha.

- **"En la práctica de las pruebas el despacho de primera instancia aplicó un sesgo contra la parte actora"**, bloqueó preguntas pertinentes realizadas a testigos, impidió la complementación con preguntas pertinentes, determinó bajo un mismo supuesto preguntas objetadas para la parte actora pero no así para la demandada; hizo creer a la demandante su posición de fortaleza defensiva y en sentencia no calificó la conducta procesal de la demandada que ocultó medios de prueba.

5. PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER

¿Se acreditó la culpa como elemento axiológico de la responsabilidad médica?

6. CONSIDERACIONES

9.1 ¿Culpa probada en la responsabilidad médica?

La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de la acción resarcitoria, por cuanto se encuentra soportada en idénticos presupuestos; cuando se ha infligido daño a una persona nace el deber indemnizatorio.

Los involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de dicho compromiso; si en desarrollo de su actividad sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes,

debe indemnizarlos siempre y cuando se acredite por la víctima los elementos axiológicos de la responsabilidad médica.

Para derivar responsabilidad civil de los médicos o de las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud, el demandante debe probar (i) culpa médica, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos o *lex artis* (no sometidos a modelos prefigurados); (ii) daño; y (iii) que el daño fue causado por ese desconocimiento o culpa médica (nexo de causalidad).

La obligación derivada de la actividad médica es de medio y no de resultado, salvo algunas excepciones, dado que la naturaleza de su ejercicio lleva riesgos inherentes; el médico asume la obligación con el paciente de darle atención idónea y diligente, disponiendo de su formación y los mecanismos necesarios para la recuperación de la salud, teniendo en cuenta el estado de la ciencia.

Lo anterior resulta trascendente para determinar la responsabilidad por el acto médico, donde es necesario probar la culpa, puesto que como apunta la doctrina, ***"Nunca debe perderse de vista que los profesionales de la salud, cualquiera sea su especialidad, asumen obligaciones de medios y no de resultado. Ello en atención a la propia naturaleza aleatoria de la prestación médica. Por lo tanto, para que surja la responsabilidad del médico indefectiblemente tiene que estar probada la culpa de éste. Y la prueba de esa culpa como regla general sigue estando a cargo del reclamante. Solo en casos muy excepcionales en los que la culpa médica surge claramente, podrá establecerse una presunción en contra del médico."***⁴

Los argumentos de la apelación sostienen la tesis que existe prueba de la responsabilidad civil, incluyendo la culpa de los demandados porque al no prestarse la adecuada atención médica a LAURA MARCELA SÁNCHEZ LÓPEZ se produjo el nacimiento prematuro extremo de su hija [REDACTED], acarreándole consecuencias clínicas catastróficas que dieron lugar al daño

⁴ Vázquez Ferreyra Roberto. Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Editorial Hammurabi SRL. Buenos Aires 2002, pág. 134.

reclamado; las fallas médicas de la atención brindada a LAURA MARCELA se derivaron de no tener en cuenta antecedente diagnóstico de atención en salud prestada por la CLÍNICA DEL PRADO en julio de 2015 y no brindar en la atención del 22 y 23 de agosto del mismo año, un debido manejo médico-farmacológico que postergara el nacimiento prematuro extremo para el suministro de tratamiento de maduración pulmonar al feto, lo que produjo la afectación en las condiciones de vida de la menor.

Con el recurso de alzada se plantea y a consecuencia del sufrimiento físico y psíquico padecido por la madre durante su estancia en la CLÍNICA DEL PRADO el 22 y 23 de agosto de 2015, la posible comisión de actos de violencia obstétrica por parte de la clínica; se insta a la judicatura para que dé un enfoque de género a la providencia teniendo en cuenta la calidad de mujer de la madre y su bebé.

Al respecto, debe advertirse que, según reiteradas providencias de la Corte Constitucional, la violencia obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres que envuelve todos los maltratos y abusos de los que son víctimas en los servicios de salud reproductiva y durante los procesos de atención del embarazo, parto y posparto.

En 2014, la Organización Mundial de la Salud publicó la Declaración Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, donde recordó el **"derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto"** e informó que **"muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto"**; lo que ha sido abordado por diferentes organismos internacionales, la CEDAW considera que la violencia de género es, **"una forma de discriminación que inhibe gravemente la capacidad de la mujer de gozar de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre"**; la Convención de Belem do Pará define la violencia contra la mujer como **"cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado"** y el Estado Colombiano ha adoptado gran parte de dichos instrumentos obligándose

a garantizar la protección de los derechos de las mujeres en el contexto social y cultural de discriminación que padecen.

La OMS en su Declaración del 2014, enunció algunos tipos de violencia obstétrica, **"el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago"...** **"en los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a...negligencia hacia las mujeres durante el parto -lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables"** y algunas fuentes científicas⁵ referidas por la jurisprudencia constitucional⁶ han identificado que constituye violencia obstétrica la **"negligencia y abandono, largas demoras y asistencia médica calificada ausente al momento del parto"** (subrayas de esta Sala de Decisión).

Para evidenciar el maltrato hacia la mujer durante el parto, debe aludirse la tipología de violencia obstétrica, que según la doctrina constitucional puede catalogarse en 3, (i) **"prácticas de abuso"**, por cirugía forzosa, procedimientos médicos no consentidos, violación, restricción física durante el parto y ataques verbales; (ii) **"prácticas de coerción"**, por intervención judicial o de autoridades de bienestar infantil o por negación de tratamiento, manipulación de información o presión emocional; y (iii) **"prácticas de falta de respeto"**, cuando el personal médico acusa a las mujeres de ser muy sensibles al dolor o las gritan por sentir miedo o vocalizar las contracciones o les dicen que su trabajo de parto reflejan el desempeño que

⁵ Camacaro, Marbella y otros. *Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: revisión manual uterina como rutina*. En Revista Inclusiones. Artículo disponible en [1 vol 6 num 4saludycomunidad2019octubdiciemb19incl Revisión manual de cavidad uterina.pdf](#)

⁶ Sentencia T-357/21

tendrán como madres; las mujeres son ignoradas cuando hacen preguntas sobre el tratamiento o las hacen sentir culpables de sus decisiones cuando sobrevienen complicaciones.

La sobreexposición de las mujeres al maltrato concreta de manera clara la transgresión de su dignidad humana, son varios los derechos humanos que resultan vulnerados con estas conductas; el derecho a la integridad personal, el derecho a la privacidad e intimidad, el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el derecho de acceso a la información, el derecho al consentimiento libre e informado, los derechos sexuales y reproductivos.

Tratándose de la responsabilidad por deficiencias en la prestación de servicios de Obstetricia, si bien en el ordenamiento jurídico colombiano no existe una reglamentación especial, lo pertinente ha sido abordado por la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia que en providencia SC 456 de 2024 que emite sentencia sustitutiva ordenada mediante providencia SC 405 de 2023, donde se establece que nada obsta para que, ***“a los profesionales encargados de atender a la mujer gestante durante el trabajo de parto, se les exija un alto estándar de calidad que garantice una atención segura y humanizada de ese trascendental momento, en aras de la salvaguarda tanto de los derechos reproductivos y a la salud de ellas, como de los derechos a la vida e integridad personal del que está por nacer”***; teniendo en cuenta que, ***“Desde un contexto subjetivo es incontrovertible el grado de vulnerabilidad de las mujeres en el trabajo de parto, pues existen factores psicosociales que solo a ellas las afectan como son los derivados de la gestación, sus complicaciones y el parto mismo, última etapa en la que resultan comprometidos sus derechos a la vida, salud y dignidad humana; además, el estado de indefensión en que se encuentran por estar a merced de los profesionales de la salud que les ofrecen atención, en quienes deben depositar su confianza por ser los expertos, con la convicción de que sus prescripciones y recomendaciones redundarán tanto en su propio bienestar como en el de su esperado hijo.”***

Coherente con lo anterior, se establece un parámetro de atención en la prestación del servicio de salud obstétrica que permite delinear una buena praxis profesional, que acompañada de una actuación conforme la lex artis concreta el deber de diligencia y cuidado que le es exigible al profesional de la salud de aquella área de la medicina, **"...el cumplimiento de los deberes de los profesionales de la salud respecto de la mujer gestante en esa última fase de su embarazo, debe manifestarse en acciones concretas de acompañamiento y seguimiento, lo que involucra el completo y correcto acatamiento de los protocolos de protección de aquella y del nasciturus, mediante una vigilancia materna y fetal estricta y continua durante todo ese proceso que permita la oportuna identificación de posibles riesgos o complicaciones para su pronta y adecuada atención; en otras palabras, ese laborío exige extrema diligencia por parte del personal sanitario ante la importancia de los bienes jurídicos comprometidos, como son la salud, la vida y la integridad física y síquica tanto de la madre como del que está por nacer, ambos sujetos de especial protección constitucional y legal por su género, edad y alto grado de vulnerabilidad"**⁷; sin embargo, no sirve de precedente para el presente caso la regla de "vigilancia médica" por lapsos de 30 minutos según lo refiere la recurrente, toda vez que ello hace parte de una directriz dada en el "seguimiento al trabajo de parto activo" según el partograma cuestionado en la providencia de la CSJ; lo que no aplica en el caso concreto, conforme se evidenciará con posterioridad.

Procederá esta Sala de Decisión Civil a verificar si resultó probado por la parte demandante, quien tenía la carga de la prueba en los términos de los artículos 164 y 167 del CGP, si los errores médicos mencionados con la demanda y su reforma, son constitutivos de culpa de la parte demandada, de manera que concreten violencia obstétrica contra la madre y vulneración de los derechos fundamentales de la infante; teniendo en cuenta que conforme lo ha delineado la jurisprudencia constitucional, es **"la función de todos los jueces, sin importar su especialidad por la jurisdicción a la cual pertenezcan, como guardianes de los derechos constitucionales fundamentales."**

⁷ Sentencia SC456 de 2024

9.1.1 ¿El personal médico de la CLÍNICA DEL PRADO faltó al deber de vigilancia y monitoreo de la madre?

Según la historia clínica de LAURA MARCELA, fue atendida por la CLÍNICA DEL PRADO el 21 de julio de 2015 por un diagnóstico de **"EMBARAZO CONFIRMADO, DOLOR PELVICO Y PERINEAL, FALSO TRABAJO DE PARTO; SIN O. ESP. (En Estudio)"** y fue hospitalizada en la institución hasta el 23 de julio con el alta médica.

La Médica Ginecobstetra LISBETH DEL CARMEN ARAGÓN MARTÍNEZ a las 20:41 del 21 de julio ordenó su hospitalización con prescripción, **"1. TRASLADO A ARO 2. DIETA NORMAL 3. HIOSCINA IV CADA 8 HORAS 4. HEMOGRAMA-UROANLISIS -UROCULTIVO -PROTEINURIA EN 24 HORAS 5. REPOSO EN CAMA 6. ECOGRAFIA OBSTETRICA SE LE EXPLICA A LA APCIENTE Y SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO."**

Dada su anotación, en audiencia se le preguntó por la clasificación ARO (alto riesgo obstétrico), ***¿por qué la paciente Laura era considerada de alto riesgo obstétrico? Todas las pacientes embarazadas son pacientes de alto riesgo obstétrico...en este momento, al ingreso, como la paciente presentaba actividad uterina según lo que se refería, se considera como paciente de alto riesgo hasta que no determinemos la causa o la etiología"***; sobre el particular, declaró la representante legal de la EPS SURAMERICANA, MARISOL RESTREPO, indicando que a la paciente, ***"se le garantizó acceso directo a ginecobstetricia en razón a su embarazo (por plan complementario o por su calificación de alto riesgo obstétrico)."***

Posteriormente fue atendida el 22 de julio de 2014 a las 12:27 por la Médica Ginecobstetra LILIANA FRANCO NOLIVOS, que analizó los resultados de los exámenes practicados **"FFV NORMAL PO NORMAL CON GLUCOSURIA HG 12. 2 HTO 37 LEUC 18190 PMN 72% PLAQ 287000 PENDIENTE PROTEINURIA UROCULTIVO"**; e indicó plan de manejo, **"SUSPENDER VITAMINAS LA PTE SE TOMARA GESTAVIT. SE INICIA ASA Y SE LAB DE CONTROL MAÑAN POR LEUCOCITOSIS. SE SS TOCO + CERVICOEMTRIA TIENE ODNEITE"**

ECOGRAFIA OBST"; aclarando con posterioridad **"LA PTE YA TIENE CTOG HACE 15 DIAS DEBE TRAER RESULTADO MAÑANA."**

La misma Médica la atendió el 23 de julio a las 10:41, con plan de manejo, **"PTE CON GLUCOSURIA EN EL PO PERO CON CTOG DE JUNIO NORMAL, SE REALIZA DEXTROMETER POSTPRANDIAL DE 90. SE DECIDE ALTA TIENE CITA POR ARO EL 28-7-15 Y SE DA ORDEN PARA CTOG AMBULATORIA. SE EXPLICA CONDUCTA A LA PTE ENTIENDE Y ACEPTA"**; a las 10:51 para darle egreso con órdenes ambulatorias, **"LABORATORIO - GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA (115): cantidad 1"**; y recomendaciones: **"SIGNOS DE ALARMA: SANGRADO SALIDA DE LIQUIDO CONTRACCIONES."**

Sobre su atención en salud, la Médica declaró en audiencia ser especialista en Ginecología y Obstetricia, graduada en el 2008 y desde ese momento trabajo en esa área; se le contextualizó: **"Doctora, según la historia clínica, usted atendió a la señora LAURA MARCELA los días 22 y 23 de julio de 2015, usted al examen físico del 22 de julio indica "no contracciones, no TV" nos indica que significa: no encontró contraído el abdomen por lo tanto no realizó tacto vaginal"**; aclaró, **"Dice falso trabajo de parto como diagnóstico de ingreso porque fue descartado desde ese momento con el tacto vaginal no habían cambios cervicales"**; cuando se le preguntó por las ayudas diagnósticas, refirió, **"El 22 de julio se practicaron exámenes que fueron analizados el 23; la cervicometría sale corroborando lo que demostró el tacto vaginal (que no tenía dilatación); la tocodinometría demuestra lo que yo encuentro en el examen físico que es que se objetiviza de manera electrónica que no hayan contracciones; la ecografía obstétrica era para evaluar el bienestar del bebé y los exámenes de sangre son los de control para mirar si las defensas habían bajado...al principio estaban elevadas porque era algo normal del embarazo...descienden los niveles sin realizar ningún tipo de intervención ni tratamiento antibiótico, le sugiere a uno como especialista que no había ninguna infección; el examen de orina había reportado como si hubiera glicemia en la orina (que también son parámetros para ver si la paciente tiene o no diabetes gestacional), en ese caso la paciente me muestra el examen con una curva de glicemia normal;**

¿quiere decir que en ese momento quedó completamente descartada la posibilidad de un parto prematuro en la señora LAURA MARCELA? En la evaluación de julio, sí”; luego se contextualiza en un apartado posterior de la historia clínica, indicándole, **“En otro embarazo que tuvo la señora LAURA MARCELA para el año 2020 le diagnosticaron incompetencia cervical, de cara a los exámenes que le realizaron a ella en julio de 2015 ¿era posible detectar ese diagnóstico de cuello uterino? No, en ese momento ella no tiene criterios de incompetencia cervical, primero porque es su primer embarazo y cuando uno tiene un primer embarazo no tiene antecedentes ni factores de riesgo, en futuros embarazos uno trabaja con los factores de riesgo porque para el parto pretérmino no hay ningún examen que asegure que la paciente va a tener un parto pretérmino...eso no existe...La incompetencia cervical se define como acortamiento del cuello y pérdidas gestacionales de embarazos previos, el primer embarazo de una paciente no puede tener diagnóstico de incompetencia cervical porque no ha habido embarazos anteriores.”**

Además de los registros de atención por especialistas, quedó en la historia clínica, (i) constancia de atención por personal de enfermería; el 21 de julio de 2015 a las 21:30, 22:00, 22:30, 23:00, 23:10; el 22 de julio a las 4:00, 8:00, 16:00, 20:00, 21:00, 23:10 y el 23 de julio a las 4:00, 8:00 y 15:05 con el egreso; (ii) órdenes médicas de hospitalización, urocultivo, uroanálisis, exámenes médicos y suministro de medicamentos; (iii) registro de monitoreo y controles de signos vitales del 21 de julio a las 19:53, 20:43, 21:30, 22 de julio a las 04:00, 08:00, 12:00, 12:27, 16:00, 20:00 y 23 de julio a las 00:00, 04:00, 08:00, 10:41 y a las 15:05; (iv) monitoreo hemodinámico y ventilatorio; y (v) constancia de administración de medicamentos.

Respecto de la atención de agosto de ese mismo año se constata en la historia clínica que LAURA MARCELA ingresó el 22 de agosto de 2015 a las 22:13 a triage con motivo de consulta, **“PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO DE 26+3 SEMANAS DE GESTACION QUE CONSULTA PORQUE TENGO CONTRACCIONES NO PÉRDIDAS VAGINALES MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS SIN PREMONITORIOS AP: NIEGA QX: NIEGA ALERGIAS: NIEGA”** y es atendida en urgencias por el Ginecobstetra JUAN CARLOS GUARNIZO CARDENAS a las 22:32

quien le diagnostica, **"1. EMBARAZO UNICO VIVO DE 26 SEMANAS 3 DIAS POR ECOGRAFIA DE LA SEM 9+1 DEL 23-4-15 2. SPP CON CAMBIOS CERVICALES 3- G1P0A0A O+ PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA AL EXAMEN FISICO, ESTUVO HOSPITALZIADA EN ESTA INSTITUCION POR IGUAL SINTOMATOLGIA, SE SOLCITAN PARACLINICOS, UTEROINHIBCION SE EXPLICA A PACIENTE MANEJO A SEGUIR."**

Sobre la atención en urgencias declaró el Médico JUAN CARLOS GUARNIZO CÁRDENAS - Ginecobstetra con 15 años de experiencia, a quien se le puso de presente la historia clínica de su atención, **"De acuerdo a la historia clínica usted fue la persona que estaba prestando el servicio de ginecobstetricia en la clínica del prado el día 22 de agosto de 2015 en el turno que daba a eso de las 10:30pm, ¿correcto? Correcto; antes de evaluar a la paciente o fuera remitida para la atención suya, hay una nota de enfermería donde a la señora se le hizo un triage y se puso en el nivel 2, eso fue a las 22:13, después a las 22:32 dice que usted fue quien efectivamente atendió a la paciente y refiere como diagnósticos activos antes de la nota que usted hizo para ese momento "embarazo confirmado, dolor pélvico y perineal, falso trabajo de parto (sin especificar) en estudio" para ese momento usted relata que ella tenía 26 semanas y 3 días de embarazo y que consulta por dolor tipo contracción uterina que tenía ese día desde horas de la tarde y que se le había incrementado en las últimas horas, que se negaban pérdidas vaginales con movimientos fetales positivos sin sangrados vaginales...cuando ya se realizan notas médicas, usted hace referencia que la señora llora en la consulta y que relata contracciones, de ahí en adelante usted hace una referencia de algunos hallazgos que usted refiere pero todos tienen ciertas cifras que solamente usted puede entenderlas por su profesión, yo quisiera que usted nos hiciera una traducción...Responde: encuentro yo una paciente álgica (con dolor), que está llorando en la consulta, que relata contracciones y se encuentran unos signos vitales...se ve que es el primer embarazo...se lee el antecedente...se ordena hospitalización; ¿para qué se solicitan paraclínicos y útero-inhibición? Los paraclínicos se solicitan en todas las pacientes que tienen síndrome de parto pretérmino para descartar infección,**

es el protocolo; ¿después de esta atención usted terminó su turno y LAURA MARCELA siguió en manos de la ginecobstetra que seguía en su turno? No, el turno mío es de 7:00 pm a 7:00 am en urgencias, pero una cosa es la valoración inicial que es la mía y otra totalmente diferente en los pisos donde está hospitalizada la paciente, hay otros médicos encargados en los pisos."

Luego, el 23 de agosto a las 3:42 de la mañana (estando hospitalizada), LAURA MARCELA es atendida por la Ginecobstetra NATALIA SALAZAR ALZATE, que refiere en su análisis, **"LLAMAN A EVALUAR PACIENTE POR PRESENTAR ACTIVIDAD UTERINA REGULAR Y REFERIR DOLOR DX. 1. EMBARAZO DE 26 + 4 SEM X ECO SEM 9 + 1 2. FETO EN P 58% 28 JULIO III NIVEL. CEFALICO. 3. TRABAJO DE PARTO PRETERMINO. 4. SOSPECHA DE CORIOAMNIONITIS. TTO CON: ACETAMINOFEN, RECIBIO DOSIS DE MADURACION FETAL. REFIERE MUCHO DOLOR INTENSO Y DESEO DE PUJO. FCF 158, MOV FETALES PRESENTES, SALIDA DE TAPON MUCOSO. TV: CUELLO POSTERIOR L 0. 3 MM, D 5 CM, MEMBRANAS ABOMBADAS E INTEGRAS. PLAN: PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO, SE EXPLICA HALLAZGO PRONOSTICO FETAL. ORDENO MADURACION FETAL INMEDIATA E INICIO PENICILINA, SULFATO DE MG. TRASLADAR PARA EPIDURAL ANALGESICA. INSTRUCCIONES, SIGNOS DE ALARMA";** con nota aclaratoria a las 4:03, **"PCE 11.1 HB 11.4 HCTO 33.7% LEUCOS 19230 PMN 74% SOLICITO VDRL Y VIH. NO UCI NEONATAL DISPONIBLE, SE EVALUARA POSIBILIDAD DE REMISION."**

A las 5:48 es atendida por Anestesiología le ponen **"epidural"**; a las 6:00 por Ginecobstetricia se inicia seguimiento por **"trabajo de parto"**; a las 7:32 por el Ginecólogo JAID ALEXIS CARDONA ARISTIZABAL, que pone en su análisis, **"SOSPECHA DE CORIOAMNIONITIS???"** y determina plan de manejo, **"SE DISCUTE CASO EN CONJUNTO CON EL Dr JUAN CARLOS RESTREPO Y SE DECIDE QUE LA MEJOR VIA DEL PARTO ES LA CESAREA. PACIENTE CONCIENTE DEL POBRE PRONOSTICO FETAL POR LA PREMATUREZ EXTREMA. SE RESERVA UCIN CON EL Dr PIEDRAHITA PEDIATRA."**

Sobre su atención JAID ALEXIS CARDONA ARITIZABAL, Médico Ginecobstetra de la Clínica del Prado, se le puso de presente la historia clínica el 23 de agosto de 2015, ***"hay una anotación donde dice que usted tuvo la oportunidad de atender en una ronda a Laura Marcela, primero a las 7:32am donde dice "¿sospecha de corioamnionitis?" ¿puede explicarnos porqué lo puso con signos de interrogación y a qué se refería con la indicación? Cuando hay una sospecha de corioamnionitis en esta paciente se podría establecer por lo rápido de la progresión del trabajo de parto en una paciente con un bebé muy prematuro, revisando la historia clínica uno ve que la paciente ingresa manifestando dolor en el vientre, actividad uterina y se hospitaliza para hacer todas las maniobras tendientes a diagnosticar y evitar que haya una progresión del trabajo de parto por la prematurez, cuando eso sucede uno debe sospechar la corioamnionitis que es una respuesta inflamatoria sistémica asociada a una posible infección intramniótica (en el líquido amniótico de la señora) y la pongo interrogada porque obviamente el diagnóstico etiológico o claro se debe establecer cuando uno aísla un germen, una bacteria o un parásito o un virus en el líquido amniótico de la paciente, se sospecha es por la progresión tan rápida que tuvo la señora desde el ingreso al servicio de urgencias y que dilató de una forma muy acelerada...además vi en la historia clínica que había un aumento de unos reactantes, unos exámenes de sangre que es la proteína c reactiva que es como uno de los indicadores que puede haber un proceso inflamatorio de los cuales el mas prevalente...puede ser algún proceso infeccioso"***; posteriormente señala en su declaración que la bebé tenía cordón procúbito y discutió con otro profesional la viabilidad del parto y se determinó que debía ser por vía de cesárea; ***"¿usted nos puede indicar si esa infección o esa sospecha de infección tuvo algo que ver, si fue el cordón procúbito que está ahí, si fue ese trabajo de parto acelerado que tuvo la señora Laura, fue todo en conjunto o qué desencadena esa decisión de que no sea parto vaginal sino vía cesárea? La decisión única para determinar que la señora tuviera su parto vía cesárea es el cordón procúbito que es un diagnóstico que yo hago cuando le hago un tacto vaginal a la paciente...y la encuentro en una dilatación de 7cm...y el cordón umbilical que es el que lleva la irrigación sanguínea de la madre al feto está por delante de la presentación, es decir, todos sabemos que la mayoría***

de los bebés nacen de cabeza y el cordón procúbito quiere decir que delante de la cabeza...lo primero que le toco es el cordón umbilical, eso es una indicación absoluta de cesárea y de no seguir el trabajo de parto, porque si se continúa...y ese cordón procúbito se convierte en una cosa que se llama un prolapso de cordón, es una urgencia mucho más severa y puede acarrear que el bebé se muera en pocos minutos...es una cuestión que puede suceder con mayor frecuencia en los bebés que son prematuros."

Además de los registros de atención por especialistas, quedó en la historia clínica:

- (i) Constancia de atención por personal de enfermería; el 22 de agosto de 2015 a las 22:40 ***"Nota: SE UBICA PACIENTE EN LA CAMILLA # 12, SE INICIA TOCODINAMOMETRIA ORDENA POR EL DR JUAN CARLOS GUARNIZO"***; a las 23:00 ***"...PACIENTE CONCIENTE ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SE INICIAN ORDENES MEDICAS EXPLICO A LA PACIENTE PROCEDIMIENTO Y ACEPTA, SE FIRMAN CONCENTIMIENTOS, SE ADMINISTRA VIA ORAL NIFEDIPINO 20MG+1GM DE ACETAMINOFEN, SE CANALIZA VENA Y SE TOMAN MUESTRAS DE SANGRE PARA LABORATORIO, SE DEJA PRN PARA TRATAMIENTO PERMEABLE, PULSERA DE IDENTIFICACION EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, SE APLICA VIA INTRAMUSCULAR EN GLUTEO DERECHO TRAMAL DE 100MG, SE PASA SONDA NELATON # 8 PREVIA ASEPSIA SIN COMPLICACION ELIMINA DE ASPECTO NORMAL, PENDIENTE HABITACION"***; a las 23:05 ***"RECIBO A DOÑA LAURA MARCELA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, HABITACION 1041 EN SILLA DE RUEDAS PROCEDENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑÍA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA, SEÑORA CON APP, CON EMBARAZO DE 26+3 SEMANAS, CONSCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRILL MUCOSAS ORALES HUMEDAS, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO CON BUENA EPXANSIÓN SIN SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MANILLA DE IDENTIFICACION DEBIDAMENTE MARCADA, PRN EN MIEMBRO***

SUPERIOR IZQUIERDO, ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, FRECUENCIA CARDIACA FETAL DE 153 LATIDOS POR MINUTO, ACTIVIDAD UTERINA DE 2/10 DE REGULAR INTENSIDAD, SIN PERDIDAS VAGINALES, ELIMINA ESPONTÁNEO EN EL BAÑO, EXTREMIDADES CON ADECUADO MOVIMIENTO SIN EDEMA, LA UBICO EN LA HABITACIÓN, DOY NORMAS DE ESTANCIA, ELEVO BARANDAS DE SEGURIDAD DE LA CAMA Y DEJO TIMBRE DE LLAMADO DE ENFERMERÍA AL ALCANCE DE LA PACIENTE, LA DEJO EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR..”; el 23 de agosto a las 00:00, “PACIENTE Y ACOMPAÑANTE MUY ADISGUSTO POR LA HABITACION QUE LE ASIGNO, NUEVAMENTE SE LES EXPLICA, EL PORQUE LE FUE ASIGNADA, SE TRASLADA A LA HABITACION 1041 EN SILLA DE RUEDAS, PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA, DE REGULAR INTENSIDAD, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS FCF: 160, MEMBRANAS INTEGRAS NO PERDIDAS VAGINALES, NO EDEMAS, SE ENTREGA CONCENTIMIENTOS FIRMADOS, TOCODINAMOMETRIA ORDENADA, CON LECTURA, HOJA DE CHEQUEO”; a las 02:13 “SE INFORMA A GO DE TURNO DE PACIENTE QUE MANIFIESTA DOLOR INTENSO, SE RECTIFICA Y TOMARON MONITOREO Y DIERON ACETAMINOFEN Y NIFEDIPINO EN URGENCIAS A LAS 23 HORAS, MEDICO INDICA SUBIRA”; a las 02:54, “SE LLAMA NUEVAMENTE A GO DE TUENO QUIEN INDICA A LAS 3A AM SUBIRA PARA EVALUAR PACIENTE, SE INDICA ESTADO ALGICO Y ANCIOSO DE FAMILIAR Y PACIENTE”; y a las 04:10 “PACIENTE A LA QUE SE ADMINISTRA 1DOSIS DE MP SE LLAMA A NONATOS JEFE SOLANGEL INDICA NO HAY UCIN SE INFORMA A GO DE TURNO SE REALIZ APRUEBA DE PNC SE INICIA SMG A 55CC/H NEURO PROTECCION P/CERVICOMETRIA(23) CANCELAR DE ORDENES MEDICAS R/VIH+VDRL(23) QUEDA EN EPIDURAL. SE TRASLADA EN COMPAÑÍA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA”; con posterioridad se refieren notas médicas de enfermería durante y después del trabajo de parto.

- (ii) Órdenes médicas de hospitalización, exámenes médicos y suministro de medicamentos.
- (iii) Registro de monitoreo y controles de signos vitales del 22 de agosto a las 22:13, 23:00, 23:05, 00:00, 23 de agosto a las 04:20 y posteriores.
- (iv) Monitoreo hemodinámico y ventilatorio tanto de la madre como del feto el 22 de agosto a las 22:13 y de la madre a las 23:00, 23:05, 00:00, 23 de agosto a las 04:20 y posteriores.
- (v) Constancia de administración de medicamentos: **ACETAMINOFEN 500MG 2 TABLETAS** (el 22 de agosto a las 23:00 y el 23 de agosto a las 4:31), **NIFEDIPINO 10 MG CAPSULA** (NIFEDIPINA 10 MG X CP) (2 CAPSULA, Oral, Dosis única, por Dosis única el 22 de agosto a las 23:00), **TRAMADOL 100 MG/2ML** SOLUCIÓN INYECTABLE (1 AMPOLLA, Intramuscular, Dosis única, por Dosis única el 22 de agosto a las 22:42), **BETAMETASONA 4MG/1ML X AM** (BETAMETASONA FOSFATO 4 MG/1ML X AM) (12 MILIGRAMO, Intramuscular, Dosis única, por Dosis única el 23 de agosto a las 4:01), **PENICILINA G SODICA 5000000 UI AM** (PENICILINA G SODICA 5000000 UI AM) (1 AMPOLLA, Intravenosa, Dosis única, por Dosis única el 23 de agosto a las 4:01) y posteriores.

Se cuestiona con la demanda, que en la atención brindada a LAURA MARCELA el 22 de agosto de 2015, (i) no se tuvo en cuenta el antecedente de FALSO TRABAJO DE PARTO diagnosticado el 22-23 de julio de ese año; (ii) hubo retraso injustificado para el ingreso servicio de urgencias; (iii) una vez ingresada por urgencias y hospitalizada, dejó de recibir atención, vigilancia y monitoreo médico desde las 22:13 del 22 de agosto hasta las 3:42 del 23 de agosto; y (iv) no se atendieron su síntomas de dolor, lo que concretó un trato denigrante.

Corresponde a la parte demandante probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, como lo prevé el artículo 167 del CGP, debiendo acreditar su dicho para concretar la imputación de negligencia.

Sin embargo, en interrogatorio de parte, la demandante sobre la atención del 22 y 23 de agosto relató, "**Me atendieron tipo 10 en urgencias, me atendió un doctor,**

no me hicieron tacto, me volvieron a dar una pastilla (no se si era la misma de la vez pasada porque no me se los nombres), estaba yo en una camilla en urgencias y no demoré mucho en urgencias realmente, me subieron a habitación, pero el dolor era diferente a la vez anterior, el dolor nunca se me quitó sino que empeoró y en hospitalización fue que pasé todos esos dolores hasta que llegaron a atenderme en la madrugada; sí estaban las enfermeras, ellas me hacían (no se cómo se llama el aparato médico como una tela, como una cinta sobre el estómago), me decían que para ver si tenía contracciones, no salían y las enfermeras me decían que era porque la bebé estaba muy pequeña entonces que de pronto era que no se veían...”; que es coherente con la prueba documental- por informe presentada por la CLÍNICA DEL PRADO donde consta la realización de monitoreo fetal electrónico y tocodinamometría realizada a LAURA MARCELA el 22 de agosto a las 10:40 PM y con los registros de historia clínica que dan cuenta que la paciente ingresó por urgencias y en menos de una hora estaba hospitalizada, en proceso de práctica de sus exámenes, con suministro de medicamentos, atención continua y permanente por parte de personal de enfermería que tomaba signos vitales y demás procedimientos relacionados anteriormente.

Sobre el cumplimiento del deber de vigilancia de la CLÍNICA DEL PRADO, se pronunció la coordinadora jurídica MANUELA RESTREPO VÉLEZ en audiencia donde se puso de presente a la interrogada que la paciente fue vista por Ginecoobstetra a eso de las 11 de la noche del 22 de agosto de 2015 y luego el 23 de agosto de ese año a las 3:45 am y se le indagó sobre la supervisión que realizó la clínica a la paciente, ***“¿En la clínica, en relación a una paciente que entra por urgencias, cuál es el rol general que tiene en un médico obstetra y cuál es el rol general que tiene el personal de enfermería? El personal médico toma conductas médicas, ordena y prescribe además de procedimientos, medicamentos y otras conductas y el personal de enfermería ejecuta esas órdenes médicas y hace supervisión de los estados de los pacientes entre otras muchas funciones, pero esto es lo general; según el protocolo clínico ¿El especialista en ginecobstetricia con qué frecuencia debe estar monitoreando las pacientes que ingresan por urgencias? Eso depende de la***

condición clínica de cada paciente...también depende del servicio en que se encuentre, si está en urgencias o en hospitalización puede ser un poco más amplio...porque allí cuentan con otros servicios tecnológicos...asistencia de enfermería"; se le pone de presente dos llamados realizados al médico de turno por parte de enfermería y se le pregunta, "¿Por qué tardó tanto en subir a valorar a la paciente? No fue un llamado de emergencia...en la nota de enfermería no se advierten cambios sustanciales."

Sobre el manejo por urgencias y hospitalización de la CLÍNICA DEL PRADO declaró VERÓNICA MARCELA PATIÑO, Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, graduada desde 2008 que trabaja en la institución, **"Inicialmente la recibe el ginecólogo, el hace el diagnóstico, dice si hay que hospitalizarla o no y esa es la atención inicial, normalmente ellas ya pasan a su habitación con el tratamiento inicial que ya le mandó el ginecólogo y no se vuelven a ver hasta las 7:00am del otro día que empieza la ronda médica, pues eso se hace en todas las clínicas, en las clínicas normalmente no se hace ronda médica en la noche, solo en las unidades de cuidados intensivos, de resto en ninguna, ya si hay un llamado del paciente por x o y motivo (se puso maluco, le dio dolor o se mareo cualquier cosa) entonces la auxiliar de enfermería que es la que la está vigilando toda la noche y es la que le toma signos y todo lo llama y le dice vea esta paciente tal y tal, que si la ve por favor, entonces ya uno en la medida de lo posible porque son 3 ginecólogos para estar haciendo cesáreas, partos y los llamados, va y la revisa. Las enfermeras no hacen tactos, pero si saben determinar actividad uterina."**

Así, no probó la parte actora que la conducta médica estuviera por fuera del protocolo institucional de la CLÍNICA DEL PRADO ni de la *lex artis*; el proceso de triage de LAURA MARCELA fue célere y el de hospitalización marchó con normalidad con acatamiento de las órdenes médicas, vigilancia y monitoreo por parte de enfermería, conforme lo declaró el Médico JUAN CARLOS GUARNIZO CÁRDENAS, **"En este caso la paciente se trasladó a piso, se le pidieron exámenes y la idea era que se valorara al otro día en la ronda médica, como las pacientes que se hospitalizan."**

Siendo las 2:13 del 23 de agosto se realizó un llamado de enfermería (sin nota de emergencia ni reporte de cambios insipientes de activación de proceso de parto) donde se informa dolor de la paciente, llamado que se repitió con posterioridad y que fue atendido por la Médica Ginecobstetra a las 3:42 del 23 de agosto, esto es, transcurrida 1 hora y 29 minutos; pero no se demostró que ese lapso (i) desatendiera el protocolo institucional o la *lex artis*; (ii) fuera excesivo para la clase de reporte realizado por enfermería; ni (iii) fuera determinante para el diagnóstico de la paciente.

Por el contrario, como lo dictaminó la perito, JUANA CATALINA ORREGO MOLINA, Ginecobstetra con más de 9 años de experiencia, ***"El seguimiento por parte de enfermería fue muy seguido...la paciente estuvo vigilada constantemente por parte de enfermería...en el momento en que la paciente empieza a manifestar dolor que fue como a las 2:13am llaman al especialista, pero antes de las 2:00am no tengo nota que estuviera manifestando dolor...estaba en hospitalización."***

Tampoco se probó que se haya expuesto a la paciente a maltrato, vulneración de su integridad personal, privacidad ni intimidación; se le brindaron los servicios de urgencias y hospitalización para procurar el diagnóstico más adecuado de su estado de salud y en todo momento se otorgó acceso a la información, mediante los consentimientos libres e informados suscritos por ésta, conforme obra en los anexos de la historia clínica.

Sobre el manejo del dolor, la historia clínica da cuenta del suministro de ACETAMINOFEN y TRAMADOL en la fase preparto y de EPIDURAL durante el trabajo de parto activo.

Si bien resulta incontrovertible el grado de vulnerabilidad de la mujer en el trabajo de parto e incluso con antelación, durante su gestación dadas las complicaciones, los profesionales de la salud que le ofrecieron atención a LAURA MARCELA, materializaron acciones concretas de acompañamiento y seguimiento -conforme se

evidencia en la historia clínica- mediante una vigilancia materna, fetal estricta y continua - aunque ello no hubiera materializado el resultado esperado; la ciencia médica es inexacta, se enfrenta a casos particulares en los cuales participan numerosas variables que no es posible controlar y en los que el médico utilizando información imprecisa debe tomar decisiones acordes.

Sobre la "**Atención segura e integral del evento obstétrico**", el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia, estableció una "**Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud**" vigente para el momento de ocurrencia de los hechos; sobre el particular dispuso:

"El Estado Colombiano ha orientado diversas estrategias y esfuerzos para reducir el número de muertes en mujeres, originadas por el embarazo, el parto y el puerperio...La atención segura e integral requiere:

4.2.16.1.1 Mejoramamiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales. Definir un paquete de atención integral al evento obstétrico materno perinatal, para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto, el recién nacido y el puerperio y la detección precoz de las complicaciones asociadas para realizar la derivación al nivel de complejidad requerido. Incluye: - Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas. - Asegurar la atención del parto y el puerperio por persona calificada; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos - Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio debe disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como: 1. Antibióticos 2. Anticonvulsivantes 3. Oxitócicos 4. Líquidos 5. Hemoderivados y sustitutos - Toda institución que atienda mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurar previamente que tenga la capacidad para resolver complicaciones que requieran sala de cirugía y equipos quirúrgicos completos. Igualmente, manejo adecuado de hemorragias y procedimientos de transfusión y garantía

de remisión oportuna y segura. - A nivel comunitario o domiciliario ofrecer la atención de un parto limpio y seguro por personal calificado. Identificar y capacitar en alternativas no institucionales para la atención segura del parto dentro del respeto cultural³⁶, facilitar el adecuado desarrollo de propuestas de atención obstétrica provista de forma responsable por una mayor diversidad de actores. - Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurarse previamente, que tenga un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel."

En el caso, no se desvirtuó que la EPS SURAMERICANA a través de su prestadora CLÍNICA DEL PRADO, desatendiera los protocolos, guías e instrucciones; brindó servicios a la gestante sin dificultades administrativas; aseguró la atención del parto y el puerperio (seguimiento a la gestación) por persona calificada y suministró los insumos críticos básicos conforme las prescripciones del personal médico especializado; dispuso sala de cirugía y equipos quirúrgicos completos; facilitó el adecuado desarrollo de propuestas de atención obstétrica; respondió de manera oportuna y segura cuando ante la emergencia obstétrica no predecible presentada por la demandante.

Surtido el análisis sobre la atención al deber de vigilancia y monitoreo a cargo de la CLÍNICA DEL PRADO, en el tiempo comprendido entre las 22:13 del 22 de agosto y las 3:42 del 23 de agosto de 2015, se continuará con el abordaje del siguiente interrogante.

9.1.2 ¿Se atendió el protocolo médico y la *lex artis* en la prescripción y suministro de medicamentos y realización de ayudas diagnósticas (cervicometría) a LAURA MARCELA SÁNCHEZ en el mismo período?

Sobre la orden y suministro de medicamentos se hizo referencia en esta providencia; se suministró **ACETAMINOFEN 500MG 2 TABLETAS** (el 22 de agosto

a las 23:00 y el 23 de agosto a las 4:31) y **TRAMADOL 100 MG/2ML** SOLUCIÓN INYECTABLE (1 AMPOLLA, Intramuscular, dosis única, por dosis única el 22 de agosto a las 22:42) para el dolor; **NIFEDIPINO 10 MG CAPSULA** (NIFEDIPINA 10 MG X CP) (2 CAPSULA, Oral, dosis única, por dosis única el 22 de agosto a las 23:00) para la útero-inhibición; **BETAMETASONA 4MG/1ML X AM** (BETAMETASONA FOSFATO 4 MG/1ML X AM) (12 MILIGRAMO, Intramuscular, dosis única, por dosis única el 23 de agosto a las 4:01) para la maduración pulmonar del feto; y **PENICILINA G SODICA 5000000 UI AM** (PENICILINA G SODICA 5000000 UI AM) (1 AMPOLLA, Intravenosa, dosis única, por dosis única el 23 de agosto a las 4:01) para la neuro protección del feto.

Cuestiona la parte demandante que, (i) las dosis de útero-inhibición no fue la suficiente para lograr el resultado esperado de retrasar el trabajo de parto pretérmino; (ii) la hora en que se suministraron los medicamentos para maduración pulmonar y neuro-protección del feto no fue la adecuada; y (iii) debió realizarse ayuda diagnóstica de cervicometría para determinar el estado del cuello del útero durante el tiempo comprendido entre las 22:13 del 22 de agosto y las 3:42 del 23 de agosto de 2015.

En el escrito de complementación al dictamen pericial presentado por el perito JORGE ANDRÉS JARAMILLO GARCÍA Médico Obstetra y especialista en valoración del daño corporal, se plantea la pregunta, **¿Qué mecanismos eficaces pudo adoptar la institución médica el 22 de agosto a las 22:32 hr para retrasar el nacimiento y lograr una maduración pulmonar suficiente, para lograr un mejor pronóstico de sobrevivida y bienestar?** Contestó, **"uso de nifedipina a dosis de 10-20 mg cada 20 minutos por 3 dosis, seguido de dosis de mantenimiento al menos por 48-72 horas, inicio de sulfato de magnesio idealmente por 12 a 24 horas para neuro protección fetal disminuyendo los riesgos de parálisis cerebral y disfunción motora, este incluso estaba plenamente indicado y de manera prioritaria en la valoración de las 03:42, se ordenó pero no se administró, inicio de esteroides tipo betametasona en dos dosis de 12 mg intramusculares aplicados con un intervalo de 24 horas. Aunque olvidado, no se puede dejar de lado que la indometacina administrada**

por vía rectal u oral por 48 horas es otra alternativa útil en la uteroinhibición en embarazos menores de 32 semanas. Existen otras acciones que no son necesariamente de aplicación temprana y tendientes a prevenir en lo posible el parto pretérmino como son el uso de progesterona micronizada y el cerclaje y que pueden requerir de más tiempo para su implementación (uno medicamento no pos que no siempre se encuentra disponible y que no es de acción rápida y el otro requiere un montaje quirúrgico y descartar previamente la presencia de infección).

Sobre la necesidad de la práctica de cervicometría como ayuda diagnóstica, concluyó el perito, **"Tampoco se realizaron de manera oportuna los estudios tendientes a confirmar el diagnóstico y determinar la severidad de la condición clínica como son la realización de registro cardiotocográfico y cervicometría (en el segundo episodio, cuando la guía de la institución establece que el tacto vaginal no es fiable) por ecografía transvaginal. Tampoco se realizaron de manera oportuna los estudios tendientes a confirmar el diagnóstico y determinar la severidad de la condición clínica como son la realización de registro cardiotocográfico y cervicometría (en el segundo episodio, cuando la guía de la institución establece que el tacto vaginal no es fiable) por ecografía transvaginal."**

Sobre el protocolo institucional de la CLÍNICA DEL PRADO para la atención de la **"Amenaza de parto pretérmino APP"** establece la Guía de Práctica Clínica GPC-OBS1 de mayo de 2014:

- **"POBLACIÓN OBJETO Madres embarazadas a partir de la semana 20, con peso fetal mayor de 500 gramos hasta la semana 36+6 y que consulten o sean remitidas a la Clínica del Prado."** LAURA MARCELA SÁNCHEZ era madre embarazada de 26+3 semanas de embarazo, el peso fetal de su hija fue de 940 gr y su atención fue en la CLÍNICA DEL PRADO.
- **"AMENAZA DE PARTO PREMATURO (A.P.P.): También se le conoce como amenaza de parto pretérmino o síndrome de parto pretérmino; es**

actividad uterina espontanea, progresiva...dolorosa que puede llegar a producir cambios cervicales hasta 3 cm de dilatación...acortamiento cervical o borramiento de un 80%; hasta generar el parto entre las semanas 20 y 36+6 de la gestación. Aun cuando no existan cambios cervicales, la presencia de cuatro contracciones en 20-30 minutos u 80 en 60 minutos también se considera un patrón contráctil anormal"; al momento del ingreso y valoración de LAURA MARCELA el 22 de agosto de 2015, aún no tenía un diagnóstico cierto de amenaza de parto prematuro, lo que fue explicado por el Dr. JARAMILLO, **"...el valorador especialista a las 22:32 en la historia clínica reporta "actividad 3/10/30", al tacto cérvix intermedio, oce permeable pulpejo, blando", estos datos, sumados al antecedente previo del mes de julio, constituiría sino un diagnóstico, sí unos elementos de riesgo para un parto pretérmino, tanto es así que el medico establece como diagnostico "síndrome de parto pretérmino"**; sobre el diagnóstico de ingreso declaró el Médico JUAN CARLOS GUARNIZO CÁRDENAS Ginecobstetra que la atendió esa noche en urgencias, **"La señora con las contracciones que tiene, tiene unos cambios incipientes iniciales de un síndrome de parto pretérmino, que fue la indicación de dejarla hospitalizada porque tenía cambios sugestivos de un síndrome de parto pretérmino...en ese caso la paciente tenía el cérvix intermedio, permeable a pulpejo sin pérdidas vaginales, o sea un síndrome de parto pretérmino...Primero se le hacen exámenes paraclínicos que uno le envía a la paciente para descartar infección, segundo cuando la paciente ya tiene cambios cervicales, está con actividad uterina regular y está con cambios cervicales, es decir está dilatando"**; sin embargo, se dio aplicación a la guía.

- **"FACTORES DE RIESGO: Médicos preconceptionales...Número de partos (Nulípara o más de cuatro hijos)"**, según la historia clínica, LAURA MARCELA ingresó con un embarazo de alto riesgo obstétrico ARO desde el 13 de abril de 2015, primer registro **"consulta ARO"**; aunado a ello, la Médica Ginecobstetra LISBETH DEL CARMEN ARAGÓN MARTÍNEZ que ordenó su hospitalización el 21 de julio de 2015, **"¿por qué la paciente Laura era**

considerada de alto riesgo obstétrico? Todas las pacientes embarazadas son pacientes de alto riesgo obstétrico...en este momento, al ingreso, como la paciente presentaba actividad uterina según lo que se refería, se considera como paciente de alto riesgo hasta que no determinemos la causa o la etiología de la misma."

- **"DIAGNÓSTICO:**

Se deben realizar:

- **Historia clínica:** Se realizó.

- **Examen físico (enfocado a descartar otro posible foco que dé origen al dolor, fiebre, irritación peritoneal, puño percusión, etc):** examen físico
"Presión arterial (mmHg): 107/64, Presión arterial media(mmHg): 78, Pulso(Pulsa/min): 97, Saturación de oxígeno(%): 98, Temperatura(°C): 36. 5, Peso (Kg): 68. 2, Talla(cm): 160, Frecuencia cardiaca fetal Feto1(Lat/min): 153, Superficie corporal(m2): 1. 74, Cantidad de oxígeno que transporta cada gramo de hemoglobina: 0. 27, Presión barométrica(in-Hg): 250, Índice de masa corporal(Kg/m2): 26. 64."

- **Exploración obstétrica:** se realizó, **"ALGICA LLORA EN LA CONSULTA RELATA CONTRACCIONES TA 120 / 80 FC 90 XMIN FR 16 XMIN FCF 146 XMIN EL TONO UTERINO ES NORMAL, AU 3 /10 / 30 SEG TV CERVIX INTERMEDIO OCE PERMEBLE PULPEJO, BLANDO NO PÉRDIDAS VAGINALES NO SANGRADO, NO HIDRORREA BUEN LLENADO CAPILAR.**

- **Comprobar frecuencia cardiaca fetal;** se realizó, **FCF 146 XMIN.**

- **Valoración del abdomen (altura uterina, presentación, irritabilidad uterina);** se realizó, **TONO UTERINO ES NORMAL, AU 3 /10 / 30 SEG TV CERVIX INTERMEDIO OCE PERMEBLE PULPEJO, BLANDO NO PERDIDAS VAGINALES."**

- **Especuloscopia:** En pacientes que refieran historia de RPMO, sangrado o a criterio médico. No aplica.
- **Tacto Vaginal:** valoración cervical mediante los parámetros del Índice de Bishop; se realizó tacto vaginal **"SEG TV CERVIX INTERMEDIO OCE PERMEBLE PULPEJO, BLANDO"**

Se solicitar los siguientes paraclínicos:

- **Ecografía transvaginal para realizar cervicometría RE IIB (Técnica descrita en el protocolo de medición de longitud cervical Ecoprado), se solicitó, "ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL (CERVICOMETRIA) ordenada el día 22-08-2015 a las 22:41."**
- **Monitoreo Fetal –Registro cardiotocografico RE IIB (Confirmar la presencia de dinámica uterina y/o descartar signos de pérdida del bienestar fetal); se solicitó y realizó, "SE UBICA PACIENTE EN LA CAMILLA # 12, SE INICIA TOCODINAMOMETRIA ORDENA POR EL DR JUAN CARLOS GUARNIZO 22/08/2015 22:40."**
- **Tomar muestras para: Directo y gram de flujo vaginal, Citoquímico de orina (Sedimento) y urocultivo (ambos por sonda) Hemograma y PCR. NE IA"; se solicitó, "UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA ordenada el día 22-08-2015 a las 22:40, HEMOGRAMA TIPO IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO, ROJOS, INDICES ERITROCITARIOS, ANCHO ordenada el día 22-08-2015 a las 22:40, PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION ordenada el día 22-08-2015 a las 22:40"**
- **"CLINICA DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO. La sintomatología de la APP suele ser imprecisa, pudiendo la gestante referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o hemorragia escasa. No existe ningún patrón de dinámica uterina específico de la APP, pero las contracciones han**

- de ser persistentes en el tiempo y regulares, para diferenciarlas de las contracciones que de forma habitual aparecen en el transcurso de la *gestación***"; previo encontrarse hospitalizada la paciente, se realizó examen físico con indicaciones de cambios incipientes, sin dilatación ni borramiento del cuello del útero; estando la paciente en hospitalización, se esperaban los resultados de los exámenes diagnósticos para el abordaje de su posible patología que, conforme los resultados de los exámenes médicos de su estancia hospitalaria del 21 al 23 de julio de 2015 (como antecedente médico que fue valorado y tenido en cuenta) y los signos de dolor, hicieron sospechar una posible infección por corioamnionitis, conforme quedó plasmado en la historia clínica por el Médico JAID ALEXIS CARDONA ARITIZABAL, Ginecobstetra de la CLÍNICA DEL PRADO, que sobre el particular declaró ***"En la historia clínica el 23 de agosto de 2015, hay una anotación donde dice que usted tuvo la oportunidad de atender en una ronda a Laura Marcela, primero a las 7:32am donde dice "¿sospecha de corioamnionitis?" ¿puede explicarnos porqué lo puso con signos de interrogación y a qué se refería con la indicación? Cuando hay una sospecha de corioamnionitis en esta paciente se podría establecer por lo rápido de la progresión del trabajo de parto en una paciente con un bebé muy prematuro, revisando la historia clínica uno ve que la paciente ingresa manifestando dolor en el vientre, actividad uterina y se hospitaliza para hacer todas las maniobras tendientes a diagnosticar y evitar que haya una progresión del trabajo de parto por la prematurez, cuando eso sucede uno debe sospechar la corioamnionitis que es una respuesta inflamatoria sistémica asociada a una posible infección intramniótica (en el líquido amniótico de la señora) y la pongo interrogada porque obviamente el diagnóstico etiológico o claro se debe establecer cuando uno aíse un germen, una bacteria o un parásito o un virus en el líquido amniótico de la paciente, se sospecha es por la progresión tan rápida que tuvo la señora desde el ingreso al servicio de urgencias y que dilató de una forma muy acelerada...además vi en la historia clínica que había un aumento de unos reactantes, unos exámenes de sangre que es la***

proteína c reactiva que es como uno de los indicadores que puede haber un proceso inflamatorio de los cuales el más prevalente...puede ser algún proceso infeccioso."

Como no estaba confirmada la infección de la que se sospechó al inicio del trabajo de parto por la progresión tan inminente de éste y según lo declarado en audiencia por el perito Médico Ginecobstetra JORGE ANDRÉS JARAMILLO ARCHIVO, "***hay que considerar que el 60-70% de amenaza de parto prematuro, se desconoce porqué se da, solamente entre 30-40% de amenaza de parto prematuro hay una condición previa, entre ellas las infecciones***"; durante la hospitalización (desde las 22:37 del 22 de agosto hasta las 3:42 del 23 de agosto) siguió el protocolo de amenaza de parto pretérmino.

- ***TRATAMIENTO: A.P.P. CON CAMBIOS CERVICALES (o paciente que está indicado el tratamiento hospitalario). Manejo de ataque:***

- ***Reposo (RELATIVO):*** Estuvo hospitalizada, habitación 1041, dirigida en silla de ruedas por el personal de enfermería
- ***Control de signos vitales (Pulso, P.A., temperatura):*** a la hora de instalado el tratamiento y luego cada seis horas: el tratamiento se instaló a las 22:40 según historia clínica, las 6 horas se surtían a las 4:40 del día siguiente; tuvo monitoreo de suministro de medicamentos y signos vitales por enfermería conforme quedó enunciado.
- ***Hidratación endovenosa (Si es necesario) y oral.*** No registra orden.
- ***Monitoreo clínico fetal.*** Se ordenó y realizó "***SE UBICA PACIENTE EN LA CAMILLA # 12, SE INICIA TOCODINAMOMETRIA ORDENA POR EL DR JUAN CARLOS GUARNIZO 22/08/2015 22:40***" quedando en nota de enfermería "***22:40 a 23:20 Se registra monitoreo fetal electrónico en donde hacen la observación de "tocodinamometria positiva". En el registro se aprecian 7 contracciones, no tiene registro de frecuencia cardiaca fetal***"
- ***Se ordenan: Hemoleucograma y sedimentación, citoquímico de orina y Directo y gram de flujo vaginal, urocultivo Se debe de tomar una muestra de exudado recto vaginal para la detección del EGB a todas***

aquellas gestantes que ingresen por APP, salvo que se haya realizado en las 5 semanas: se indicaron los exámenes ordenados en ítem antecedente; consta en la historia clínica los exámenes realizados anteriormente por la madre; no se reprochó por la parte actora falencia en este punto.

- **La ecografía gestacional se enviará siempre que no se tenga una previa en los últimos 15 días, que la amenorrea no sea confiable o cuando exista una causal clínica que la haga necesaria.** Se ordenó, **"ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL (CERVICOMETRIA) ordenada el día 22-08-2015 a las 22:41"**

- Nifedipino 10 a 20 mg dosis inicial. Luego 10 a 20 mg cada 4 a 6 horas. Se suministró **"NIFEDIPINO 10 MG CAPSULA (NIFEDIPINA 10 MG X CP) (2 CAPSULA, Oral, Dosis única, por Dosis única 22/08/2015 23:00)"**

sobre su administración consta en nota de enfermería del 22 de agosto a las 23:00 **"Se administra vía oral nifedipino 20 mg + 1 gr de acetaminofén, se canaliza vena, se toman muestras de sangre, se deja PRN. Se aplica tramadol 100 mg im, se pasa sonda de nelaton #8 elimina de aspecto normal. Pendiente habitación. Presión 114/74, fc 96, fr 17, t 36.5º, sat 100%, fcf 146, actividad uterina 2/10 de regular intensidad, mf+, no perdidas vaginales."**

- **ACTIVIDAD UTERINA REGULAR EN PACIENTE DE ALTO RIESGO: RE IA, "...Maduración fetal. Entre las 24.0 y 33.6 semanas: Betametasona 12 mg Intramuscular cada 24 horas por 2 dosis...con dosis de refuerzo si...La edad gestacional es < 32+6 semanas...La posibilidad de parto prematuro es alta";** según la historia clínica se administró **"BETAMETASONA 4MG/1ML X AM (BETAMETASONA FOSFATO 4 MG/1ML X AM) (12 MILIGRAMO, Intramuscular, Dosis unica, por Dosis única el 23/08/2015 04:01)"**; sobre el punto, el perito JORGE ANDRÉS JARAMILLO ARCHIVO plantea que estaba indicado el suministro de la betametasona desde la atención primaria en urgencias.

Sobre el particular declaró el Médico JUAN CARLOS GUARNIZO CÁRDENAS que realizó la valoración en urgencias de LAURA MARCELA, ***“en el momento de su atención y valoración, con los exámenes realizados por usted, ¿la paciente está en un trabajo de parto activo? No, tiene un síndrome de parto pretérmino...en ese momento no hay indicación clínica para el suministro de maduración pulmonar ¿Cuál es la diferencia? Que la paciente tenga unos síntomas incipientes, que la dilatación esté en menos de 2cm; mientras que un trabajo de parto pretérmino la paciente está en 7 de dilatación, está en trabajo de parto que es diferente, va a tener el bebé en las próximas horas, en ese caso la paciente tenía el cérvix intermedio, permeable a pulpejo sin pérdidas vaginales, o sea un síndrome de parto pretérmino; ¿Por qué no había en ese momento indicación médica de enviar medicamentos para la maduración pulmonar? Todas las pacientes que tienen síndrome de parto pretérmino de entrada no se les pone dosis de maduración pulmonar, en este caso esa paciente no tenía indicación de ponerle dosis en la valoración inicial; ¿en qué momento se ponen estos medicamentos para maduración pulmonar? Primero se le hacen exámenes paraclínicos que uno le envía a la paciente para descartar infección, segundo cuando la paciente ya tiene cambios cervicales, está con actividad uterina regular y está con cambios cervicales, es decir está dilatando; ¿en cuál grado de dilatación hacia arriba? La señora pudo haber llegado en 3 de dilatación y yo le pongo maduración o en 2, pero primero hay que hacer exámenes, descartar infección (pone en peligro la vida de la paciente y la bebé y no se prescribe útero-inhibición), segundo si la paciente tiene una cervicometría positiva, tiene actividad uterina uno inmediatamente pone maduración de acuerdo a las semanas que tenga la paciente, como le digo, siempre y cuando se haya descartado un proceso infeccioso.”***

Como sólo se detectó la actividad uterina regular cuando la paciente estaba hospitalizada, la indicación de maduración pulmonar sólo la podía plantear el Médico Ginecobstetra que la atendiera en esa instancia, luego de verificar el

diagnóstico (descartando una posible infección) y valorar a la paciente con los demás signos y síntomas.

- ***“NEUROPROTECCION FETAL Los recién nacidos pretérmino tienen un riesgo aumentado de sufrir daño neurológico como parálisis cerebral o discapacidades físicas y sensoriales. Son varias las metas, análisis y revisiones sistemáticas que han demostrado que el sulfato de magnesio administrado antes del parto puede reducir el daño cerebral en los grandes pretérmino que sobreviven...La posología que proponen es aplicar una carga intravenosa de 4 g en 20-30 minutos, y luego perfusión intravenosa a 1 g/hora hasta que se produzca el parto o transcurran 24 horas...”***; cuando se descubrió la actividad uterina irregular, la paciente estaba en trabajo de parto, sobre el particular el perito JORGE ANDRÉS JARAMILLO ARCHIVO indicó, ***“la guía está equivocada debe ajustarse a las guías internacionales...El protocolo de sulfato de magnesio para neuro protección se hace poniendo una dosis de carga de 4gr en un periodo de 20 a 30 minutos, seguido de una dosis de mantenimiento de 55cc hora; aquí el sulfato de magnesio lo empezaron a 55 cc hora sin el uso de la dosis de carga...tiene que tener relevancia la hora, hace diferencia suministrarla a las 10:20pm o al otro día a las 4:00 am.”***

La historia clínica da cuenta de la administración del neuro protector, ***“SULFATO DE MAGNESIO (5 AMPOLLA SULFATO DE MAGNESIO 20% X ML (SULFATO DE MAGNESIO 20%/10 ML. X AMP.), 500 CENTIMETRO CUBICO Solución Salina 0.9 % 500 ml. Para administrar 55. CC/HORA Infusión continua Por Dosis única, Vía Intravenosa) ordenada el día 23-08-2015 a las 04:02”*** lo que da cuenta de su administración, que no fue cuestionada con los hechos de la demanda ni de la reforma, donde sólo se hizo referencia a la culpa por la omisión en el suministro de medicamentos para maduración pulmonar del feto.

Así, se constata la consonancia del actuar del personal médico con el protocolo institucional; no se comprobó con argumentos técnico científicos que la guía fuera

elaborada con desajuste a la *lex artis ad hoc* vigente para el 2015 según el estado de la ciencia, como se encuentra establecido, la actuación médica atiende criterios objetivos y se dirige por la praxis que sirve de indicativo para la determinación de diagnósticos clínicos; las guías médicas adoptadas por instituciones prestadoras del servicio de salud se consolidan luego de la verificación del estado actual de la ciencia y la consolidación de criterios por parte del personal de salud especialista en el área determinada, por tanto, la opinión de un profesional de la medicina que se aparte de dichas guías -aunque pueda tener validez- no le es exigible al personal médico de la institución que adoptó el protocolo a no ser que se pruebe -sin lugar a dudas y de manera concreta, completa y determinante- que el proceder médico es inadecuado y genera resultados contraproducentes a los esperados en el mismo protocolo.

El perito JORGE ANDRÉS JARAMILLO ARCHIVO insistentemente planteó que en la guía médica estaba errada la indicación del suministro de nifedipino en pacientes con cambios cervicales o en tratamiento hospitalario (Nifedipino 10 a 20 mg dosis inicial. Luego 10 a 20 mg cada 4 a 6 horas), arguye que debe ser más agresiva que el tratamiento con la misma medicación en pacientes sin cambios cervicales donde la guía prescribe (Nifedipino 10-20 mg VO dosis inicial y luego 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis) que aparentemente es más fuerte y es la que -según su criterio médico- debió suministrarse a LAURA MARCELA; sin embargo no consideró que el protocolo da tratamiento especial a la paciente de alto grado obstétrico y que se encuentre en hospitalización, como en el caso de LAURA MARCELA, precisamente porque -como lo advirtieron todos los profesionales de la salud que declararon- deben evaluarse factores de riesgo determinantes que pueden poner en peligro la vida de la madre y del feto, como la presencia de posibles infecciones, sin que pueda suministrarse agresivamente un medicamento que incluso, según la misma puede traer contraindicaciones, ***“La nifedipina: Se debe utilizar con precaución en los pacientes con bradicardia grave y con insuficiencia cardiaca congestiva, debido que puede precipitar o exacerbar un fallo cardiaco por sus efectos inotrópicos negativos, en particular si se está administrando conjuntamente con beta-bloqueantes. Igualmente, la nifedipina está contraindicada en algunos tipos de enfermedad coronaria como el shock cardiogénico o el***

infarto de miocardio, ya que sus efectos inotrópicos negativos pueden empeorar estos cuadros. No se recomienda la administración sublingual de la nifedipina por varias razones: en primer lugar, sus efectos son impredecibles y su absorción puede ser errática. Se han comunicado casos de graves hipotensiones, infartos de miocardio, incluso fatales cuando se ha utilizado la nifedipina sublingual para tratar crisis hipertensivas."

Surtido el análisis sobre la atención del protocolo médico y la *lex artis* en la prescripción, suministro de medicamentos y realización de ayudas diagnósticas (cervicometría) a LAURA MARCELA SÁNCHEZ, en el lapso comprendido entre las 22:13 del 22 de agosto y las 3:42 del 23 de agosto de 2015, se continuará con el abordaje del siguiente interrogante.

9.1.3 ¿Pudo evitarse o postergarse el parto pretérmino de LAURA MARCELA por la CLÍNICA DEL PRADO para prevenir o mitigar los daños causados a la menor [REDACTED]?

No logró la parte actora acreditar que, aunque los médicos de la CLÍNICA DEL PRADO hubieran procedido según el criterio médico delineado por el perito JORGE ANDRÉS JARAMILLO ARCHIVO acerca del suministro del nifedipino, los medicamentos para maduración pulmonar y neuro-protección, se hubiera podido evitar o postergar el parto y prevenir o mitigar los daños causados a la menor EMILIA MONTOYA SÁNCHEZ, porque al unísono, todos los profesionales de la salud que declararon en audiencia y rindieron dictamen pericial declararon:

JUANA CATALINA ORREGO MOLINA, ***"Este bebé nace en la semana 26 de gestación, lo cual corresponde pretérmino extremo. Sus consecuencias neurológicas son inherentes a la inmadurez al momento de su nacimiento..."***
"A pesar de haberse hecho tocólisis con nifedipino desde el ingreso de la paciente sin haber tenido una respuesta favorable, ni el sulfato de magnesio ni los esteroides administrados hubieran tenido efectos sobre la recién nacida ni siquiera si se hubieran iniciado al ingreso de la paciente a la clínica. En el momento en que se programó la cesárea, era la mejor vía de nacimiento para

la menor, dado el diagnóstico de cordón procúbito, ya que de otra forma su muerte hubiera sido segura casi con toda certeza al momento del parto."

El perito JORGE ANDRÉS JARAMILLO ARCHIVO, ***"Si bien no se puede establecer a ciencia cierta si la realización oportuna de las medidas y valoraciones previamente mencionadas y recomendadas por la literatura científica hubieran cambiado el rumbo del resultado perinatal, sí se constituyen en una pérdida de oportunidad en el caso que nos ocupa, en donde la ciencia médica establece como claramente benéficas estas acciones para mejorar los resultados perinatales y que su no realización oportuna derivó en los resultados deletéreos sobre el nacido pretérmino extremo ya conocidos (hemorragia intraventricular, síndrome de membrana hialina, displasia broncopulmonar, ductus arterioso persistente)."***

La testigo LILIANA FRANCO NOLIVOS, indicó en su declaración que nada de lo realizado a la paciente pudo surtir efectos porque según la historia clínica esta padece de una patología denominada incompetencia cervical que fue lo que dio lugar al parto pretérmino, sin que pudiera detectarse en el primer embarazo, ***"En otro embarazo que tuvo la señora LAURA MARCELA para el año 2020 le diagnosticaron incompetencia cervical, de cara a los exámenes que le realizaron a ella en julio de 2015 ¿era posible detectar ese diagnóstico de cuello uterino? No, en ese momento ella no tiene criterios de incompetencia cervical, primero porque es su primer embarazo y cuando uno tiene un primer embarazo no tiene antecedentes ni factores de riesgo, en futuros embarazos uno trabaja con los factores de riesgo porque para el parto pretérmino no hay ningún examen que asegure que la paciente va a tener un parto pretérmino...eso no existe."***

El testigo JUAN CARLOS GUARNIZO CÁRDENAS, refirió la improcedencia de la maduración pulmonar y el suministro de medicamentos para neuro protección del feto, antes de descartar infección en la madre y valorarse por parte de especialista los demás signos y síntomas -como se refirió; tesis que fue sostenida por el testigo, JAIME JOSÉ MARTÍNEZ OCAMPO Médico Especialista en Pediatra, labora en la

CLÍNICA DEL PRADO y que atendió a la menor EMILIA, ***“dentro de la historia clínica la señora contaba con una corioamnionitis (infección de las membranas que recubren al feto), esa infección produce algo que se llama una respuesta inflamatoria que es una inflamación de muchos de los organitos del feto y que llevan a futuro a aumentar el riesgo de las complicaciones que puede presentar un recién nacido prematuro extremo, dentro de esas complicaciones: la hemorragia en el cerebritito (que es esperado entre la mayoría de los recién nacidos prematuros) entre menos semanas de gestación tenga el riesgo de la hemorragia es mucho más alto (se dice que entre el 45 y 50% de los recién nacidos que tengan menos de 31 semanas pueden tenerla)...la presentó al tercer día de vida, que es esperado que se presente hasta un 50- 70% las primeras 72 horas y esa hemorragia tiene un agravante que es la infección materna por corioamnionitis que aumenta entre 2 a 3 veces la posibilidad de la hemorragia intracerebral...ese proceso inflamatorio afecta el corazoncito...desde el punto de vista cardiaco y desde el punto de vista hemodinámico para llevar a más complicaciones...la sola prematuridad hace que haya una inmadurez también de todo su sistema inmunológico...la recién nacida presentó varias infecciones, requirió varios tipos de antibióticos pero salió avante ante esos procesos infecciosos”***; y por el testigo JAID ALEXIS CARDONA ARITIZABAL Médico Ginecobstetra de la CLÍNICA DEL PRADO, ***“El trabajo de parto en esta señora es un trabajo de parto patológico porque la señora vino en unas condiciones en las que ya estaba afectado de alguna manera, un síndrome inflamatorio sistémico, que hizo que su trabajo de parto que no debía hacerse en esas semanas que tenía se viera acelerado seguramente porque tenía algún proceso infeccioso...esa es la causa de que en este caso se diera un trabajo de parto pretérmino acelerado.”***

Conforme lo expuesto, los profesionales de la salud analizan que la clínica del caso que avanzó manera expedita, no permitió que ninguna intervención hubiera podido surtir el efecto deseado para la inhibición o postergación del parto de la menor, de manera que no se produjeran los efectos propios de su prematuridad extrema; (i) no se probó que la útero-inhibición suministrada de otra manera a LAURA MARCELA hubiera ampliado el período preparto de manera que alcanzara a recibir más dosis

de maduración pulmonar y neuro-protección; (ii) no se probó que de haberse suministrado más dosis de maduración pulmonar y neuro-protección a la madre, se hubiera prevenido o mitigado el daño físico que tuvo EMILIA producto de ser prematura extrema; (iii) no se probó el diagnóstico real de LAURA MARCELA, de manera que el personal médico pudiera seguir una línea de acción segura para su subsistencia y la de la menor.

Si bien el perito de la parte actora se expresa en términos de probabilidad y oportunidad de que se privó a la menor, no probándose las variables enunciadas, las estadísticas emergen condicionadas a varios factores imprevisibles, cuyo resultado no pudo determinarse y en la mayoría de casos de nacimiento pretérmino tan acelerado tal y como lo expuso el perito JORGE ANDRÉS JARAMILLO, **"hay que considerar que el 60-70% de amenaza de parto prematuro, se desconoce por qué se da, solamente entre 30-40% de amenaza de parto prematuro hay una condición previa, entre ellas las infecciones"**; lo que se expone en la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO de la CLÍNICA DEL PRADO, **"No obstante, estos parámetros clínicos presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir las pacientes que realmente tendrán un parto pretérmino. Y en la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20-30%)."**

La respuesta a la pregunta ¿pudo evitarse o postergarse el parto pretérmino de LAURA MARCELA por la CLÍNICA DEL PRADO para prevenir o mitigar los daños causados a la menor [REDACTED]? se encuentra en la prueba pericial cuya contradicción se surtió con la intervención de los peritos y en las declaraciones de los médicos tratantes de diferentes especialidades dada su calidad de testigos técnicos; categoría que se cataloga jurisprudencialmente, como **"aquel sujeto que posee conocimientos especiales en torno a una ciencia o arte, que lo hace particular al momento de relatar los hechos que interesan al proceso, de acuerdo con la teoría del caso"...** **"es la persona experta de una determinada ciencia o arte que lo hace especial y que al relatar los hechos por haberlos**

presenciado se vale de dichos conocimientos especiales" (CSJ SP, 11 abr 2007, rad. 26128).

A diferencia de un testigo común, la declaración surtida por un perito técnico debe rendirse y apreciarse de manera diferente, mientras al testigo común se le prohíben apreciaciones o impresiones personales en su declaración, al testigo experto le está permitido siempre que lo sea con ocasión a su saber profesional o académico y se relacionen con los hechos objeto del testimonio a efectos de lograr su ilustración. El perito, dada la labor encomendada, realiza valoración posterior de documentos, exámenes físicos, apreciaciones clínicas y el testigo técnico se vale de su conocimiento directo o personal de la situación para dar una opinión vinculada directamente a partir de sus conocimientos especializados.

No se probó que podía evitarse o postergarse el parto pretérmino de LAURA MARCELA por la CLÍNICA DEL PRADO para prevenir o mitigar los daños causados a la menor [REDACTED]; que se desatendiera protocolo médico y la lex artis en la prescripción, suministro de medicamentos y realización de ayudas diagnósticas a LAURA MARCELA SÁNCHEZ ni que el personal médico de la CLÍNICA DEL PRADO faltara al deber de vigilancia y monitoreo.

Tampoco se evidenció violencia obstétrica, trato discriminatorio o denigrante a LAURA MARCELA por parte de la CLÍNICA DEL PRADO dado que le brindó una atención acorde al protocolo institucional; sin dejar de un lado su condición de vulnerabilidad, se logró evidenciar que la actividad propia del trabajo de parto resulta dolorosa y extensa, pese a ello fue tratada para el dolor y acompañada por el personal de salud; ni por parte de la EPS SURAMERICANA que nunca le negó autorización ni prestación de servicios médicos y hospitalarios; ni por parte de la A quo que al referirse a la patología de la señora LAURA MARCELA, claramente hacía alusión a una posible existencia de un diagnóstico de incompetencia cervical condición previa, que según la apreciación de ese Despacho, fue relevante en las resultas del trabajo de parto; lo antecedente no fue aclarado por la Juez de primera instancia porque la solicitud se presentó de manera extemporánea como quedó en providencia del 24 de mayo de 2024.

La menor EMILIA MONTOYA no fue sometida a intervenciones o procedimientos que vulneraran su dignidad humana ni su derecho a la salud; según lo probado, su nacimiento el 23 de agosto de 2024 se debe a condiciones inevitables, atribuibles a múltiples variables no acreditadas ni descartadas y no imputables a título de culpa a las entidades demandadas.

En consecuencia, no acreditada la culpa como presupuesto axiológico para la declaratoria de la responsabilidad civil médica, se CONFIRMARÁ la sentencia de primera instancia.

9. COSTAS

Sin lugar a condena en costas porque en providencia del 22 de abril de 2021 se concedió amparo de pobreza a la demandante vencida en juicio y de conformidad con lo prescrito en el 1 inciso artículo 154 del CGP.

DECISIÓN

La **SALA SEGUNDA CIVIL DE DECISIÓN DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley

FALLA

PRIMERO: Por las razones expuestas, se **CONFIRMA** la sentencia de la referencia.


SEGUNDO: Sin lugar a condena en costas por amparo de pobreza.

NOTIFÍQUESE POR ESTADOS Y ELECTRÓNICAMENTE.

LOS MAGISTRADOS



RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ



LUIS ENRIQUE GIL MARÍN



MARTHA CECILIA LEMA VILLADA