

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ D.C.

Sala Civil

**Magistrado sustanciador:
MARCO ANTONIO ÁLVAREZ GÓMEZ**

Bogotá D.C., trece (13) de febrero de dos mil veinticinco (2025)

Ref. Proceso verbal no. 110013103004202000292 01

Se decide el recurso de apelación que la parte demandante interpuso contra la sentencia de 25 de septiembre de 2024, proferida por el Juzgado 4° Civil del Circuito de Bogotá dentro del proceso de la referencia.

RESEÑA DEL LITIGIO Y DEL PROCESO

1. Ferney Oswaldo León Jiménez, Magda Rocío Buitrago Mondragón y Leydy Xiomara Buitrago Mondragón convocaron a juicio a C.P.O. S.A.¹ para que se la declare civil y extracontractualmente responsable de los perjuicios causados por el fallecimiento del niño Gabriel Emilio León Buitrago, como consecuencia de fallas en la atención médica y, por consiguiente, condenarla a pagarles \$150.000.000 por concepto de daño moral.

2. Para soportar sus pretensiones adujeron, como antecedente quirúrgico, que en el año 2015 se le practicó a Magda Rocío Buitrago un legrado obstétrico por aborto. Años después, a comienzos de 2018, acudió al servicio de urgencias del C.P.O. S.A. en estado de embarazo con dolor pélvico, vómito y sangrado. El 11 de junio siguiente volvió porque presentaba cólico y contracciones irregulares, habiéndosele ordenado un monitoreo fetal y revaloración con resultados; la

¹ En las audiencias se hizo referencia a este como Centro Policlínico del Olaya.

médica Rodríguez dispuso repetir el examen después de ingerir alimentos, pero le dieron salida con orden de retornar una semana después.

El 18 de junio de 2018, la gestante asistió a control preparto en el que registraron contracciones primarias inadecuadas y, como diagnóstico relacionado, “atención materna por déficit del crecimiento fetal”². La citaron al otro día para hacer seguimiento del bienestar fetal y definir la valoración de restricción del crecimiento intrauterino (“RCIU”). Ella regresó el 19 de ese mes y año para la práctica de la “ecografía por sospecha de RCIU y monitoria fetal para valorar bienestar fetal”³; sin embargo, le dijeron que fuera al día siguiente para realizar la ecografía Doppler, por no tener disponibilidad en ese momento.

El 20 de junio de 2018 fue valorada por un especialista en ginecología y obstetricia, quien decidió hospitalizarla para terminar la gestación. Ese día no se realizó la referida ecografía, la cual, según los demandantes, “requería para confirmar o descartar la restricción del crecimiento intrauterino o problemas en la placenta como el desprendimiento de la misma”⁴; a la paciente se le administraron “25 UG” de misoprostol para inducir el trabajo de parto de manera “natural”, y fue dispuesta monitoria fetal y materna continua, sin tener en cuenta sus antecedentes, cuando lo prudente era terminar el embarazo por cesárea. Posteriormente, la señora Buitrago presentó actividad uterina irregular y monitoria fetal ACOG II; el médico tratante ordenó “reanimación in útero” y repetir monitoria fetal post reanimación; a las 8:28 p.m. presentó dolor intermitente tipo cólico en epigastrio, que continuó hasta las 10:45 p.m.

En la madrugada del 21 de junio de 2018 la paciente estaba en trabajo de parto, con dolor intermitente, membranas variables, sangrado moderado y líquido sanguinolento moderadamente oscuro, compatible con “abruptio de placenta”, razón por la cual le hicieron una cesárea de urgencia. Su hijo nació con estado

² Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 002, p. 4.

³ *Ibíd.*

⁴ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 002, p. 5.

fetal insatisfactorio, riesgo alto, hipotónico, pálido y sin esfuerzo respiratorio, entre otros. Su diagnóstico fue: “1. Recién nacido a término. 2. Parto por cesárea por desprendimiento de placenta. 3. Peso bajo para la edad. 4. Adaptación conducida. 5. Riesgo de asfixia perinatal. 6. Riesgo metabólico. 7. Dificultad respiratoria. 8. Riesgos inherentes a su patología de base”⁵. Por la sintomatología, determinaron “Asfixia del Nacimiento – Severa”⁶.

El 22 de junio de 2018 le realizaron una “ecografía transfontanelar” que arrojó “hallazgos a nivel del parénquima cerebral, morfología ventricular y núcleos caudados compatibles con encefalopatía hipoxico-isquémica, los hallazgos en el Doppler de la arteria cerebral anterior pueden estar en relación a muerte encefálica”⁷. Tres días después, el 25 de junio de 2018, el niño Gabriel Emilio falleció.

Para los demandantes, las lesiones ocasionadas al feto que lo llevaron a su muerte están directamente relacionadas con la atención negligente que el C.P.O. S.A. le brindó a la señora Buitrago, a quien, según el registro de enfermería, se le practicó una “apendicetomía” (contrario a la realidad), lo que debe ser interpretado como un indicio de mala calidad en la atención médica a la gestante.

3. El demandado se opuso a las pretensiones y planteó las defensas que denominó: “ausencia de culpa médica por parte de los galenos adscritos a C.P.O. S.A. en el proceso de atención del binomio madre-hijo”; “acto médico ajustado a la *lex artis*”; “inexistencia de nexo de causalidad entre la conducta médica dispensada en la gestante durante el trabajo de parto, cesárea y el deceso de recién nacido”; “las obligaciones médicas son de medio y no de resultado”, y “la responsabilidad civil médica se fundamenta en la culpa probada y no presunta”.

⁵ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 002, p. 6.

⁶ *Ibíd.*

⁷ *Ibíd.*

También llamó en garantía a Chubb Seguros Colombia S.A., en virtud de la póliza 12/0046836, quien repulsó las súplicas de la demanda. Frente al llamamiento solicitó dar estricta aplicación a los contratos de seguro celebrados.

LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El juez negó las pretensiones tras considerar que las pruebas no permitían afirmar la responsabilidad atribuida a C.P.O. S.A., pues el comportamiento del equipo médico no fue malo ni deficiente.

Para arribar a esta conclusión, afirmó que no había controversia sobre los hechos relatados en la demanda, ratificados por las partes en su interrogatorio, así como por los testigos Luis Humberto Beltrán, Ivonne Leydy Calderón Díaz, Pedro Wilfredo Perdomo Tejada, Carolina Leonor Núñez Rocha y Sergio Torres Serrano. Agregó que el daño se demostró con el registro civil de defunción del recién nacido Gabriel Emilio León Buitrago, la historia clínica de la señora Buitrago y el informe de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (“UCIN”).

Sin embargo, no se probó que la conducta de los médicos careció de idoneidad; por el contrario, se probó su diligencia y cuidado. Tampoco había prueba del nexo causal, específicamente que la muerte del niño obedeció a la conducta omisiva o indebida de los galenos.

EL RECURSO DE APELACIÓN

Los demandantes pidieron revocar la sentencia porque hubo errores probatorios. Más concretamente, alegaron que el nexo causal sí fue probado porque (i) el recién nacido falleció como consecuencia de la asfixia perinatal que le ocasionó el desprendimiento prematuro de placenta, lo cual no fue diagnosticado ni tratado de manera oportuna; (ii) según la historia clínica, la RCIU fue sospechada desde el 18 de junio de 2018, y (iii) la atención médica fue negligente, puesto que el 11 de junio de 2018 se dio salida a la gestante sin

repetirse la monitoria fetal, luego de ingerir alimentos, y fue omitida la práctica de la ecografía Doppler.

CONSIDERACIONES

1. Es asunto averiguado que la responsabilidad civil médica exige probar la culpa y el nexo causal entre el daño ocasionado y la conducta del galeno (C.C., art. 2341). No basta, entonces, referir las patologías o enfermedades que el paciente sufrió o padeció, sino que suya es la carga de probar que el médico tratante obró con impericia, negligencia, imprudencia o violación del arte médico, y que existe una relación de causalidad entre su comportamiento y el resultado dañoso⁸ (C.G.P., art. 167). Veamos lo que dice la jurisprudencia,

La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de toda acción resarcitoria, por cuanto se nutre de la misma premisa según la cual cuando se ha infligido daño a una persona nace el deber indemnizatorio.

De allí que los agentes involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de tal compromiso, al igual que acontece en otros eventos configuradores de los presupuestos para reconocer perjuicios, si en desarrollo de esa actividad, ya sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, siempre y cuando la víctima acredite los restantes elementos de la responsabilidad.⁹

Los médicos, entonces, solo responden patrimonialmente, si incurren en culpa, que debe probarse por quien la alega. Si la obligación que contraen para con el paciente es de medio y no de resultado, no hay manera de enjuiciarles por el solo hecho de obtenerse un resultado no deseado o por disparidades de criterio que no ofendan las reglas de la ciencia médica, y menos aún si el ejercicio de la medicina trae consigo riesgos inherentes para el paciente que, de materializarse, no pueden generar censura al galeno que obró con diligencia y cuidado.

2. En el caso que ocupa la atención de la Sala, no se discute que (i) a la señora Buitrago le practicaron un legrado obstétrico el 23 de septiembre de 2015, en el

⁸ Cas. Civ. Sentencia de 19 de diciembre de 2005; Exp. 381997-00491-01

⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC3919-2021, 8 de septiembre de 2021.

Hospital Universitario San Ignacio; (ii) en el año 2018, por razón de un embarazo, acudió varias veces (5, 6 y 21 de enero, 26 de febrero, 11 y 12 de junio de 2018) a urgencias del CPO S.A. con dolor pélvico; (iii) el 18 de junio de 2018 (5:54 p.m.), al acudir a control preparto, el equipo médico de la clínica sospechó “feto pequeño” para la edad gestacional; (iv) el 19 de junio de 2018 (4:36 p.m.) le prescribieron una ecografía Doppler, que no fue practicada por la clínica demandada; (v) el 20 de junio de 2018 la madre fue hospitalizada (10:31 a.m.) y le aplicaron misoprostol (12:43 p.m.) para inducir el nacimiento de su hijo; (vi) el 21 de junio de 2018, pasada la una de la mañana, ella presentó un “desprendimiento prematuro de la placenta” durante el trabajo de parto, por lo que el equipo médico le practicó una cesárea de urgencia; (vii) a la 1:19 a.m. nació Gabriel Emilio con “riesgo de asfixia perinatal”, quien falleció el 25 de junio de 2018 (3:15 a.m.), y (ix) la causa de su muerte fue “encefalopatía hipóxica isquémica neonatal secundaria a sufrimiento fetal agudo por abruptio de placenta”. Estos hechos fueron probados con la historia clínica, el registro civil de defunción del menor, el informe de ampliación de necropsia, el dictamen pericial decretado de oficio -elaborado por el médico Diego Alejandro Becerra-, las declaraciones de las partes y de los testigos -los médicos Beltrán, Calderón, Perdomo, Núñez y Torres-.

Si se miran bien las cosas, toda la discusión se focaliza en establecer si hubo culpa en la atención médica de la madre y, por supuesto, si hay nexo causal con el daño, siendo claro que, por ser la demandada una persona jurídica, su responsabilidad directa se ve comprometida por las actuaciones de sus dependientes o agentes en ejercicio o con ocasión de sus funciones o, incluso, prevalidos de su cargo¹⁰.

La Sala, entonces, analizará los conceptos de culpa y nexo causal en materia de responsabilidad civil médica para establecer si, en este caso, fueron probados.

¹⁰ “(...) los centros clínicos u hospitalarios incurrirán en responsabilidad en tanto y cuanto se demuestre que los profesionales a ellas vinculados incurrieron en culpa en el diagnóstico, en el tratamiento o en la intervención quirúrgica” (C.S. de J., S.C.C., sentencia del 26 de noviembre de 2010, Exp. 1999 08667 01).

A. La culpa

Como se desprende de los planteamientos liminares, los médicos únicamente asumen el compromiso de hacer, dentro del ámbito de su experticia, todos los esfuerzos posibles para sanar, remediar o mitigar las dolencias del paciente, sin que, por regla, puedan garantizar un resultado. La suya es una obligación de medio¹¹, como lo precisa el artículo 104 de la ley 1438 de 2011. Así también lo ha resaltado la Corte Suprema de Justicia, al referir que “esta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa”¹², puntualizando que, salvo algunos casos, la procedencia de un reclamo indemnizatorio relacionado con una intervención médica no puede establecerse “a partir de la simple obtención del resultado indeseado”¹³, como puede ser, en este caso, el fallecimiento del recién nacido, “sino de la comprobación de que tal contingencia vino precedida causalmente de un actuar contrario al estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud”, lo que implica acudir a una pauta diferenciada, teniendo en cuenta las especiales características de la labor del personal médico, denominada “*lex artis ad hoc*”¹⁴. Se trata, pues, de comparar el proceder del médico tratante con el que habría realizado “un colega de su especialidad, con un nivel promedio de diligencia, conocimientos, habilidades, experiencia, etc., en caso de haberse enfrentado, hipotéticamente, al cuadro clínico del paciente afectado”¹⁵, siendo claro, en lo que atañe a la responsabilidad derivada de la prestación de servicios médico-asistenciales de obstetricia, que a los profesionales de la salud encargados de acompañar a las mujeres gestantes se les exige “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”¹⁶.

¹¹ Tribunal Superior de Bogotá D.C. Sala Civil. 12 de noviembre de 2024. Ref. Proceso verbal No. 110013103020201000421 02.

¹² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. 30 de enero de 2001. Expediente No. 5507.

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC4425-2021. 5 de octubre de 2021.

¹⁴ *Ibíd.*

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC456-2024. 24 de abril de 2024.

En este caso, como se anticipó, fue probado lo siguiente:

a. Los días 5, 6 y 21 de enero y 26 de febrero de 2018, la señora Buitrago asistió a urgencias del C.P.O. S.A. tras presentar síntomas como dolor de cabeza, dolor pélvico, vómito y sangrado. La gestante retornó el 11 y el 12 de junio del mismo año, día en el que se registró en su historia clínica un “adecuado perfil de crecimiento fetal y Doppler fetoplacentario normales”¹⁷.

b. El 18 de junio la madre regresó a la clínica a control preparto. En esa historia se apuntó que era una “paciente con gestación de 37 semanas” que requería “seguimiento por feto pequeño”¹⁸, “atención materna por déficit del crecimiento fetal”¹⁹ y “sospecha de feto pequeño (...) [se] cita a urgencias mañana para seguimiento de bienestar fetal y definir diagnóstico RCIU”²⁰. Por eso retornó el 19 de junio de 2018, “citada a ecografía por sospecha de RCIU”²¹. En la anotación de las 4:36 p.m. se lee: “embarazo de 38.5 sem + feto vivo feto con rciu? alto riesgo obstetricopaciente con dx anotados normotensa asintomática para vasoespasmo bienestar fetal por clínica y monitoria fetal. Mañana eco Doppler dado no disponibilidad de agenda en el momento”²².

c. Al día siguiente, la señora Buitrago fue examinada por el médico Luis Humberto Beltrán Chávez, quien relató al dar testimonio: “es una paciente que yo valoré el día 20 de junio del 2018 a las 10 + 28 horas, tenía una valoración previa del día anterior”²³; “había ingresado porque una ecografía mostraba hallazgos sugestivos de un feto pequeño para la edad gestacional”²⁴. Narró que, luego de una evaluación global, ordenaron hospitalizarla: “en ese momento se consideró que, por la edad gestacional, más que la realización del estudio

¹⁷ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 9.

¹⁸ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 9.

¹⁹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 10.

²⁰ *Ibíd.*

²¹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 11.

²² Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 12.

²³ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 10:00.

²⁴ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 10:56.

Doppler, lo que la paciente necesitaba era desembarazarla”²⁵ y “se ordenó una monitoria fetal”²⁶. Es claro, entonces, que a la gestante no se le realizó la ecografía Doppler.

Posteriormente, sobre las 12:43 p.m., le aplicaron misoprostol para maduración cervical, como lo ratificó la doctora Ivonne Leydy Calderón, quien destacó que “este medicamento pues nos produce contracciones y pues durante todo el trabajo de parto la paciente se deja con monitoria fetal continua”²⁷. A las 3:37 p.m. presentó actividad uterina irregular, bienestar fetal y monitoria fetal ACOG II, razón por la cual se inició reanimación “in útero”, que, según el perito, consiste en maniobras que incluyen “1. cambio de posición corporal materna (...) para reducir la compresión de la vena cava y mejorar el flujo sanguíneo útero – placentario; 2. monitoria de la tensión arterial materna y 3. suplementación de oxígeno”²⁸. A las 6:01 p.m. la paciente tenía una monitoria fetal ACOG I, que se diferencia de aquella porque esa “identifica escenarios en los que no se puede predecir un estado anormal de la salud fetal, pero no presenta predictores suficientes de normalidad”²⁹, mientras que esta “es un elemento que aporta para la valoración del bienestar fetal”³⁰, como lo explicó el mismo experto. Así lo ratificó el médico Pedro Wilfredo Perdomo en su declaración³¹. Sobre las 10:45 p.m. la paciente presentó “dolor tipo cólico en hipogastrio intermitente”³², con bienestar fetal y vigilancia continua.

El 21 de junio de 2018, a las 12:14 a.m. la paciente, con inducción de trabajo de parto, registraba “adecuada progresión del mismo, actividad uterina irregular, con bienestar fetal dado por clínica, monitoria fetal categoría I”³³. Sin

²⁵ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 12:20.

²⁶ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 16:10.

²⁷ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 01:08:00.

²⁸ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 7. Respuesta a pregunta No. 17 del cuestionario.

²⁹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 6. Respuesta a pregunta No. 16 del cuestionario.

³⁰ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 7. Respuesta a pregunta No. 18 del cuestionario.

³¹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 079. Minuto 9:00.

³² Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 17.

³³ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 18.

embargo, a la 1:09 a.m., el equipo médico encontró, al tacto vaginal, “sangrado moderado clínica compatible con abruptio placentae”³⁴, por lo que solicitó “cesárea de urgencia”³⁵. La doctora Ivonne Leydy Calderón fue quien identificó este evento y acompañó a la gestante hasta la sala de parto; en su relato manifestó: “lo que yo le hice fue romperle las membranas, salió el líquido hemorrágico, la frecuencia cardíaca disminuyó y ahí es donde yo decido pues pasarla a cesárea”³⁶.

d. Sobre las 2:15 a.m. nació el hijo de Ferney Oswaldo y Magda Rocío, el niño Gabriel Emilio, con estado fetal insatisfactorio. En su historia clínica quedó registrado “riesgo de asfixia perinatal”, “riesgo metabólico”, “dificultad respiratoria” y “riesgos inherentes a su patología de base”. La doctora Carolina Leonor Núñez declaró sobre su estado y el procedimiento que se implementó para mejorar su condición de salud: “recibo un recién nacido sin esfuerzo respiratorio, pálido, hipotónico, se inician maniobras de reanimación”³⁷. Tras varias acciones médicas para mejorar su estado de salud, de las que da cuenta esa historia³⁸, el 25 de junio de 2018 presentó deterioro súbito y progresivo de frecuencia cardíaca, para fallecer a las 3:15 a.m. No se le realizaron maniobras de reanimación de acuerdo con lo sugerido por el comité de bioética y la junta médica³⁹.

Con este panorama, bien pronto se advierte que no es posible deducirle responsabilidad civil a la clínica, por las siguientes razones:

- (i) *El desprendimiento de la placenta es un evento “súbito” que no es posible predecir. No se probó culpa del equipo médico.*

³⁴ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 18.

³⁵ *Ibíd.*

³⁶ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 01:11:45.

³⁷ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 079. Minuto 41:32.

³⁸ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 009.

³⁹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 009, p. 57.

En la historia clínica de la gestante se registró un “desprendimiento prematuro de la placenta”, razón por la cual fue sometida a una cesárea el 21 de junio de 2018. El perito Diego Becerra, designado por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, explicó que se trata de uno de los riesgos de la inducción del trabajo de parto, y que, ante ese hecho, la decisión del equipo médico de practicar la cesárea de urgencia fue: (i) oportuna, “porque se realizó una vez se identificó la sospecha diagnóstica de desprendimiento prematuro de la placenta”⁴⁰ y es la vía de nacimiento indicada en estos casos, y (ii) el lapso de tiempo comprendido entre el hallazgo y el nacimiento -10 minutos- corresponde a la rapidez y premura que se espera para este tipo de urgencias⁴¹.

Aun cuando el médico Becerra enunció los signos y síntomas del desprendimiento de la placenta, así como los elementos para diagnosticarlo, tanto él⁴² como los testigos técnicos Ivonne Leidy Calderón Díaz⁴³ y Luis Humberto Beltrán Chávez⁴⁴ fueron enfáticos al manifestar que, cuando ocurre, es un evento “súbito” o “agudo” que no es posible predecir y ante el cual se debe actuar inmediatamente, so pena de comprometer la vida de la gestante.

Luego, no hay forma –ni prueba- de reprochar a los médicos y a la clínica por el desprendimiento de placenta que presentó la señora Buitrago. En rigor, se trata de un riesgo inherente al procedimiento dirigido a desembarazar a la madre; al fin y al cabo, “todo procedimiento ejecutado en desarrollo de la profesión médica aparece un riesgo inherente o propio de causar lesión o daño, que como tal no puede ser objeto de censura o dar pábulo a una acción indemnizatoria”⁴⁵. Más aún, la prueba pericial demostró que, ante la sospecha del desprendimiento de

⁴⁰ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 8. Respuesta a pregunta No. 20 del cuestionario.

⁴¹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 8. Respuesta a pregunta No. 21 del cuestionario.

⁴² Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 115. Minuto 12:16. Respuesta: “es un suceso súbito que ocurre durante la inducción del trabajo de parto”

⁴³ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 01:21:30. Respuesta: “el desprendimiento de la placenta no es algo predecible, es algo súbito por decirlo de alguna manera, agudo”

⁴⁴ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 46:25. Respuesta: “el desprendimiento placentario es un evento agudo”

⁴⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC3253-2021. 4 de agosto de 2021.

la placenta, el equipo médico del C.P.O. S.A. actuó con diligencia dentro de los estándares exigidos por la *lex artis* para esa situación y en el tiempo recomendado. No hay, pues, manera de afirmar que hubo culpa.

(ii) *La restricción del crecimiento intrauterino (“RCIU”) era un suceso que merecía especial consideración para establecer la oportunidad de terminar la gestación.*

En su dictamen, el médico Becerra precisó que “[la] restricción del crecimiento intrauterino es una condición patológica en la que el feto no logra todo el potencial de crecimiento determinado por su genética durante la gestación; los mencionados fetos (...) presentan complicaciones perinatales con mayor frecuencia, entre ellas muerte perinatal. (Lees et al., 2020)”⁴⁶. En el interrogatorio de contradicción, al preguntársele sobre la incidencia que podía tener en el desarrollo del trabajo de parto el bajo peso del feto, manifestó: “sí su señoría, es una situación de riesgo que se une o se conjuga el riesgo. El primero de ellos es la afectación crónica del bebé, es un bebé enfermo de manera crónica previo al momento de ingreso y hospitalización, eso condiciona su reserva natural para soportar momentos del nacimiento o complicaciones de último momento como la hemorragia por abrupcio de placenta”⁴⁷. Y agregó: en el caso de la señora Buitrago, “con respecto al percentil del peso estimado fetal en el caso analizado, percentil 6, en la historia clínica se lee que la medición de la circunferencia abdominal fetal se encontró por debajo del percentil 3, escenario que corresponde con el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino”⁴⁸. Esta calificación la confirmó el profesional Luis Humberto Beltrán, quien valoró a la paciente el 20 de junio de 2018; en su declaración relató que: “el peso fetal demostrado en la ecografía estaba en un percentil 6, era un indicio claro de una alteración en el crecimiento fetal y en ese momento se consideró que, por la edad gestacional, más que la realización del estudio

⁴⁶ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 5. Respuesta a pregunta No. 10 del cuestionario.

⁴⁷ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 115. Minuto 17:35.

⁴⁸ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 5. Respuesta a pregunta No. 12 del cuestionario.

Doppler, lo que la paciente necesitaba era desembarazar”⁴⁹. Así también lo corroboró el perito Becerra: “considerando el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino y la edad gestacional que transcurría (mayor de 37 semanas), se indica la finalización de la gestación”⁵⁰. Esta fue la decisión que tomó el médico tratante y fue correcta, según el dictamen pericial.

Por tanto, quedó probado que ante el diagnóstico de RCIU, la decisión de terminar el embarazo era pertinente. No hubo aquí negligencia ni inobservancia de la *lex artis*.

(iii) *La práctica de la ecografía Doppler.*

Un tema ampliamente discutido ante el juez fue la omisión de practicar la ecografía Doppler, prescrita el 19 de junio de 2018.

En el registro de la historia clínica de ese día (4:36 p.m.)⁵¹ se lee: “supervisión de embarazo de alto riesgo”, “feto vivo feto con RCIU?”, “alto riesgo obstétrico”, “mañana eco Doppler dado no disponibilidad de agenda en el momento”, y en el registro del 20 de junio (10:31 a.m.) se hizo “reporte de ecografía del día de hoy creciendo en p 6 pfe de 2696 gr con circunferencia abdominal en p 2 sin Doppler, por lo cual indica hospitalizar para terminar la gestación”⁵². La gestante, entonces, fue inducida a trabajo de parto, sin mediar dicho examen.

El doctor Luis Humberto Beltrán explicó que el Doppler “nos ayuda a clasificar si el bebé es pequeño o si tiene una restricción”⁵³ y que, de acuerdo a los hallazgos, “defino en qué estadio de esa restricción está para tomar conducta”⁵⁴. Por su parte, la doctora Calderón manifestó que no era necesario el Doppler para atender a la paciente porque “tenía una monitoria adecuada con un perfil

⁴⁹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 12:00.

⁵⁰ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 5. Respuesta a pregunta No. 12 del cuestionario.

⁵¹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 12.

⁵² Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 12.

⁵³ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 50:20.

⁵⁴ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 51:17.

adecuado”⁵⁵, y “si la paciente hubiese tenido menos edad gestacional, cierto, como para definir la vía del parto si era necesario”⁵⁶. El perito Becerra contestó en su dictamen que “en los registros de la historia clínica” no se leen “los elementos técnicos suficientes para afirmar que era imprescindible practicarle cesárea como vía de nacimiento”⁵⁷, pero “la cesárea se indica en casos de Restricción del Crecimiento Intrauterino en los que se presentan alteraciones de la circulación sanguínea feto placentario, en particular, alteraciones en el Ductus venoso, flujo ausente o reverso, alteraciones del perfil biofísico o indicaciones por factores maternos (Lees et al., 2020)”⁵⁸. En la audiencia, agregó que “se reconoce también ausencia de lectura o realización porque los registros de la historia clínica no dan cuenta de esto, de un examen de la circulación de la placenta, es un examen que se llama Doppler fetoplacentario que da cuenta de elementos adicionales de reserva fisiológica o de reserva natural para que el bebé transite durante un proceso de trabajo de parto”⁵⁹, en la audiencia manifestó que, en el caso de la señora Buitrago, “ahí sí hay pertinencia en la realización de dicho examen”; añadió que situaciones “en las que la restricción del crecimiento intrauterino se acompaña de Doppler con alteraciones graves se llevan a cesárea, no se llevan a inducción de trabajo de parto (...) sino [que] se llevan de entrada a cesárea”⁶⁰, y que “la decisión de la inducción responde al diagnóstico del bebé; ahora, el Doppler complementa el manejo o la conducta. El Doppler sí definitivamente puede determinar que no sea pertinente, que no sea adecuado, un trabajo de parto vaginal, que se indique de manera inicial, previo al proceso, una cesárea”⁶¹.

Es innegable, entonces, que la ecografía Doppler era un examen que, en ciertos casos, puede determinar la modalidad del nacimiento, más concretamente

⁵⁵ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 01:40:20.

⁵⁶ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 078. Minuto 01:41:19.

⁵⁷ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 6. Respuesta a pregunta No. 14 del cuestionario.

⁵⁸ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 8. Respuesta a pregunta No. 22 del cuestionario.

⁵⁹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 115. Minuto 10:41.

⁶⁰ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 115. Minuto 01:00:00.

⁶¹ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 115. Minuto 59:12 y 1:01:47.

imponer una cesárea. Pero también es claro, según la prueba pericial, que la sola restricción del crecimiento intrauterino no obliga la extracción abdominal del feto porque la cesárea es el único mecanismo pertinente cuando se presentan alteraciones “de la circulación sanguínea feto placentario”, particularmente “en el Ductus venoso, flujo ausente o reverso”, “alteraciones del perfil biofísico” o “indicaciones por factores maternos”.

A lo anterior se agrega que el médico tratante, aunque había prescripción de una ecografía Doppler, optó por desembarazar a la señora Buitrago porque se trataba de un embarazo a término, específicamente de 38.6 semanas, sin que se hubiere probado que esa decisión médica fue errada desde la perspectiva de las reglas de la medicina, o que otro médico especializado en obstetricia, puesto en iguales circunstancias, habría procedido de manera diferente. Y si a ello se agrega que la causa de la patología que presentó el niño Gabriel Emilio (“encefalopatía hipóxica isquémica neonatal”) tiene su origen en el desprendimiento de placenta y no en la RCIU, resulta incontestable, a falta de otras pruebas, que la decisión de no practicar la ecografía Doppler a la señora Buitrago no puede ser reprochada en sede judicial, en orden a configurar una culpa médica por ese hecho.

(iv) *Ausencia de culpa frente a las demás actuaciones del equipo médico cuestionadas.*

Frente a las restantes alegaciones de los recurrentes sobre la atención médica de la señora Buitrago y el menor Gabriel Emilio, no se probó falta de diligencia o inobservancia de la *lex artis*, en tanto que (i) la demandante Magda Buitrago aceptó en su interrogatorio que ella y su hijo estuvieron bajo monitoria permanente⁶²; (ii) en la historia clínica de la gestante se evidencia cambió de “ACOG II” a “ACOG I” luego de la reanimación “in útero”⁶³; (iii) ante las notas de enfermería sobre la monitoria fetal, luego de ingerir alimentos, el perito Becerra

⁶² Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 065. Minuto 48:40.

⁶³ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 043, p. 15.

aclaró que su interpretación es una decisión médica⁶⁴, sin que se hubiere demostrado que el hecho no haberse practicado esa otra monitoría tuvo incidencia en el resultado; (iv) el experto reconoció que en la atención concursaron especialistas en obstetricia y en pediatría⁶⁵, y (v) los testigos técnicos Carolina Leonor Núñez Rocha⁶⁶ y Sergio Adolfo Torres Serrano⁶⁷ explicaron con detalle en sus declaraciones los procedimientos que realizaron en el C.P.O. S.A., una vez nació el hijo de la señora Buitrago, para tratar de reanimarlo y mejorar su estado de salud en los días posteriores.

B. Nexo causal

Ahora bien, sobre la relación de causalidad, la Corte Suprema de Justicia, en reciente pronunciamiento, reiteró que la existencia de un “nexo causal entre el daño cuya reparación se demanda y la culpa atribuida al agente que lo generó” es un elemento basilar de la responsabilidad civil⁶⁸; esta es su doctrina:

“A propósito de este presupuesto, en SC 26 sep. 2002, exp. 6878, esta Sala luego de discurrir sobre el fundamento del nexo causal y los distintos conceptos doctrinarios acerca de su estructuración, reiteró la adopción del criterio de razonabilidad que sustenta la teoría de la causalidad adecuada, asumiendo «que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquél que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más “adecuado”, el más idóneo para producir el resultado, atendidas por lo demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño»”⁶⁹

El nexo causal puede ser un aspecto complejo de probar en asuntos de responsabilidad médica, pues “no es factible imputar al profesional de la medicina las consecuencias perjudiciales que afecten al paciente mientras no se determine la existencia de un vínculo causal entre éstas y su actuar culposos, al

⁶⁴ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 115. Minuto 50:15.

⁶⁵ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 115. Minuto 10:41.

⁶⁶ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 079. Minuto 41:00.

⁶⁷ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, arch. 079. Minuto 01:39:30.

⁶⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC456-2024. 24 de abril de 2024.

⁶⁹ SC 26 sep. 2002, exp. 6878. Citado en SC456-2024. 24 de abril de 2024.

amparo de que, en línea de principio, las obligaciones del médico son de medio, es decir, de prudencia y diligencia, más no de resultado”⁷⁰.

En este caso, el informe de “ampliación y/o complemento de necropsia”, precisa que la causa de muerte del recién nacido fue “encefalopatía hipóxica isquémica neonatal secundaria a sufrimiento fetal agudo por abrupcio de placenta”⁷¹, como también lo registra la historia clínica del niño, en la que se apuntó “[hallazgos] de parénquima cerebral, morfología ventricular y núcleos caudados compatibles con encefalopatía hipoxico-isquemica”⁷².

Luego, es un hecho probado, como también lo refiere el dictamen pericial, que “[la] causa básica que llevó al compromiso neonatal severo, de acuerdo con los registros de historia clínica leídos, fue el desprendimiento prematuro de la placenta, resultado de la materialización del riesgo en un trabajo de parto inducido indicado por el diagnóstico fetal de restricción del crecimiento intrauterino”⁷³.

Cabe, entonces, la siguiente pregunta: ¿los médicos habrían podido evitar el desprendimiento de placenta? Ya quedó claro, en párrafos precedentes, que se trata de un hecho “súbito” que puede presentarse durante el trabajo de parto, pero no es posible responder afirmativamente ese cuestionamiento, dado que no es inexorable la ecuación: práctica de la ecografía Doppler- cesárea - nacimiento de Gabriel Emilio en condiciones sanas, habida cuenta que, se insiste, lo que habría impuesto la extracción abdominal no era la RCIU, sino las “alteraciones fetales en el Ductus venoso, flujo ausente o reverso; no conocidas en el caso analizado”⁷⁴; para el 20 de junio de 2018 no existía ninguna evidencia de un posible desprendimiento placentario y, además, por tratarse de una gestación a término, era plausible, desde la perspectiva médica, proceder al

⁷⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC456-2024. 24 de abril de 2024.

⁷¹ Primera Instancia, carp. “C02 LlamadoEnGarantía”, pdf. 016, p. 2.

⁷² Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 009, p. 27.

⁷³ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 9.

⁷⁴ Primera Instancia, carp. C01 Cuaderno Principal, pdf. 094, p. 9. Segunda conclusión.

trabajo de parto natural; al fin y al cabo, el desprendimiento de la placenta se presentó en la primera hora del 21 de junio, habiéndose hecho la cesárea en los minutos subsiguientes y de manera oportuna, como lo precisó el perito Becerra.

En síntesis, aunque se afirmara, en gracia de la discusión, un actuar culposo de la clínica demandada por no practicar la ecografía Doppler, no es posible establecer la relación de causalidad entre esa omisión y el resultado final.

3. Por las razones expuestas, se confirmará la sentencia apelada, dado que no se configuraron los requisitos de la responsabilidad médica.

DECISIÓN

Por el mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior de Bogotá D.C., en Sala Primera Civil de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **CONFIRMA** la sentencia de 25 de septiembre de 2024, proferida por el Juzgado 4° Civil del Circuito de Bogotá, dentro de este proceso.

Costas del recurso a cargo de los apelantes.

NOTIFIQUESE

Firmado Por:

Marco Antonio Alvarez Gomez

Magistrado

Sala 006 Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Adriana Ayala Pulgarin

Magistrado

Sala 017 Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Ricardo Acosta Buitrago

Magistrado

Sala Civil Despacho 015 Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez
jurídica,

conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

**6dc614b8885c26ed4a43f827dab5f37b439ec911a75d29919852b05a480
bfd55**

Documento generado en 13/02/2025 12:37:14 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente

URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>