


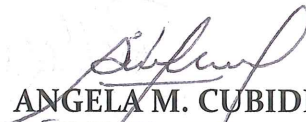
MAESTRÍA EN DERECHO MÉDICO
ACTA DE SUSTENTACIÓN N° 005 - 2016 -B
SEPTIEMBRE 23 DE 2016

En Santiago de Cali, a los veintitrés (23) días del mes de Septiembre del año dos mil dieciséis (2016); en un Aula de la Universidad Santiago de Cali, se reunieron en Calidad de Director de Trabajo de Grado, la doctora ANGELA MAYERLY CUBIDES MUNEVAR; las doctoras BELLAZMIN ARENAS QUINTANA y MARIA TERESA BEDOYA GUTIERREZ, en calidad de jurados calificadoros, junto con el doctor FEDERICO GONZALEZ GONZALEZ, Director de Posgrados Salud y el estudiante HERNAN VILLA MEJIA identificado con el número de cédula 18.503.125, autor del trabajo de grado titulado: **"FALENCIAS EN LA DEFENSA MÉDICA QUE INFLUYERON EN LA CONDENA AL ESTADO COLOMBIANO EN UN CASO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL PUERPERAL SEGÚN SENTENCIA A 25000-23-26-000-1995-11369-01 DE 2014"**.


Inicialmente el autor hizo una exposición de su trabajo explicando el contenido y el método investigativo; luego el jurado interrogó ampliamente al alumno sobre el tema y sus respuestas fueron satisfactorias, razón por la cual le fue dada la aprobación al trabajo y declarado debidamente sustentado.


Se declara entonces cumplido con el requisito legal del Trabajo de Grado.


FEDERICO GONZALEZ GONZALEZ
Director Posgrados Salud


ANGELA M. CUBIDES MUNEVAR
Directora Trabajo de Grado


BELLAZMIN ARENAS QUINTANA
Jurado


MARIA TERESA BEDOYA G.
Jurado


HERNAN VILLA MEJIA
Examinado

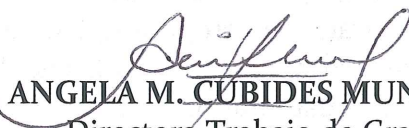
NOTA DE ACEPTACIÓN

Cuatro punto Cinco

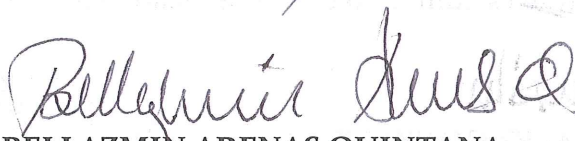
4.5



FEDERICO GONZALEZ GONZALEZ
Director Posgrados Salud



ANGELA M. CUBIDES MUNEVAR
Directora Trabajo de Grado



BELLAZMIN ARENAS QUINTANA
Jurado Calificadores



MARIA TERESA BEDOYA G
Jurado Calificadores

**FALENCIAS EN LA DEFENSA MEDICA QUE INFLUYERON EN LA CONDENA
AL ESTADO COLOMBIANO EN UN CASO DE INFECCION NOSOCOMIAL
PUERPERAL SEGÚN SENTENCIA 25000-23-26-000-1995-11369-01 DE 2014.**

**ELABORADO POR:
HERNAN VILLA MEJIA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN DERECHO MEDICO
CALI, 2016**

**FALENCIAS EN LA DEFENSA MEDICA QUE INFLUYERON EN LA CONDENA
AL ESTADO COLOMBIANO EN UN CASO DE INFECCION NOSOCOMIAL
PUERPERAL SEGÚN SENTENCIA 25000-23-26-000-1995-11369-01 DE 2014.**

ELABORADO POR:
HERNAN VILLA MEJIA

Trabajo de investigación como requisito para optar al título de
MAESTRIA EN DERECHO MÉDICO

Director de Tesis:
ANGELA CUBIDES

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN DERECHO MÉDICO**

2016

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cali, 18 de marzo de 2016

A Ángela, a su coherencia y a su pertinencia...
Sin las tres el camino habría sido más largo.

CONTENIDO

CONTENIDO	5
LISTA DE CUADROS DE RESULTADOS	7
INTRODUCCIÓN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. MARCOS DE REFERENCIA	16
3.1. MARCO CONCEPTUAL:	16
3.1.1 Nociones relacionadas con la pregunta de investigación:.....	16
3.1.2 Nociones relacionadas con el primer dominio de investigación:	17
3.1.3 Nociones relacionadas con el segundo dominio de investigación:	18
3.1.4 Nociones relacionadas con el tercer dominio de investigación:	25
3.2 MARCO JURIDICO	26
3.3 MARCO DE TRABAJO	28
3.2.1 Primer dominio	30
3.2.2. Segundo dominio	30
3.2.3 Tercer dominio.....	34
3.4 ESTADO DEL ARTE	36
4. OBJETIVOS	39
4.1 Objetivo general	39
4.2 Objetivos específicos	39
5. METODOLOGIA	40
5.1. Tipo de estudio.	40
5.2. Objeto de estudio	40
5.3 Recolección de información:	40
5.3.1 De la atención médica y la calidad de la misma.	40
5.4. De la identificación de los fundamentos jurídicos.	47
5.4.1 Estratégica metodológica 1.....	47
5.4.2 Estrategia metodológica 2.	47
6. RESULTADOS	48

6.1 Hallazgos de la atención recibida por la paciente.....	48
6.2 Hallazgos de la comparación entre la atención recibida y la esperada.	52
6.2.1 Comparación entre la atención esperada y la recibida, en cuanto a la identificación de factores de riesgo para endometritis puerperal en el periodo de parto	52
6.2.2 Comparación entre la atención esperada y la recibida, en cuanto a la identificación de factores de riesgo para endometritis puerperal en el periodo de parto.....	56
6.2.3 Comparación entre la atención esperada y la recibida, en cuanto a la identificación de factores de riesgo para endometritis puerperal en el periodo posparto.....	60
6.3 Hallazgos de la identificación en la sentencia los argumentados jurídicos del consejero de estado para condenar bajo el título de imputación objetiva y referencias de otros argumentos que fundamentan la alternativa de juzgar los casos de endometritis puerperal bajo el título de imputación de falla del servicio médico.....	64
6.3.1 identificación en la sentencia de los argumentados jurídicos del consejero de estado para condenar el caso bajo el título de imputación objetiva.....	64
6.3.2 Argumentos que fundamentan la alternativa de juzgar los casos de endometritis puerperal bajo el título de imputación de falla del servicio médico.	68
7. DISCUSION.....	71
8. CONCLUSIONES.....	74
9. RECOMENDACIONES.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	79

LISTA DE CUADROS DE RESULTADOS

Cuadro 1. Registro de atenciones contenidas en la sentencia	48
Cuadro 2 Registro comparado entre atención esperada y recibida preparto.....	52
Cuadro 3 Registro comparado entre atención esperada y recibida en el parto	56
Cuadro 4 Registro comparado entre atención esperada y recibida en el puerperio	60

INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2013, la opinión nacional con intereses en temas médico-jurídicos(1) prende las alarmas cuando el Consejo de Estado condena a una entidad hospitalaria en un caso de un menor que sufre una infección hospitalaria, hoy denominada Infección Adquirida en la Atención en Salud IAAS(2), bajo el título de imputación objetiva, descartando categóricamente la posibilidad de considerar el caso bajo el régimen de falla del servicio, título bajo el cual regularmente las autoridades administrativas juzgan la responsabilidad por actividad médica hospitalaria.

Así mismo, esta preocupación se hizo extensiva a los casos de IAAS obstétrica, eventos con alta frecuencia y de gran magnitud, considerados de interés en salud pública, que se presentan en la mayoría de las entidades hospitalarias y que al juzgarse siempre este tipo de patologías bajo el régimen de responsabilidad objetiva como es la tendencia actual, lo cual ha permitido que se genere un detrimento económico para las entidades de salud, razones que motivaron la puesta en marcha de la presente investigación, la cual se basa en el análisis de una sentencia de una gestante, quien después de una cesárea presenta una endometritis IAAS, en la que se condena al Estado Colombiano bajo el título de imputación objetiva(3),

Teniendo en cuenta lo enunciado y con el propósito de dar claridad al contexto en el que se desarrolla la investigación, es importante aclarar los conceptos de los regímenes jurídicos antes mencionados, el primero de ellos denominado falla en el servicio médico, la cual es una figura jurídica reconocida por la omisión de los medios diagnósticos o de tratamiento aconsejados por los protocolos, normas y guías médicas, pero además por no prever los efectos indeseados del tratamiento siendo estos previsibles, igualmente por no hacer seguimiento adecuado a la evolución de la enfermedad y todas aquellas acciones que evidencien que el servicio se prestó de manera diferente a lo aconsejado por la *lex artis*(4), que admite

durante el juzgamiento, la presentación de argumentos técnicos y científicos de buena praxis, buscando eximir o atenuar la responsabilidad médica.

Por el contrario, el título de imputación objetiva, tiene el inconveniente de no admitir argumentaciones de defensa basada en la demostración de la buena praxis, puesto que le asigna de facto la responsabilidad con base en jurisprudencias precedentes y solo considera como causas exonerativas de la misma, a la fuerza mayor, el caso fortuito, el hecho del tercero y el hecho de la víctima(5) .

En vista de la tensión jurídica generada entre tratar las IAAS obstétricas como casos de responsabilidad objetiva o falla en el servicio médico, se planteó como interés de la presente investigación, explorar las razones médicas y jurídicas que fundamentaron la condena al Estado Colombiano bajo el régimen de responsabilidad objetiva en un caso de endometritis puerperal, así mismo, identificar conceptos jurídicos que permiten considerar la alternativa de juzgar los casos de IAAS obstétricas, bajo el régimen de falla del servicio médico.

Para la evaluación de dicha sentencia, se definieron los siguientes momentos; inicialmente se identificaron los registros de las atenciones médicas presentados por la defensa, en segundo lugar se realizó un análisis de las falencias identificadas por el Consejo de Estado como aspectos suficientes para fallar este evento bajo el régimen de responsabilidad objetiva usando como criterio una guía propuesta por el investigador denominada: Criterios de Evaluación Materna para Riesgos de Endometritis Puerperal. Seguidamente, se identificaron los conceptos jurídicos emanados por el Consejero de Estado que permitieron el fallo condenatorio, bajo el título de imputación objetiva y finalmente, se plantearon otros argumentos jurídicos que fundamentan la alternativa de juzgar las IAAS, bajo el título de imputación de falla del servicio médico. Según lo mencionado, esta investigación es presentada como punta de lanza que permita a futuro modificar la tendencia actual a favor de considerar el régimen de falla en el servicio médico, siempre que se vaya juzgar los

casos de infección obstétrica, los cuales son prevenibles pero no imposibles de evitar en algunos casos, dada la complejidad y diversidad de factores de riesgo materno que influyen en la ocurrencia de la complicación infecciosa obstétrica, superando los preceptos que rigen la responsabilidad objetiva, la cual no considera los riesgos biológicos, psicosociales y del medio hospitalario en los periodos preparto, parto y postparto que pueden favorecer su aparición.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación se fundamenta en la revisión de la sentencia 25000-23-26-000-1995-11369-01 de 2014 (2), un caso de endometritis puerperal IAAS, para lo cual se identificó en los registros clínicos las falencias en la atención médica que pudieron llevar a la condena, basado en la comparación de la atención recibida con la esperada de acuerdo a la guía Criterios de Evaluación Materna del Riesgo para Endometritis Puerperal, identificando además los fundamentos jurídicos para condenar bajo el título de responsabilidad objetiva y conceptos que fundamentan como alternativa la imputación de este tipo de casos como falla del servicio médico.

Así mismo, resulta relevante el análisis médico-jurídico de la sentencia en mención, dado que cuando se condena un caso de endometritis puerperal IAAS, bajo el título de imputación de responsabilidad objetiva, implica una amenaza para la estabilidad económica de las estructuras hospitalarias del estado y para el personal involucrado en la atención, dadas las pocas oportunidades de exonerar la responsabilidad bajo este tipo de régimen, el cual, no admite esgrimir como defensa los múltiples riesgos maternos(6) y riesgos propios de la atención médica que incluyen los eventos adversos no prevenibles(7), factores que pueden influir en la aparición de una IAAS postparto, peor aún, cuando no existe suficiente demostración por parte de la defensa de la complejidad en la evolución de esta patología, como ocurrió en la sentencia analizada y se evidencio en los resultados de la presente investigación.

A partir de una revisión bibliográfica exhaustiva, se evidenció un vacío de conocimiento en la unificación de factores maternos de riesgo para endometritis puerperal en el contexto de un análisis médico-jurídico, referentes que en potencia podría ser la base para evaluar judicialmente la calidad de la atención materna en casos similares, dado que una oportuna identificación de los factores de riesgo materno y su adecuado manejo, se prevendría este tipo de complicaciones obstétricas, condicionadas por las circunstancias de modo, tiempo y lugar, propias de cada entidad hospitalaria.

La presente investigación analiza un fallo judicial que condena a una entidad pública hospitalaria según la sentencia referida, escapando del alcance de la misma, la discusión de la juridicidad, justicia y conveniencia económica para el estado de la decisión.

Igualmente y como aporte al sistema médico colombiano, esta investigación propone la implementación de una guía específica de Criterios de Evaluación de Riesgos Maternos para Infección Puerperal, para que sea usada por las entidades que la apliquen, como un referente de buena praxis en futuras defensas jurídicas de las entidades hospitalarias en este tipo de casos, argumentando jurídicamente la demostración del manejo diligente de estas condiciones de riesgo, la guía además, ilustrará a los jueces de conocimiento, acerca de la complejidad en la etiología y manejo de la endometritis IAAS.

El valor agregado de esta investigación, es ilustrar a la comunidad jurídica acerca de la importancia de entender que en los procesos legales por responsabilidad médica, no se convence al juez de la calidad de la atención con la simple transcripción de los registros clínicos, al contrario, es imprescindible agotar todos los argumentos técnicos y científicos disponibles, que permitan ilustrar al ente jurídico calificador, acerca de la complejidad de la evolución y manejo de las IAAS obstétricas, lo cual fue evidenciado por la comunidad científica reunida en Perú (2006) en el Simposio de Prevención y Manejo de la Infección Puerperal, en el cual se mencionó, que a pesar del progreso en los conocimientos obstétricos, el reconocimiento de los factores de riesgo y del uso de potentes antibióticos, este tipo de infección sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad obstétrica, causando el 15% de las muertes maternas a nivel mundial y con una incidencia de complicaciones infecciosas post parto de 0,9 a 3,9% y post cesárea mayor al 10%" (8).

En consecuencia y como cimientto de la presente investigación, se cuestiona acerca de cuáles fueron las falencias en los argumentos médicos que influyeron en la

condena al estado, en un caso de endometritis postparto IAAS, según sentencia 25000-23-26-000-1995-11369-01(27771) de 2014.

2. JUSTIFICACIÓN

Dada la pasividad histórica del Estado Colombiano al momento de defenderse jurídicamente en los procesos administrativos, resulta preocupante para los actores del sector de la salud, ver como esta actitud permitirá que se implemente a futuro una doctrina jurídica bajo el régimen de responsabilidad objetiva en todos los casos de IAAS obstétricas, motivo por el cual resulta oportuno cualquier intento de contribuir a esa defensa, como es posible evidenciar en la presente investigación por medio de la guía propuesta, la cual aplicada de forma oportuna durante la atención a la gestante, no solo disminuirá la influencia de dichos riesgos, sino que servirá de prueba pericial para argumentar la buena praxis en este tipo de demandas, que además permita evidenciar ante los jueces la complejidad en la ocurrencia de la infección obstétrica y la imposibilidad de evitarla en forma absoluta.

En segundo lugar y conocidas las diferencias entre los regímenes objetivos y de falla del servicio, resulta motivador cualquier esfuerzo por imponer la posibilidad de ser juzgados bajo el régimen de falla del servicio, todos los casos de infección obstétrica, más cuando se presenta una disyuntiva que debe afrontar el personal de salud encargado de este tipo de pacientes, el cual confronta dos posibilidades, la primera, atender a la paciente asumiendo el riesgo que presente una infección nosocomial, seguida de una demanda bajo el régimen de responsabilidad objetiva y la segunda, esgrimir razones personales o médicas para evitar la atención y con esto exponerse a esta situación jurídica, con un detrimento en la cobertura de atención de esta población.

Finalmente, resulta preocupante para las entidades hospitalarias y su personal de salud, encontrar que a pesar del interés general del Estado Colombiano por defenderse en procesos jurídicos entablados en su contra, publica documentos generales, tales como, la “Guía para la generación de política de prevención del daño antijurídico” de la Agencia Nacional de Defensa-Jurídica del Estado(9), en la

cual propone un listado de recomendaciones para la formulación de política de prevención del daño antijurídico pero no se postulan acciones específicas para la defensa en casos de demandas por responsabilidad médica, menos aún en casos de IAAS obstétricas, por lo que resulta pertinente la presente investigación, buscando así con sus hallazgos, modificar la tendencia de calificar las IAAS obstétricas del régimen objetivo hacia el régimen de falla del servicio médico.

3. MARCOS DE REFERENCIA

3.1. MARCO CONCEPTUAL:

A objeto de ambientar la interpretación, resultados y conclusiones de la presente investigación en forma clara y precisa, se agrupan las definiciones requeridas para el desarrollado del tema así,

3.1.1 Nociones relacionadas con la pregunta de investigación:

La misma cuestiona acerca de cuáles fueron las falencias en los argumentos médicos que influyeron en la condena al estado, en un caso de endometritis postparto IAAS, requiriéndose definir los siguientes conceptos:

- Endometritis puerperal: considera una de las tres complicaciones infecciosas del postparto, incluyendo también la infección de la herida de cesárea y de la infección de la episiotomía, la cual ocurre en alrededor del 5 % de los partos vaginales y en el 10 % de los partos por cesárea, esta patología se define como una infección de la capa mucosa del útero, la cual puede extenderse al miometrio e inclusive comprometer los órganos accesorios, estando asociada a condiciones del pre o del parto ya sea vaginal o por cesárea (10).
- Infección adquirida en la atención en salud (IAAS): según la organización Mundial de la Salud (OMS) en su artículo denominado “Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria”, las define como aquellas infecciones que son contraídas por el paciente durante el tratamiento en un centro sanitario, con la condición que dicho paciente al momento de ingresar no tenía ni estaba incubando la infección diagnosticada, calificándola además la OMS como un evento adverso (2), e incluye como infección puerperal, las que se presente en los 30 días después del parto.

3.1.2 Nociones relacionadas con el primer dominio de investigación:

Para responder a este primer objetivo de identificar en la sentencia los hechos médicos argumentados en la defensa a partir de los cuales se fundamentó la condena al estado, se plantean tres periodos, de los cuales se recogerá la información, definiéndose cada periodo así:

- Atención médica preparto: hace referencia a la atención brindada a la gestante desde que se diagnostica el embarazo clínicamente, con pruebas de laboratorios o imágenes el estado hasta que se registre clínicamente el inicio de trabajo de parto.
- Atención médica durante el parto: hace referencia a la atención brindada a partir del momento en que aparecen las contracciones uterinas regulares, con aumento de su intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.
- Atención médica durante el periodo puerperal: hace referencia a la atención que recibe la paciente desde que finaliza el parto con la expulsión del feto y alumbramiento de la placenta, hasta 30 días después.
- Endometritis postparto: se considera la endometritis puerperal una infección nosocomial a menos que la paciente sea admitida después de 48h del diagnóstico de ruptura de membranas o se tenga la certeza al momento del ingreso de la presencia de infección del líquido amniótico. Según el artículo “Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto” (11), basa el diagnóstico en la presencia de fiebre sin una causa aparente, confirmándose el diagnóstico con la presencia de dolor uterino, loquios purulentos o de olor fétido y niveles altos de leucocitos. Como *referente*, la Comisión Conjunta de Bienestar Materno de Estados Unidos

(US Joint Commission on Maternal Welfare), propone una definición estandarizada que incluye la presencia de fiebre con temperatura de 38 °C o superior en dos de los diez primeros días postparto, o de 38.7 °C o superior durante las primeras 24 horas después del parto. Adicionalmente plantea una clasificación según el momento de aparición de la enfermedad: calificándose de aparición temprana cuando se presenta dentro de las 48 horas postparto y de aparición tardía cuando ocurre hasta seis semanas después del parto. De su frecuencia se estima que la endometritis se diagnostica entre el 1% y el 3% de los partos vaginales, siendo hasta diez veces más frecuente en partos por cesárea.

3.1.3 Nociones relacionadas con el segundo dominio de investigación:

Para responder al segundo objetivo de realizar un análisis de los aspectos médicos presentados por la entidad hospitalaria como argumentos de defensa, se hará operativo el proceso a partir de la comparación de los datos de atención médica recibida por la paciente con la esperada, a través de la guía CRITERIOS DE EVALUACIÓN MATERNA DEL RIESGO PARA ENDOMETRITIS PUERPERAL, la cual a su vez contiene tres grupos generales de criterios denominados Criterios biológicos, sicosociales y del medio hospitalario y estos a su vez contiene unas variables denominadas factores de riesgo, haciéndose necesaria la definición de cada una de ellas así:

Conceptos relacionados con los Criterios Biológicos de la evaluación del riesgo para endometritis puerperal:

- No uso de técnica aséptica en la atención del parto: es considerado un riesgo el no uso de técnicas asépticas en el medio quirúrgico o en sala de partos, ya sea por falta de normas de seguridad para la atención de la paciente relacionadas con el lavado de manos, uso de guantes no estériles, uso de

campos y material quirúrgico no estéril o por falta de un adecuado programa de supervisión del cumplimiento de las técnicas de asepsia para la atención del parto por cesárea o vaginal.

- Atención del parto por cesárea: es considerada un riesgo mayor si no se programa en forma electiva, el uso de anestesia general aumenta el riesgo al igual que la alteración de la técnica quirúrgica, requiriéndose por norma incluir antibióticos profilácticos. La cesárea es el factor de riesgo más importante tanto en frecuencia como en severidad para sufrir infección puerperal; comparado con pacientes en quienes ha ocurrido parto vaginal, el riesgo se ha visto aumentado hasta treinta veces y según la población estudiada puede ocurrir hasta en el 51 % de los casos, asociada su aparición con la manipulación intrauterina, necrosis de los tejidos, la presencia de hematomas y el tipo de material de sutura empleado. En una cesárea el riesgo de bacteriemia, abscesos, evisceraciones y la complicación de trombosis séptica pélvica también se ve aumentada, siendo el uso de antibióticos profilácticos un factor que reduce la frecuencia de aparición de endometritis post-cesárea, particularmente cuando la paciente ha presentado ruptura de membranas o tiene el antecedente de prolongación del trabajo de parto.
- Ruptura prematura de membranas prolongada (RPM). (con periodo mayor a 6 horas): Múltiples estudios dan cuenta de la íntima relación entre la RPM y la aparición de la infección puerperal, así como del riesgo aumentado cuando el parto ocurre por vía cesárea.

Al respecto, un estudio multicentrico internacional, que evaluó factores predictores para corioamnionitis (12), concluye que factores como un aumento en los tactos vaginales, la mayor duración del parto y la presencia de Líquido maconeado, se convirtieron en las condiciones de más relevantes para el desarrollo de corioamnionitis, cuando las pacientes presentaban ruptura

prematura de membranas y en particular para el desarrollo de infección puerperal lo era la corioamnionitis, el aumento de la duración del trabajo de parto y la terminación del parto por cesárea.

Igualmente el artículo “Riesgo de endometritis posparto asociado a vaginitis/vaginosis tratada” reconoce que la ruptura de membranas favorece la invasión bacteriana, las cuales se fijan a la decidua necrótica, los coágulos y al sitio de implantación de la placenta, provocando al final la endometritis(13).

- Vaginitis bacteriana: Según el estudio denominado “Los predictores clínicos de endometritis en mujeres con síntomas y signos de enfermedad inflamatoria pélvica” publica como dentro de los criterios clínicos de apoyo, el hallazgo más asociado con la presencia de endometritis fue la presencia de Chlamydia trachomatis o la Neisseria gonorrhoeae, como agentes etiológicos (14), identificándose además que la vaginitis/vaginosis puede incrementar el riesgo hasta 15 veces en la incidencia de Endometritis Posparto, según la población en estudio, de acuerdo al artículo “Riesgo de endometritis posparto asociado a vaginitis/vaginosis tratada (13).
- Aumento en el número de tactos vaginales: como norma, se ha definido que el tacto vaginal debe hacerse previo lavado técnico de manos, usando guantes estériles y verificando que el personal sanitario no tenga lesiones traumáticas o infecciosas en las manos y aunque es difícil cuantificar el número exacto de exploraciones vaginales que se consideran aumenta la incidencia sobre la aparición de la infección, se ha postulado que cuando excede de cinco, aumenta el riesgo de manera directa; ya con anterioridad el autor Gibbs desde hace dos décadas años lo determinó como un factor de riesgo definitivo (15).

- Trabajo de parto prolongado (más de 8 horas): esta situación se relaciona con más tactos vaginales, distocia de la presentación del feto y mayor probabilidad de cesárea o instrumentación del parto.
- Parto instrumentado: el cual se asocia con invasión de la vía genital y trauma de la misma, además de ser el medio potencial para la llegada de microorganismo a esta área.
- Uso de monitorización fetal interna: aumenta el riesgo de trauma y colonización bacteriana.
- Inadecuado uso de profilaxis antibiótica pre-cesárea: La formulación de los distintos regímenes antibióticos se indican de acuerdo a los análisis de efectividad en cada medio hospitalario, quedando claramente definido este esquema de uso en la terminación del parto por cesárea.
- Presencia de anemia: la cual se evidencia a partir de valores de Hematocrito menores a 30%). Para este riesgo se toma como referente el artículo denominado “Endometritis Puerperal. Incidencia y Factores de Riesgo” el cual describe la anemia como factor coadyuvante en la aparición de la complicación infecciosa puerperal, lo cual se explicaría por la producción de una disminución en el aporte de oxígeno al tejido, lo que coincide fisiopatológicamente con la disminución de los mecanismos de defensa de la paciente, en el trabajo reportado se encontró que la anemia duplicaba el riesgo de presentar la infección del endometrio, en cualquiera de las maneras de terminar el parto, es decir por ya sea el parto por vía vaginal o por cesárea. (16),

- Trauma materno de tejidos blandos perineales: se relaciona con la producción de desgarros y hematomas que aumentan la fragilidad de los tejidos y aumenta el riesgo de infección de los mismos como foco primario para la migración a endometrio.
- Corta edad materna: (menor de 21 años): En el artículo “Endometritis post-cesárea: factores de riesgo”, describe que mediante análisis estadísticos se encontró a la edad materna menor de 21 años y el hematocrito 30% dentro de los factores de riesgo para esta patología. (17)
- Presencia de obesidad: esta condición se establece a partir de la medición del índice de masa corporal (IMC), el cual se convierte en riesgo cuando es mayor de 30. EL artículo denominado “Resultados obstétricos asociados al incremento del índice de masa corporal durante el embarazo en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile”, concluye que el incremento en la categoría de IMC se asocia a un aumento del riesgo de complicaciones obstétricas, pero respecto a la obesidad describe dentro de sus resultados publica que las pacientes obesas presentan mayor riesgo de infección posparto (18) .
- Presencia de líquido amniótico teñido de meconio (LATM): El artículo denominado “Líquido amniótico teñido por meconio y riesgo de infección en el neonato. ¿Estaría indicada la profilaxis antibiótica materna o neonatal?” destaca como la presencia de líquido amniótico mencionado intraparto es un factor de riesgo para la invasión microbiana hacia la cavidad amniótica, aumentando la probabilidad de desarrollar una corioamnionitis, siendo el riesgo ostensiblemente mayor que en las pacientes con líquido amniótico claro, conduciendo la corioamnionitis no diagnosticada clínicamente o peor

sin tratamiento en una condición predisponente que puede conducir a la aparición de una endo-miometritis puerperal, aumentando los costos y duración de la estancia hospitalaria. Establece el documento como se aumenta hasta dos veces y medio más el riesgo de desarrollar endometritis post-cesárea, reconociéndose también una relación significativa entre la presencia de líquido mencionado y la aparición de la infección puerperal en los partos que llegaron a término, estableciéndose además una relación entre la tasa de infección y el grado de tinción del líquido mencionado, de manera que a mayor viscosidad del meconio, más alta la aparición de la complicación infecciosa (19).

- Presencia de preeclampsia: En el artículo “Endometritis Puerperal. Incidencia y Factores de Riesgo” se describe de esta condición puede ser considerada como factor de riesgo intercurrente, ya que las condiciones de salud materna están alteradas, incluyendo alteraciones inmunitarias, encontrándose en pacientes con pre-eclampsia más partos pre-términos, presentándose con mayor frecuencia en madres multíparas y gran multíparas, concluyendo explícitamente que la presencia de pre-eclampsia se relacionó estadísticamente con la presencia de endometritis posparto (16).

Conceptos relacionados con los criterios psicosociales de la evaluación del riesgo para endometritis puerperal:

- Baja calidad de los controles prenatales: Como condición de buena calidad se exige que sea realizado por profesional en medicina general o enfermería capacitado en cuidado materno infantil, teniendo en cuenta que un programa de control prenatal con un número reducido de citas se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal.

- Falta de valoración del ginecoobstetra: se realiza en la semana 28-30 y semana 34-36 para valoración del riesgo.
- Disminución en la frecuencia de controles prenatales: si se inician en el primer trimestre, en mujer nulípara con embarazo de curso normal se programan 10 citas. si se inician en el primer trimestre en mujer multípara con embarazo de curso normal se programan 7 citas.
- Gestión inadecuada de la historia clínica de control prenatal: esta debe contener registros estructurados bajos los criterios particulares de la maternidad
- Bajo estatus socio económico: muchos reportes indican que las pacientes de estratos socioeconómicos bajos tienen mayor índice de infección puerperal que las de estratos más altos, especialmente cuando concurren otros factores de riesgo como la ruptura prematura de membranas y la cesárea; esto podría explicarse por las diferencias en la flora, la higiene, la nutrición y la inhibición bacteriana del líquido amniótico.

Conceptos relacionados con los criterios del medio hospitalario de la evaluación del riesgo para endometritis puerperal:

- Recursos inadecuados para la prestación del servicio: Debe Incluir la atención con el talento humano y los recursos técnicos institucionales, apropiados para esta contingencia, los cuales se regirán por el uso de técnicas asépticas en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto.

- Funcionamiento inadecuado de los sistemas de referencia y contra referencia: Esta variable asegura un adecuado control de las situaciones de riesgo cuando así se determine, reduciendo el impacto de aquellos factores cuando influyan en la aparición de la endometritis puerperal.

3.1.4 Nociones relacionadas con el tercer dominio de investigación:

Para la identificación de los aspectos jurídicos considerados en la sentencia por el consejo de estado para juzgar este caso bajo el régimen de responsabilidad objetiva y de otros conceptos que fundamentan la posibilidad de considerar la responsabilidad médica en endometritis IAAS bajo otra opción de régimen denominado falla del servicio, se hace imprescindible definir los siguientes términos:

- Concepto jurídico: hace referencia a las argumentaciones, los discursos o las retóricas razonados que pretenden justificar determinada acción o excepción dentro del proceso en curso, tomando como base los preceptos legales establecidos en cualquier tipo de legislación, ya sea civil, penal, laboral, administrativa, fiscal y demás.
- Imputación: el termino como componente de los elementos jurídicos que fundamenta la imputación objetiva, es reconocido como el acto de vincular un resultado a quien no necesariamente lo ha causado, lo cual es el fondo de la responsabilidad objetiva como lo plantea el consejero de estado en su decisión.

3.2 MARCO JURIDICO

El fondo de las consideraciones legales de la presente investigación, rondan alrededor de dos figuras jurídicas, la primera denominada Título de imputación objetiva y la segunda Título de imputación falla del servicio médico, la primera corresponde a la fundamentación con la que se asignó la responsabilidad del estado en la sentencia en análisis por parte del consejero investigador y la segunda corresponde al criterio que regularmente se aplica para indilgar la responsabilidad, en casos de investigaciones por daño en la salud cuando el causante hipotético es una entidad hospitalaria del estado.

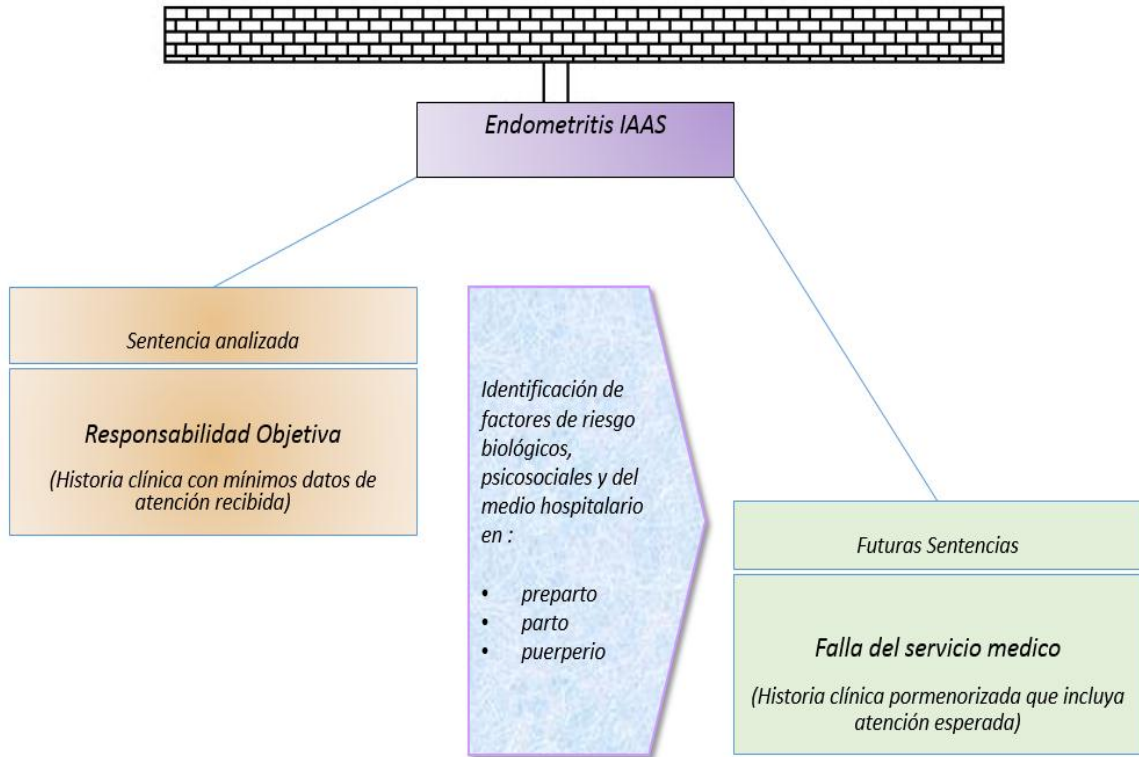
En este sentido, el título de imputación objetiva, es explicado jurídicamente en una tesis denominada El daño antijurídico y la responsabilidad extracontractual del estado colombiano, en los siguientes términos:

“...Al contrario de lo que sucede con la teoría clásica de la culpa, los expositores de la teoría de la responsabilidad objetiva o teoría del riesgo como también se le conoce, afirman que el fundamento de la responsabilidad se encuentra en el hecho que produjo el resultado dañoso, sin importar si este fue cometido con culpa o dolo. Lo relevante para establecer una responsabilidad es la presencia del daño y la relación de causalidad entre el hecho o acción ejercida y el daño. No es necesario analizar si quien realizó la acción lo hizo de una forma dolosa o negligente. De ese estudio NO depende que se indemnice o no el perjuicio. Para indemnizar el perjuicio solo basta con demostrar la realización de una acción o la omisión y el nexo de causalidad entre ese actuar o esa omisión y el daño”. (20).

Respecto a la segunda figura denominada Título de imputación con falla del servicio médico, la cual es considerada en este estudio como la apropiada para investigar, las complicaciones de IAAS por intervenciones obstétricas, en un concepto de la Procuraduría General de la Nación y como parte de una relatoría de responsabilidad médica por tratamiento inadecuado el cual produjo la muerte del paciente, se refiere

la procuraduría a esta figura en los siguientes términos: “...*La anterior tendencia, fue sustituida por la que se denominó régimen de falla presunta, bajo el cual, bastaba la demostración del daño y del nexo causal, para que se configurara la responsabilidad de la administración; la que solo podía exonerarse demostrando, a su vez, que actuó con entera diligencia; más adelante, esta última orientación se convirtió en la teoría de la inversión de la carga probatoria, la cual, colocó en cabeza de los profesionales de la medicina y de los establecimientos que brindan atención médica, el deber de demostrar los procedimientos aplicados y su idoneidad, dado su alto contenido técnico y científico, los cuales, por su especialidad y complejidad, resultarían muy difíciles de probar para los demandantes*”, la cual ilustra la posibilidad ser juzgada la responsabilidad médica dentro del título de imputación de falla del servicio.

3.3 MARCO DE TRABAJO



Tensiones jurídicas por el título de imputación en infección obstétrica

La presente investigación cuestiona acerca de cuáles son las falencias en los argumentos médicos que influyeron en la condena al estado, en un caso de endometritis postparto en el contexto de una infección nosocomial actualmente definidas como Infecciones Adquiridas en la Atención en Salud (IAAS), según sentencia 25000-23-26-000-1995-11369-01(27771) de 2014 fallada por el Consejo de Estado Colombiano, sin encontrarse en la sentencia referida aspectos médicos sustanciales que eximan la responsabilidad indilgada, ni datos que indiquen un interés del demandado por descartar condiciones maternas que pudieron influir en la aparición de esta infección puerperal, condiciones que de haber sido argumentadas oportunamente, podrían haber evidenciado factores de riesgo que

expliquen la aparición de esta complicación y que en su momento habrían facilitado la defensa.

En vista de esa situación, se hace necesario demostrar a los jueces en casos como este, la compleja variedad de factores relacionados con del embarazo que influyen en la ocurrencia de la endometritis puerperal y además la dificultad de lograr de forma operativa las condiciones de esterilidad en la atención del parto, que aseguren en forma absoluta la no ocurrencia de infecciones en el puerperio, dado que todo este marco de asistencia hospitalaria se da en sistemas de atención abiertos, imposibles de controlar en forma absoluta por los operadores de salud.

Respecto a la ocurrencia de la IAAS como evento prevenible pero no inevitable desde el punto de vista médico, en un documento de la Organización Mundial de la Salud (2) se reporta que las mismas se presentan en todos los países independientes de su nivel de desarrollo. Estas infecciones adquiridas en la atención de salud se encuentran entre las principales causas de morbilidad en pacientes hospitalizados. Se convierten en una pesada carga para la paciente y para la estructura de salud pública. En estudio publicado por la OMS y realizado en Europa, Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, con 55 hospitales, se determinó la prevalencia de la enfermedad, evidenciándose un promedio de 8,7% de los pacientes manejados intrahospitalariamente presentaba infecciones adquiridas en la atención, siendo reportada su ocurrencia aún en centros médicos de alta desarrollo tecnológico en U.S.A., donde la frecuencia se ha reportado hasta en el 4% de las atenciones RB.

De acuerdo a lo planteado anteriormente y a fin de cumplir con el objetivo del estudio el cual buscó identificar las falencias de los argumentos médicos que influyeron en la condena al estado y los fundamentos jurídicos relacionados con la decisión, en el caso de infección nosocomial materna postparto según sentencia 25000-23-26-000-

1995-11369-01(27771) de 2014, se desarrollaron tres dominios del modelo de trabajo así:

3.2.1 Primer dominio: Identificación en la sentencia de las atenciones médicas argumentadas por la defensa. En este sentido se consideró que estas atenciones fueron las únicas pruebas aportadas al proceso, haciéndose operativa la identificación de las mismas a través de la transcripción de los registros médicos encontrados en la sentencia de las atenciones recibidas en los siguientes periodos:

- Información de la atención médica preparto
- Información de la atención médica durante el parto
- Información de la atención médica durante el periodo puerperal

3.2.2. Segundo dominio: Análisis de la calidad de las atenciones médicas presentados por la entidad hospitalaria. Para este fin, se comparó la atención recibida con la esperada que permitió identificar las falencias del servicio, con base en la guía propuesta por el investigador denominada Criterios de evaluación materna del riesgo para endometritis puerperal, considerando que la detección oportuna de los factores de riesgo se constituyen en una evidencia medica que soporta el beneficio, se convierten así estas acciones en condiciones protectoras que permiten minimizar la ocurrencia de la infección, resultando por defecto la no detección y/o el no manejo de factores de riesgo en potenciales condiciones asociadas a su aparición.

La guía denominada Criterios de evaluación materna del riesgo para endometritis puerperal, presenta una lista orientadora básica y no exhaustiva de recomendaciones basadas en la evidencia médica para la detección temprana de las condiciones del embarazo, parto y puerperio que puedan relacionarse con la ocurrencia de la endometritis puerperal, a fin de prevenir razonablemente su aparición, lo cual se logra con la identificación y manejo oportuna de los factores de

riesgo y el cumplimiento de las obligaciones de seguridad, quedando un mínimo de causales aleatorias incontrolables de la infección como lo es el logro de la esterilidad absoluta del medio hospitalario.

Los fundamentos para la estructuración de esta guía, resulta del compendio de la información basada en la evidencia que al respecto publican los siguientes referentes técnicos o científicos:

- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en el Puerperio, documento de la Organización Panamericana de la Salud (21), el cuál es el quinto de una serie de documento publicados por la OPS, como parte de su labor de perfeccionar los sistemas de vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) en su área de influencia, tanto de los servicios de salud como de los laboratorios.
- Guía de Atención del Parto, del programa de guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, el cual es un documento publicado por del Ministerio de la Protección Social de Colombia(22) dentro del paquete de Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, de las cuales se indica que integran la evidencia científica internacional, los conocimientos y habilidades clínicas y la experiencia en gestión de servicios de salud de entidades del sector de la protección social para proporcionar herramientas que contribuyan al mejoramiento de la salud en la población colombiana. Esta Guía hace parte de un paquete de 23, presentado como objetivo formular recomendaciones basadas en la evidencia para la ejecución de importantes actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades prioritarias, en concordancia con la resolución 412 de 2000.

- Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio; el cual es un documento publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia(23); presentando dentro de sus objetivos el de desarrollar de manera sistemática recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio, lo anterior para optimizar la calidad de la atención obstétrica, mejorar la salud materno-fetal y reducir la morbimortalidad materno-perinatal.
- Definiciones de Infecciones Intrahospitalarias, Microorganismos más Frecuentemente Identificados y Medidas de Prevención; documento publicado por la Secretaria de Salud de Bogotá y preparado por la Asociación Colombiana de Infectología(24), el cual aborda específicamente las Infecciones de torrente sanguíneo, las Infecciones asociadas a catéter, la Infección del sitio operatorio, Neumonía nosocomial y para el interés de esta investigación la Endometritis, de la cual describe su definición, etiología, establece además su etiología, prevención y define criterios para su diagnóstico, terminado con la propuesta de tratamiento, algunas consideraciones de costo y estrategias para su prevención
- Guía de Sepsis en Obstetricia; documento publicado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogota(25), el cual se propone como una guía de diagnóstico y manejo de sepsis en ginecología y obstetricia, la cual está dirigida para ser implementada en el manejo de todos las pacientes que consulten a los diferentes centros asistenciales públicos y privados de la ciudad de Bogotá, describiéndose para el interés de la investigación la epidemiología microbiología y el manejo de esta complicación.

Con base en estos referentes, la guía propuesta quedará estructurada en forma de lista de chequeo, la cual será utilizada para verificar si se identificó y/o manejó los factores de riesgo agrupados en tres categorías denominadas Criterios Biológicos, Criterios Psicosociales y Criterios del Medio Hospitalario, los cuales a su vez contendrá unas variables denominadas factores de riesgo, los cuales se clasifican así:

Criterios biológicos de la evaluación del riesgo para endometritis puerperal:

1. No uso de técnica aséptica en la atención del parto
2. Atención del Parto por cesárea
3. Ruptura prematura de membranas prolongada (mayor de 6 horas)
4. Vaginitis bacteriana
5. Mayor número de tactos vaginales (máximo 5)
6. Trabajo de parto prolongado (más de 8 horas)
7. Parto instrumentado
8. Uso de monitorización fetal interna
9. Inadecuado uso de profilaxis antibiótica en parto por cesárea
10. Presencia Anemia (Hematocrito menor a 30%)
11. Trauma materno de tejidos blandos perineales (desgarros-hematomas)
12. Escasa edad materna (menor de 21 años)
13. Presencia de obesidad (índice de masa corporal mayor de 30)
14. Presencia de Líquido amniótico meconiado
15. Presencia de Preeclampsia

Criterios psicosociales de la evaluación del riesgo para endometritis puerperal

1. Calidad inadecuada de los controles prenatales
2. No valoración del Ginecoobstetra
3. Disminución en la Frecuencia de controles prenatales
4. Gestión inadecuada de historia clínica de control prenatal
5. Bajo estatus socio económico

Criterios del medio hospitalario de la evaluación del riesgo para endometritis puerperal

1. Recursos inadecuados para la prestación del servicio
2. Funcionamiento inadecuado de los sistemas de referencia y contra referencia

3.2.3 Tercer dominio: Identificación de los aspectos jurídicos considerados en la sentencia por el consejo de estado para juzgar este caso bajo el régimen de responsabilidad objetiva y de otros conceptos que fundamentan la posibilidad de considerar la responsabilidad médica en endometritis IAAS bajo otro régimen opcional denominado falla del servicio descartado en sentencia. Como característica diferencial, la falla del servicio si admite dentro de las pruebas periciales la demostración de diligencia, oportunidad y pertinencia en la atención médica como indicadores de buena praxis, como atenuantes de la responsabilidad y en el mejor de los casos se convierten en eximentes de la responsabilidad.

Para el desarrollo de este dominio, se fijan dos variables en el proceso de identificación de los conceptos enunciados, las cuales se definen así:

- Fundamentos jurídicos considerados en la sentencia para la toma de la decisión de juzgar el caso de endometritis puerperal bajo el régimen de responsabilidad objetiva.

Esta variable incluye el registro de la argumentaciones planteadas por el Consejero de Estado que conoció el caso y justificaron el fallo bajo el régimen de responsabilidad objetiva, para lo cual se hará la transcripción literal de las consideraciones del magistrado, dado el interés único de conocer las razones legales de la decisión, desligando otros posibles intereses conceptuales como la determinación de la juridicidad,

conveniencia para el estado y justicia de la condena, dada la no formación jurídica del investigador.

- Fundamentos jurídicos que admiten la posibilidad de considerar la responsabilidad médica en endometritis IAAS bajo un régimen opcional denominado falla del servicio.

Esta variable incluye el registro de la argumentaciones planteadas por juristas respecto a la posibilidad de considerar la endometritis puerperal como una condición que admite el juzgamiento bajo el régimen de falla presunta en el servicio médico, para lo cual se hará la transcripción literal de algunas opiniones halladas, dado el interés único de conocer otras miradas del régimen aplicable a esto tipo de casos, desligando otros posibles intereses conceptuales de discusión, dada la no formación jurídica del investigador.

3.4 ESTADO DEL ARTE

La ocurrencia de infección post-parto nosocomial está ampliamente referenciado a nivel mundial, pero como indicador de la realidad nacional en Colombia, se cuenta con un amplio estudio de su ocurrencia en un representante importante de la atención obstétrica en Colombia como lo es el Instituto Materno Infantil de Bogotá, en el cual se realizó un estudio (26) definiendo los autores como propósito del trabajo, describir los hallazgos del tamizaje de eventos adversos en la atención de su población materna y su relación con la ocurrencia de morbimortalidad en ese centro, el cual es centro de referencia de la atención materna y perinatal de III nivel para la ciudad de Bogotá”, incluyendo 2.530 mujeres en el estudio, encontrando que la incidencia de eventos adversos en la hospitalización fue de 12,02%, calificando la infección postparto nosocomial como un evento adverso con una frecuencia de del 19,27% del total de los eventos adversos identificados, lo cual es una un alto porcentaje, dado que se trata de un centro de alto grado de complejidad y estar especializado en la atención a gestantes, reconociendo además que la morbimortalidad materna es evitable, lo que prende las alarmas en función de implementar acciones de buena praxis a objeto de reducir las estadísticas de ocurrencia de estas complicaciones infecciosas del puerperio.

Para Latinoamérica la OPS (27) en 2014 publicó una información que incluye la carga de la infección post parto, dividiendo este concepto en endometritis post parto, infección del sitio de la cesárea e infección de la episiotomía, describiendo de su ocurrencia que eentre las causas de mortalidad materna, se encontró a la sepsis ocupando el tercer lugar, con 62.000 defunciones anuales a nivel mundial. Se referencia que el autor Hussein y colaboradores encontraron que la sepsis materna en países desarrollados explica el 2,1 % de las muertes maternas, para América Latina y el Caribe ese porcentaje se encuentra alrededor del 7 %. Siendo la endometritis una sepsis puerperal que se puede ser adquirida en el hospital; se presenta en casi el 5 % de los partos vaginales y en el 10 % de los partos por cesáreas. Se reconoce como en algunos países presentan una larga trayectoria de

vigilancia epidemiológica de las IAAS, aunque de manera particular, pocos tienen información específica de endometritis puerperal hospitalaria. Como ejemplo se cita a Chile, donde esta infección presenta una tasa acumulada de 0,49 por 100 partos vaginales y 0,41 por 100 cesáreas entre los años 2009 a 2010. La infección de la herida quirúrgica asociada al puerperio, se presentó desde el 1,46 % al 10 % del total de cesáreas, según el país referenciado.

En cuanto al estado del arte jurídico de la concepción de responsabilidad en infección nosocomial, tal y como lo anota un artículo que trata acerca de la evolución jurisprudencial sobre responsabilidad médica administrativa obstétrica se reconoce la inexorable calificación de la infección hospitalaria dentro del régimen de responsabilidad objetiva, sentando sus bases más recientes en postulado de sentencias administrativas del consejo de estado, que sostienen como tesis que *“...Tampoco puede considerarse, para efectos de exonerar de responsabilidad a la administración por los daños derivados de infecciones nosocomiales, que éstas encajan dentro de lo que la doctrina denomina como “riesgos del desarrollo”, pues este concepto se refiere específicamente a aquellos eventos, que no sólo son irresistibles, sino también imprevisibles. Las infecciones intrahospitalarias, según ya se señaló, si bien pueden llegar a ser irresistibles, no son imprevisibles pues constituyen un riesgo conocido por la ciencia médica y, además, son prevenibles y controlables, al punto de que la tasa de incidencia de infecciones nosocomiales en los pacientes de un establecimiento determinado es un indicador de la calidad y seguridad de la atención”*, donde la parte demandada, para liberarse de la obligación de indemnizar los perjuicios, tendrá que demostrar que el paciente ya portaba el cuadro infeccioso antes de ingresar al sitio de hospitalización, como única causal exegeta de exoneración de responsabilidad (28).

En este orden de ideas, para la defensa jurídica de la infección postparto podría plantearse en el estrado judicial como evento adverso prevenible pero no evitable, después de demostrar al juez suficientemente que se agotó los procedimientos normalizados de trabajo exigibles para las circunstancias de modo tiempo y lugar

en que ocurrió la infección, apoyado en la estadística mundial de su ocurrencia hoy aún en los centros de mayor complejidad y con amplio desarrollo técnico médico y científico.

En estas situaciones de IAAS, la demostración de una buena práctica en la atención del parto basada en el reconocimiento de un manejo suficiente de los factores de riesgo asociables a la aparición de infección postparto, articulada con argumentos jurídicos de defensa pertinentes que invoquen la imputación de responsabilidad bajo el título de falla del servicio médico, resulta ser la herramienta conceptual para que las entidades de salud estatal se aforen al defenderse con planteamientos técnicos y científicos suficientes que demuestren los complejos factores maternos, procedimentales y de tratamiento que se requieren en la atención del parto que pueden influir en la ocurrencia de infección materna nosocomial post-parto, información fundamental para la toma de decisiones por parte de los jueces de conocimiento.

Finalmente y como reconocimiento estadístico de la frecuencia de casos obstétricos llevados hasta el consejo de estado, esta entidad reveló que el 28.5% de las sentencias de responsabilidad médica proferidas en 2014 (registradas hasta la fecha de elaboración de esta sentencia) y un 22.5% de las del 2013, corresponden a fallas en la atención en ginecología y obstetricia, condición que la entidad indica, debe alertar sobre las deficiencias en la atención que se presta en la misma. (29).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Identificar las falencias de los argumentos médicos que influyeron en la condena al estado, en un caso de infección nosocomial materna postparto según sentencia 25000-23-26-000-1995-11369-01(27771) de 2014.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar en la sentencia, los hechos médicos argumentados en la defensa, a partir de los cuales se fundamentó la condena al estado.
- Realizar un análisis crítico de los aspectos médicos presentados por la entidad hospitalaria como argumentados de defensa, a partir de la comparación de la atención prestada con la esperada.
- Identificar en la sentencia los argumentados jurídicos del consejero de estado para condenar bajo el título de imputación objetiva y referenciar otros argumentos que fundamentan la alternativa de juzgar los casos de endometritis puerperal bajo el título de imputación de falla del servicio médico.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de estudio: la presente investigación se desarrolla en el marco de una investigación cualitativa retrospectiva, en la que se analiza en forma transversal la relación entre los hechos médicos y las razones jurídicas para la condena de un caso de endometritis puerperal IAAS.

5.2. Objeto de estudio: Se revisará como fuente primaria de la sentencia del CONSEJO DE ESTADO COLOMBIANO del año 2014 con número de radicación 250002326000199802268, la cual aborda un caso de infección endometrial post-cesárea y como fuentes secundarias se acude como referencia a protocolos y guías de atención relacionadas con la atención de la gestante y el puerperio publicadas por el sistema de salud pública colombiano y la organización panamericana de salud, que permitirán con base en la comparación de la atención médica registrada en la sentencia con la esperada para los protocolos actuales, identificar las falencias en la atención médica en dicha sentencia que contribuyeron a fundamentar la imputación objetiva.

5.3 Recolección de información:

5.3.1 De la atención médica y la calidad de la misma.

Se incluye como componente del análisis, la revisión literal de las atenciones médicas tal y como aparecen registradas en la sentencia del Consejo de Estado, reconociendo como limitante la falta de disponibilidad de la historia original o de otros datos clínicos en las bases de datos electrónicas del mismo Consejo de Estado y en las bases del Tribunal Administrativo de Cundinamarca que actuó como primera instancia.

Para materializar la recolección de la información, se usaran cuadros como instrumentos de registro, los cuales presentan las siguientes características:

Matriz operacional de variables instrumento para recolección de información de atención recibida y de atención esperada						
Variable	Dimensión	Tipo	Escala	Indicador SI NO		Fuente de verificación
CONTROLES - PRENATAL - PARTO -PUERPERIO	FACTORES DE RIESGO	cualitativo	nominal			Datos clínicos de atención registrados en la sentencia

Así, para identificar en la sentencia los hechos médicos argumentados de la defensa que fundamentaron la condena al estado, se discriminará las atenciones médicas con el siguiente esquema:

Cuadro 5.3.1.1 Registro de atenciones médicas contenidas en la sentencia

PERIODOS	<i>Fecha /Información consignada</i>
PREPARTO	
CESAREA	
PUERPERAL INMEDIATO (primeras horas postparto)	

PERIODOS	<i>Fecha /Información consignada</i>
PERIODO PUERPERAL MEDIATO (primeras 2 hasta las 48 horas postparto)	
PERIODO PUERPERAL TARDIO	

En segundo lugar, para el análisis de la calidad de la atención medica brindada, se comparará la atención recibida con la esperada a través de una lista de chequeo, siendo la esperada la denominada en el cuadro de comparación “CRITERIOS DE EVALUACIÓN MATERNA DEL RIESGO PARA ENDOMETRITIS PUERPERAL”, los cuales a su vez están compuestas por variables con potencial relación con la aparición de endometritis puerperal, presentados así:

Cuadro 5.3.1.2 Detección del riesgo en el periodo preparto

DATOS REGISTRABLES DE ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS DE ATENCION RECIBIDA
CRITERIOS DE RIESGO BIOLÓGICO	Ruptura prematura de membranas prolongada (mayor de 6 horas)	
	Presencia de Vaginitis bacteriana	
	Uso de monitorización fetal interna	
	Presencia de Anemia: (Hematocrito menor del 30%)	

DATOS REGISTRABLES DE ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS DE ATENCION RECIBIDA
	Edad materna (menor de 21 años)	
	Obesidad (índice de masa corporal mayor de 30)	
	Preeclampsia	
CRITERIOS DE RIESGO PSICOSOCIAL	Frecuencia de controles prenatales (nulípara 10, multípara 7)	
	Gestión de historia clínica de control prenatal (datos propios de maternidad)	
	Valoración Ginecoobstetra (semana 28-30 y semana 34-36 para valoración del riesgo)	
	Bajo estatus socio económico	
CRITERIOS DE RIESGO MEDIO HOSPITALARIO	Recursos adecuados para la prestación del servicio (talento humano y los recursos técnicos institucionales)	
	Funcionamiento adecuado de los sistemas de referencia y contra referencia	

Cuadro 5.3.1.3 Detección del riesgo en el periodo parto

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
CRITERIOS DE RIESGO BIOLÓGICO	Ruptura prematura de membranas prolongada (mayor de 6 horas)	
	Presencia de Vaginitis bacteriana	
	Uso de monitorización fetal interna	
	Presencia de Anemia: (Hematocrito menor 30%)	
	Edad materna (menor 21 años)	
	Obesidad (índice de masa corporal mayor de 30)	
	Preeclampsia	
	Numero de tactos vaginales (no exceder 5)	
	Uso de técnica aséptica en la atención del parto vaginal o cesárea (incluye programa control cumplimiento técnicas asépticas)	
	Trabajo de parto prolongado (más de 8 horas)	
	Parto instrumentado	
	Inadecuado uso de profilaxis antibiótica (en cesárea)	
	Atención del Parto por cesárea (mayor riesgo si no es electiva)	

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
CRITERIOS DE RIESGO PSICOSOCIAL	Bajo estatus socio económico	
CRITERIOS DE RIESGO MEDIO HOSPITALARIO	Recursos adecuados para la prestación del servicio (talento humano y los recursos técnicos institucionales)	
	Funcionamiento adecuado de los sistemas de referencia y contra referencia	

Cuadro 5.4 Detección del riesgo en el periodo puerperal

DATOS REGISTRABLES DE ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS DE ATENCION RECIBIDA
CRITERIOS DE RIESGO BIOLÓGICO		
	Presencia de Vaginitis bacteriana	
	Anemia: (Hematocrito < 30%)	
	Edad materna (<21 años)	
	Obesidad (índice de masa corporal mayor de 30)	
	Preeclampsia	

DATOS REGISTRABLES DE ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS DE ATENCION RECIBIDA
	Frecuencia de controles prenatales (nulípara 10, multípara 7)	
CRITERIOS DE RIESGO PSICOSOCIAL	Gestión de historia clínica de control prenatal (datos propios de maternidad)	
	Valoración Ginecoobstetra (semana 28-30 y semana 34-36 para valoración del riesgo)	
	Bajo estatus socio económico	
	Recursos adecuados para la prestación del servicio (talento humano y los recursos técnicos institucionales)	
CRITERIOS DE RIESGO MEDIO HOSPITALARIO	Funcionamiento adecuado de los sistemas de referencia y contra referencia	

5.4. De la identificación de los fundamentos jurídicos.

5.4.1 Como estrategia metodológica para identificar en la sentencia los argumentados jurídicos del consejero de estado para condenar el caso bajo el título de imputación objetiva, se limitará a transcribir de la sentencia los argumentos considerados sustanciales por el investigador para haber tomado la decisión de juzgar el caso bajo el título de imputación objetiva.

5.4.2 Como segundo componente, se comentará otros argumentos de jurídicos que servirán de referencia para plantear la alternativa de juzgar los casos de endometritis puerperal bajo el título de imputación de falla del servicio médico.

6. RESULTADOS

6.1 Hallazgos de la atención recibida por la paciente.

Para responder al primer objetivo de la investigación, se aplicó la herramienta diseñada para la captura de la información registrada en la sentencia de las atenciones médicas, obteniéndose el siguiente bloque de datos:

Cuadro 1. Registro de atenciones contenidas en la sentencia

PERIODO	<i>Fecha /Información consignada</i>
PREPARTO	<p><i>Antecedentes médicos de este periodo sintetizados por magistrado del consejo de estado: "...desde el mes de marzo de 1994 la señora Gloria Esperanza Cortés Rodríguez presentó un embarazo que transcurrió de forma normal, sin ninguna complicación, siguió todas las recomendaciones del médico tratante y asistió regularmente a todos los controles ordenados. Sostuvo la demanda que el 22 de noviembre de 1994, la señora Cortés Rodríguez acudió al centro médico de Chocontá (lugar de su residencia), y luego de haber sido valorada por el médico de turno, fue remitida a la Clínica Federman de la ciudad de Bogotá D.C., dado que se encontraba en trabajo de parto.</i></p> <p><i>Declaración rendida por el médico Luis Eduardo Castellanos Guauta, "Los exámenes de ingreso comprueban que la paciente se encontraba con un cuadro hemático dentro de los límites normales y una serología negativa, el parcial de orina no aparece y no detectamos inicialmente factores de riesgo para su complicación infecciosa"</i></p> <p><i>El 22 de noviembre de 1994, día del parto, se registró: "embarazo 38 semanas, feto u.v., podálico, cesárea"</i></p>
CESAREA	<p><i>Antecedentes médicos de este periodo sintetizados por magistrado del consejo de estado: "...Agregaron que una vez hospitalizada y al encontrarse la criatura en posición podálica, le fue practicada una cesárea, obteniéndose un niño de sexo masculino en buenas condiciones generales. Indicó la demanda que según la información del equipo médico, el parto se realizó sin complicación alguna y le dieron de alta el día 24 de noviembre</i></p>

PERIODO	<i>Fecha /Información consignada</i>
	<i>siguiente, sin que se le hubiese formulado medicamento o recomendación alguna con posterioridad a la cirugía, a pesar de los intensos dolores que padecía”</i>
PUERPERAL INMEDIATO (primeras horas postparto)	<i>Sin datos</i>
PUERPERAL MEDIATO (primeras 2 hasta las 48 horas postparto)	<i>Antecedentes médicos de este periodo sintetizados por magistrado del consejo de estado: “...Añadieron los actores que en vista de que los síntomas se agravaban con el pasar del tiempo, fue conducida nuevamente a la referida clínica, pero que otra vez fue devuelta a su casa con medicamentos para tratar los síntomas de diarrea y vómito, sin embargo tales síntomas persistieron con mayor gravedad, motivo por el cual fue llevada de nuevo a la clínica el 27 de noviembre, pero ésta vez el médico de turno diagnosticó una infección en la herida de cesárea y permaneció internada en la clínica los días 28 y 29 de noviembre con medicamentos para tratar de controlar la infección, sin embargo, comoquiera que tal infección fue imposible de contener, el día 30 de noviembre se le practicó una histerectomía “.</i>
PUERPERAL TARDIO (De 2 a 30 días)	<i>El 26-XI-94/ 4º día de post cesárea consulta por fiebre, vómito, diarrea y salida de material purulento fétido por vagina y herida quirúrgica, no aparecen datos del examen, hay constancia de hospitalización para manejo de absceso de pared con clorafenicol y gentamicina.</i> <i>Declaración rendida por el médico Luis Eduardo Castellanos Guauta, de la cual resulta pertinente citar los siguientes apartes: “...Vuelvo a valorar a la paciente el 30 de noviembre donde se comprueba un absceso de pared y una peritonitis secundaria posiblemente de una endometitis, por tal motivo se lleva a la paciente a cirugía previa la explicación del procedimiento que se va a someter, para lo cual la paciente acepta y se encuentran como hallazgos intra operatorios membranas blanquecinas en</i>

PERIODO	Fecha /Información consignada
	<p><i>Superficies de asas intestinales delgadas, abscesos en goteras parietocólicas, un útero subinvolucionado y reblandecido que no responde a ositocicos, ante los hallazgos se decide realizar una histerectomía abdominal total más lavado de cavidad. En este momento se tiene el diagnóstico de sepsis de origen ginecológico con foco primario en el útero, motivo por el cual se toma tal conducta en el post operatorio inmediato, la paciente evoluciona de forma lenta pero segura en asocio con antibióticos de amplio espectro en dosis y frecuencia adecuadas, sin embargo posteriormente presentó absceso pélvico residual y se llevó a cirugía nuevamente el día 6 de diciembre y se realiza drenaje de hematoma, y lavado de cavidad pélvica los cuales se realizaron sin complicaciones la paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta el 29 de diciembre de 1994...Los exámenes de ingreso comprueban que la paciente se encontraba con un cuadro hemático dentro de los límites normales y una serología negativa, el parcial de orina no aparece y no detectamos inicialmente factores de riesgo para su complicación infecciosa, el procedimiento quirúrgico en sí no tuvo complicaciones, se cumplieron todas las normas de asepsia y de antisepsia del campo operatorio y fue un procedimiento sin complicaciones.</i></p> <p><i>El 5 de febrero de 2003 en Valoración forense se registra “Gloria Esperanza Cortés de 29 años cursando su segunda gestación ingresa el 22-XI-94 a la Clínica Federman, donde ordenan realizar cesárea por gestación de pelvis y embarazo a término. A las 18:30 del mismo día realizan cesárea segmentaria transperitoneal, procedimiento realizado sin complicación. El 23-XI-94 autorizan salida.</i></p> <p><i>El 26-XI-94: Aparece constancia de consulta a la Clínica Federman en 4º día de post cesárea por fiebre, vómito, diarrea y salida de material purulento fétido por vagina y herida quirúrgica, no aparecen datos del examen, hay constancia de hospitalización para manejo de absceso de pared con clorafenicol y gentamicina.</i></p> <p><i>El 1-XI-94: Con diagnóstico presuntivo de peritonitis es llevada a laparotomía (cirugía donde se examina la cavidad abdominal pélvica), donde encuentran: peritonitis generalizada secundaria a miomelitis, se realiza histerectomía total abdominal y lavado de cavidad. Por evolución satisfactoria dan salida el 8-XII-94.</i></p> <p><i>El 12-XII-94: Consulta por diarrea y fiebre ocasional. Al examen se encuentra febril, taquicardica, taquipneica y con dolor abdominal, ecografía abdominal reporta absceso pélvico, por lo que se hospitaliza nuevamente para manejo médico de absceso pélvico. Por no respuesta al tratamiento médico (persistencia del</i></p>

PERIODO	<i>Fecha /Información consignada</i>
	<p><i>Absceso) es llevada nuevamente a revisión y lavado de la cavidad abdominal (laparotomía), el 26-XII-94 evoluciona satisfactoriamente y se le da salida el 29-XII-94.</i></p> <p><i>“Con base en el examen ginecológico, la historia clínica citada en el dictamen mencionado, señora de 37 años con ausencia quirúrgica de útero por complicación infecciosa en el postparto por cesárea de noviembre de 1994. Es importante recalcar que la sepsis ginecológica es una de las complicaciones que se pueden presentar en un parto vaginal o por cesárea. En este caso el tratamiento médico quirúrgico fue el adecuado.</i></p> <p><i>Con base en lo anotado no hay elementos de juicio para fijar incapacidad médico legal”¹ (negrillas adicionales).</i></p>

En este cuadro se evidencia lo escueta de la información aportada al proceso judicial, la cual carece datos que den cuenta de las condiciones de la gestante durante los periodos de preparto, parto y puerperio; de la cual se espera que como prueba judicial sea amplia y detallada a objeto de ilustrar al juez de las múltiples variables que pueden influir cuando se presenten complicaciones durante las etapas de parto y puerperio.

Además, no se describen los elementos de las atenciones de la gestante como lo son el número de consultas con médico general y ginecoobstetra, los hallazgos en esas atenciones, los resultados de pruebas de laboratorio, de ecografías e intervenciones o procedimientos médicos realizados y requeridos por norma para vigilar el progreso normal del embarazo, lo cual permite además detectar las complicaciones a objeto de lograr un progreso normal del embarazo.

Finalmente y como interés de esta investigación, se encuentra que la información obtenida adolece de datos críticos que permitan identificar o descartar la presencia de factores de riesgo para la complicación de endometritis puerperal sufrida por la

paciente, a excepción de la referencia de un hematocrito normal al momento de la atención del parto, limitándose los médicos tratantes a manifestar la ausencia de factores de riesgo, sin especificar los riesgos a los cuales se referían, ni a las patologías relacionadas con los riesgos descartados, excepto uno que se limita a describir la ausencia de factores de riesgo para la patología infecciosa.

6.2 Hallazgos de la comparación entre la atención recibida y la esperada.

De la información disponible en la sentencia, se transcribió literalmente toda la información específica y crítica, que puede relacionarse con la presencia de factores de riesgo para endometritis puerperal, información que corresponde a las consideraciones del consejero ponente de la sentencia y a las declaraciones durante la etapa de juzgamiento de los médicos que intervinieron en el proceso judicial.

A continuación se presenta la tabulación de los datos de la atención durante los periodos de preparto, parto y puerperio, la cual se compara en la esperada de acuerdo a lista de chequeo construida a partir de la guía Criterios de evaluación materna del riesgo para endometritis puerperal, encontrándose lo siguiente:

6.2.1 Comparación entre la atención esperada y la recibida, en cuanto a la identificación de factores de riesgo para endometritis puerperal en el periodo de preparto

Cuadro 2 Registro comparado entre atención esperada y recibida en el preparto

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
CRITERIOS DEL RIESGO BIOLÓGICO	Ruptura prematura de membranas prolongada (mayor de 6 horas)	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Presencia de Vaginosis bacteriana	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor de riesgo
	Uso de monitorización fetal interna	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor de riesgo
	Presencia de Anemia: (Hematocrito < 30%)	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor de riesgo en el periodo parto
	Edad materna (menor de 21 años)	• Riesgo ausente según nota que describe: “... <i>Con base en el examen ginecológico, la historia clínica citada en el dictamen mencionado, señora de 37 años...</i> ”
	Obesidad (índice de masa corporal mayor de 30)	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor de riesgo
	Preeclampsia	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor de riesgo

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
CRITERIOS DEL RIESGO PSICOSOCIAL	Disminución en la Frecuencia de los controles prenatales (nulípara mínimo 10, multípara mínimo 7)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo • Se presume su ausencia según nota de ingreso para parto que escuetamente describe: <i>“desde el mes de marzo de 1994 la señora Gloria Esperanza Cortés Rodríguez presentó un embarazo que transcurrió de forma normal, sin ninguna complicación, siguió todas las recomendaciones del médico tratante y asistió regularmente a todos los controles ordenados”.</i>
	Gestión de historia clínica de control prenatal en forma incompleta (esquema con datos propios de maternidad)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Ausencia de valoración Ginecoobstetra (semana 28-30 y semana 34-36 para valoración del riesgo)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Bajo estatus socio económico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
CRITERIOS DEL RIESGO	Recursos inadecuados para la prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
MEDIO HOSPITALARIO	(talento humano y los recursos técnicos institucionales)	presencia o ausencia de este factor riesgo
	Funcionamiento inadecuado de los sistemas de referencia y contra referencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo y la • Se presume su ausencia según nota de ingreso para parto que escuetamente describe <i>“...Sostuvo la demanda que el 22 de noviembre de 1994, la señora Cortés Rodríguez acudió al centro médico de Chocontá (lugar de su residencia), y luego de haber sido valorada por el médico de turno, fue remitida a la Clínica Federman de la ciudad de Bogotá D.C., dado que se encontraba en trabajo de parto”.</i>

En este cuadro comparativo se encuentra ausencia de registros objetivos que evidencien la presencia o ausencia de factores de riesgo para endometritis puerperal como lo es la ruptura prematura de membranas, la vaginitis, el uso de monitoreo fetal, la obesidad, la anemia, la preeclampsia y bajo estatus económico.

Sin embargo, se encuentra en anotación del consejero ponente de la sentencia un registro que describe embarazo que transcurrió normalmente, sin complicaciones, siguió las recomendaciones del médico tratante y asistió regularmente a todos los controles, con lo cual se podría considerar la posibilidad de estar descartado riesgos como insuficientes controles médicos, inadecuada gestión de la historia clínica y

recursos inadecuados para la prestación del control del embarazo, quedando la incertidumbre de la calidad de estas condiciones.

6.2.2 Comparación entre la atención esperada y la recibida, en cuanto a la identificación de factores de riesgo para endometritis puerperal en el periodo de parto

Cuadro 3. Registro comparado entre atención esperada y recibida en el parto

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
CRITERIOS DEL RIESGO BIOLÓGICO	Ruptura prematura de membranas prolongada (mayor de 6 horas)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Presencia de Vaginitis bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Uso de monitorización fetal interna	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Presencia de Anemia: (Hematocrito < 30%)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos de historia clínica que reporte los valores del cuadro hemático descrito como normal ni la fecha de procesamiento ➤ Se presume su ausencia según nota de ingreso para parto que escuetamente describe: <i>“...Declaración rendida por el médico Luis Eduardo Castellanos Guata, “Los exámenes de ingreso</i>

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
		<i>comprueban que la paciente se encontraba con un cuadro hemático dentro de los límites normales”</i>
	Edad materna (menor de 21 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo ausente según nota que describe: “...Con base en el examen ginecológico, la historia clínica citada en el dictamen mencionado, señora de 37 años...”
	Obesidad (índice de masa corporal mayor de 30)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Numero de tactos vaginales (no exceder 5)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	No uso de técnica aséptica en la atención del parto vaginal o cesárea (incluye programa control cumplimiento técnicas asépticas)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo ➤ Se presume su ausencia según las siguientes notas que escuetamente describen: : - “...ingresa el 22-XI-94 a la Clínica Federman, donde ordenan realizar cesárea por

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
		<p><i>gestación de pelvis y embarazo a término. A las 18:30 del mismo día realizan cesárea segmentaria transperitoneal, procedimiento realizado sin complicación. El 23-XI-94 autorizan salida...”</i></p> <p><i>- “no detectamos inicialmente factores de riesgo para su complicación infecciosa, el procedimiento quirúrgico en sí no tuvo complicaciones, se cumplieron todas las normas de asepsia y de antisepsia del campo operatorio y fue un procedimiento sin complicaciones”</i></p>
	Trabajo de parto prolongado (más de 8 horas)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Parto instrumentado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Inadecuado uso de profilaxis antibiótica (en cesárea)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Atención del Parto por cesárea (mayor riesgo si no es electiva)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo presente, según nota escueta que describe: <i>“...Agregaron que una vez hospitalizada y al encontrarse la criatura en posición podálica, le fue practicada una cesárea, obteniéndose un niño de sexo</i>

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
		<i>masculino en buenas condiciones generales. Indicó la demanda que según la información del equipo médico, el parto se realizó sin complicación alguna y le dieron de alta el día 24 de noviembre siguiente, sin que se le hubiese formulado medicamento o recomendación alguna con posterioridad a la cirugía, a pesar de los intensos dolores que padecía”.</i>
CRITERIOS DEL RIESGO PSICOSOCIAL	Bajo estatus socio económico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
CRITERIOS DEL RIESGO MEDIO HOSPITALARIO	Recursos inadecuados para la prestación del servicio (talento humano y los recursos técnicos institucionales)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo ➤ Se presume su ausencia según nota de ingreso para parto que escuetamente describe: “...no detectamos inicialmente factores de riesgo para su complicación infecciosa, el procedimiento quirúrgico en sí no tuvo complicaciones, se cumplieron todas las normas de asepsia y de antisepsia del campo operatorio y fue un procedimiento sin complicaciones”
	Funcionamiento inadecuado de los	<ul style="list-style-type: none"> • Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien

DATOS REGISTRABLES EN ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS EN ATENCION RECIBIDA
	sistemas de referencia y contra referencia	presencia o ausencia de este factor riesgo

En este cuadro comparativo entre la atención esperada y la recibida para la atención del parto, se encuentra ausencia de registros objetivos que evidencien la presencia o ausencia de factores de riesgo para endometritis puerperal como lo es la ruptura prematura de membranas, el uso de monitoreo fetal, la obesidad, la preeclampsia, el número de tactos vaginales, trabajo de parto prolongado, parto instrumentado, no uso de técnicas asépticas en la atención del parto, inadecuado uso de profilaxis antibiótica para la realización de la cesárea, bajo estatus socio-económico, recursos inadecuados para la atención del parto.

No obstante los hallazgos anteriores, se encuentra anotaciones de los médicos tratantes que describen no haber detectado inicialmente factores de riesgo para la complicación infecciosa, refieren que el procedimiento quirúrgico de cesárea en sí no tuvo complicaciones, se cumplieron todas las normas de asepsia y de antisepsia del campo operatorio y fue un procedimiento sin complicaciones, quedando la incertidumbre de la calidad de estas condiciones al no contarse con datos objetivos que la confirmen.

6.2.3 Comparación entre la atención esperada y la recibida, en cuanto a la identificación de factores de riesgo para endometritis puerperal en el periodo posparto.

Cuadro 4 Registro comparado entre atención esperada y recibida en el puerperio

DATOS REGISTRABLES DE ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS DE ATENCION RECIBIDA
	Presencia de Vaginitis bacteriana	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien

DATOS REGISTRABLES DE ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS DE ATENCION RECIBIDA
CRITERIOS DE RIESGO BIOLÓGICO		<p>presencia o ausencia de este factor riesgo</p> <p>➤ Riesgo potencialmente presente, según nota escueta que describe: <i>“...Añadieron los actores que en vista de que los síntomas se agravaban con el pasar del tiempo, fue conducida nuevamente a la referida clínica, pero que otra vez fue devuelta a su casa con medicamentos para tratar los síntomas de diarrea y vómito, sin embargo tales síntomas persistieron con mayor gravedad, motivo por el cual fue llevada de nuevo a la clínica el 27 de noviembre, pero ésta vez el médico de turno diagnosticó una infección en la herida de cesárea y permaneció internada en la clínica los días 28 y 29 de noviembre con medicamentos para tratar de controlar la infección, sin embargo, comoquiera que tal infección fue imposible de contener, el día 30 de noviembre se le practicó una histerectomía “</i></p>
	Presencia de Anemia: (Hematocrito < 30%)	<p>➤ Sin datos objetivos de historia clínica que confirmen o descarten este riesgo</p> <p>➤ Se presume su ausencia según nota de ingreso para parto que escuetamente describe: <i>“...Declaración rendida por el médico Luis Eduardo Castellanos Guata, “Los exámenes de ingreso comprueban que la paciente se</i></p>

DATOS REGISTRABLES DE ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS DE ATENCION RECIBIDA
		<i>encontraba con un cuadro hemático dentro de los límites normales”</i>
	Edad materna (<21 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo ausente según nota que describe: “...<i>Con base en el examen ginecológico, la historia clínica citada en el dictamen mencionado, señora de 37 años...</i>”
	Obesidad (índice de masa corporal mayor de 30)	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Preeclampsia	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Disminución en la Frecuencia de controles prenatales (nulípara 10, multípara 7)	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Gestión inadecuada de historia clínica de control prenatal (datos propios de maternidad)	➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
CRITERIOS DEL RIESGO PSICOSOCIAL	Valoración Ginecoobstetra (semana 28-30 y semana 34-36 para valoración del riesgo)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo ➤ Se presume su ausencia según nota de ingreso para parto que escuetamente describe: “...<i>no detectamos inicialmente</i>”

DATOS REGISTRABLES DE ATENCION ESPERADA		DATOS REGISTRADOS DE ATENCION RECIBIDA
		<i>factores de riesgo para su complicación infecciosa, el procedimiento quirúrgico en sí no tuvo complicaciones, se cumplieron todas las normas de asepsia y de antisepsia del campo operatorio y fue un procedimiento sin complicaciones”</i>
	Bajo estatus socio económico	<ul style="list-style-type: none"> • Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Recursos adecuados para la prestación del servicio (talento humano y los recursos técnicos institucionales)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
	Funcionamiento adecuado de los sistemas de referencia y contra referencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo
CRITERIOS DEL RIESGO MEDIO HOSPITALARIO	Recursos inadecuados para la prestación del servicio (talento humano y los recursos técnicos institucionales)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin datos objetivos de historia clínica que evidencien presencia o ausencia de este factor riesgo

En este cuadro comparativo entre la atención esperada y la recibida en el puerperio. No se encuentran datos objetivos que evidencien la presencia o ausencia de factores de riesgo para endometritis puerperal como lo es la ruptura prematura de

membranas, el uso de monitoreo fetal, la obesidad, la preeclampsia, el número de tactos vaginales, trabajo de parto prolongado, parto instrumentado, no uso de técnicas asépticas en la atención del parto, bajo estatus socio-económico o recursos inadecuados para la atención del puerperio.

Adicional a las falencias anteriores, se identifica en la atención del puerperio un registro que da cuenta del potencial foco primario que explica la complicación infecciosa (endometritis), nota que hace referencia al empeoramiento no detallado de sus condiciones de salud, por lo que consulta formulándosele tratamiento para manejo de diarrea y vómito presentados, sin mejoría, al contrario empeorando sus síntomas por lo cual consulta al cuarto día post cesárea cuando diagnostican una infección en la herida de cesárea, permanece internada, adicionalmente se confirma el diagnóstico de sepsis de origen ginecológico con foco primario en el útero realizándose posteriormente histerectomía.

6.3 Hallazgos de la identificación en la sentencia los argumentados jurídicos del consejero de estado para condenar bajo el título de imputación objetiva y referencias de otros argumentos que fundamentan la alternativa de juzgar los casos de endometritis puerperal bajo el título de imputación de falla del servicio médico.

6.3.1 identificación en la sentencia de los argumentados jurídicos del consejero de estado para condenar el caso bajo el título de imputación objetiva.

Revisadas los elementos jurídicos que fundamentaron el título de imputación objetiva y reconociendo la imputación como vincular un resultado a quien no necesariamente lo ha causado, el fondo de la responsabilidad objetiva se reconoce cuando el consejero de estado hace las siguientes consideraciones:

- Respecto a la fundamentación con base en el derecho comparado anota:
- “...De otra parte, debe resaltarse que los anteriores razonamientos estructurados por la Sección Tercera de esta Corporación y sus respectivas Subsecciones, respecto del análisis de responsabilidad de las infecciones nosocomiales bajo el régimen objetivo de responsabilidad, resultan coherentes y concordantes con lo manifestado por la doctrina y la jurisprudencia extranjera que se han encargado de profundizar sobre el tema en cuestión. En efecto, existe en el **derecho comparado** una clara tendencia orientada hacia la objetivización de la responsabilidad de los establecimientos de salud en estos asuntos, en virtud de la cual al paciente le basta con demostrar que el daño que padece es consecuencia de una - infección nosocomial- adquirida durante su permanencia en el centro hospitalario. Así, por ejemplo, **Francia ha establecido en su legislación un sistema de responsabilidad médica hospitalaria sin culpa, la cual opera en los casos de infecciones nosocomiales y que descansa sobre tres pilares fundamentales: “i) el riesgo (las infecciones nosocomiales existen y cualquiera puede padecerlas), ii) la igualdad (todas las personas son iguales y por ello todas tienen derecho a estar protegidas de igual forma) y iii) la solidaridad (pese a que no se enfermarán todos, todos debemos hacernos cargo porque podría dañar a cualquiera)** . Así pues, en el marco del sistema de responsabilidad francés, los establecimientos y profesionales de la salud, sean de carácter público o privado, responden por los daños resultantes de infecciones hospitalarias, salvo si ellos logran demostrar que la infección fue causada por un factor ajeno al servicio sanitario”* (negritas no originales).

Respecto a esta consideración, el sistema francés ha establecido un fondo solidario para asumir los costos de los eventos de infección hospitalaria a objeto de resarcir el daño, lo cual no aplica para el sistema Colombiano

donde la responsabilidad solidaria económica francesa se está equiparando con la responsabilidad jurídica colombiana. En este sentido el mismo consejo de estado mostró preocupación por la situación, cuando exhortó en su boletín No. 162 de 2015 a la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado para que acompañe al Ministerio de Salud en la presentación de un proyecto de ley con el fin de establecer un sistema para sumir solidariamente el riesgo por infecciones nosocomiales (responsabilidad sin culpa), para lo cual debe estudiarse la posibilidad de creación de un fondo contra este tipo de riesgo jurídico.

- En las conclusiones probatorias se describe: *“Bajo dicha perspectiva, ha de concluir la Sala que la paciente adquirió dicha infección -que conllevó a que se le tuviera que extirpar la matriz-, en las instalaciones de la Clínica Federman de Bogotá D.C., pues no obra prueba alguna que indique que la paciente padecía dicha infección con anterioridad a la atención en ese centro hospitalario; por el contrario, según los medios probatorios se trataba de una gestante en buenas condiciones generales, con un parto normal; además, según el testimonio de uno de los médicos que atendió a la paciente “no hay antecedentes de ninguna clase de infección en el organismo de la señora Gloria Esperanza Cortés Rodríguez que pudiera relacionarse con el proceso séptico que ella sufrió”, a lo cual se agregó que “el proceso infeccioso pudo haberse iniciado durante la cesárea o inmediatamente después”.*

Queda en este momento llamar la atención acerca del potencial foco infeccioso primario intestinal, dado la referencia de cuadro de cuatro días de evolución post-cesarea con diarrea, fiebre vómito, situación que el demandado nunca invoco, como factor asociable a la ocurrencia de endometritis puerperal, sin mostrar la defensa durante el proceso ni el más mínimo esfuerzo por evidenciar o descartar la presencia de factores de riesgo en preparto, parto o postcesarea, asociables a la complicación sufrida.

Adicionalmente, la declaración escueta de haber cursado con embarazo normal fue fundamento para argumentar la responsabilidad con base en otra sentencia donde se juzgó la responsabilidad del servicio bajo el título de imputación de falla del servicio, sustentada en un indicio, es decir, para ese caso como referente lo era el hecho de que la evolución y proceso de embarazo se desarrolló en términos normales hasta el momento del parto.

- Otro elemento jurídico considerado para incluir el caso en el régimen objetivo, como expresión de riesgo excepcional derivado de riesgo alea, se evidencia cuando describe la sentencia:

“Finalmente, la Subsección B de la Sección Tercera del Consejo de Estado, a través de sentencia proferida el 29 de agosto de 2013 , al estudiar la responsabilidad del ISS en un caso de infección intrahospitalaria contraída por un menor de edad a quien esa infección le produjo una meningitis bacteriana, tuvo ocasión y también se ocupó de desarrollar los anteriores planteamientos en torno a la atribución de responsabilidad médico asistencial bajo el régimen objetivo, catalogándolo como una expresión de “riesgo excepcional”, derivado del denominado “riesgo alea”. Al respecto se discurió de la siguiente manera: “De las cuatro modalidades de riesgo aceptadas por la jurisprudencia de esta Corporación (riesgo-peligro, riesgo-beneficio, riesgo-conflicto y riesgo-álea) la Sala considera que ésta última es la más apropiada para imputar jurídicamente responsabilidad a la Administración por los daños derivados de infecciones intrahospitalarias, teniendo en cuenta que esta categoría de riesgo toma en consideración la probabilidad de que “cierto tipo de actividades o procedimientos, pueden dar lugar, quizás con la ineludible mediación del azar o de otro tipo de factores imprevisibles, a la producción de daños sin que medie asomo alguno de culpa”.”

6.3.2 Argumentos que fundamentan la alternativa de juzgar los casos de endometritis puerperal bajo el título de imputación de falla del servicio médico.

- Respecto a la consideración de la responsabilidad médica por IAAS bajo el título de imputación objetiva con base en la figura del riesgo excepcional, en una crítica jurídica, el Dr Javier Tamayo Jaramillo, Exmagistrado de la Corte Suprema de Justicia y tratadista opina: “...II. *Riesgo excepcional. Pero lo más desconcertante de toda la argumentación del fallo citado y de la doctrina que lo apoya radica en la afirmación según la cual la responsabilidad del Estado ha de ser objetiva porque la hospitalización genera un riesgo provecho, aleatorio y excepcional. No sabe uno si lo que se quiere es hallar pretextos y sofismas para justificar la decisión de condenar al Estado a como dé lugar, o si se desconoce la filosofía y la teoría del riesgo como fuente de responsabilidad objetiva. Por falta de espacio solo diré que es un error craso afirmar, como afirma el fallo, que el hospital demandado debe responder objetivamente porque él se beneficia de la actividad médica ejercida (p. 25). Desde hace 120 años la doctrina y la jurisprudencia tienen claro que el Estado responde objetivamente si explota una fábrica de municiones (riesgo provecho), y en cambio, no es razonable que responda si por cumplir con la Constitución y con el Código Penal, al tratar de salvarle la vida a un enfermo, sin culpa de su parte, termina causándole un daño (riesgo obligado).”...En el riesgo excepcional, el demandado es libre de actuar en su provecho, cosa que no ocurre con el riesgo terapéutico, pues si el médico se niega a actuar comete un delito penal. Pregunta: ¿dónde está el provecho del ISS al brindarle tratamiento a un enfermo grave? ¿No se dan cuenta de que con ese criterio nadie podrá ser obligado a brindar cuidados de salud? Si en materia penal el daño causado por los médicos se justifica, a menos que cometan culpa (daño jurídico), la justificación también se da en materia de*

responsabilidad patrimonial. Con la lógica de la sentencia, toda la responsabilidad médica será objetiva, pues siempre ella será riesgosa, teoría que tuvo su auge en España, pero que ante los estragos que causó su aplicación en materia médica, ya fue recogida por García de Enterría, su mentor (Curso de derecho administrativo, 10 ed., p. 377). La imposibilidad de controlar muchas de las bacterias intrahospitalarias en los hospitales de lugares apartados hará que estos desaparezcan más temprano que tarde y entonces, los defensores de la sentencia, satisfechos como Miguel Ángel al observar sus esculturas, dirán: “Hemos salvado a los débiles”. (30)

- Dentro de las posibilidades de considerar la IAAS como falla del servicio, el Consejo de Estado reconoce que tratándose de infecciones evitables podría ser tratados estos casos bajo dicho título de imputación, en particular describe en una sentencia en 2014 por infección nosocomial: “..41. En resumen, para dar aplicación al régimen objetivo de responsabilidad por daños derivados de la adquisición de una bacteria nosocomial, deberá constatarse que el daño: a) tuvo su origen en una infección de origen exógeno al paciente, b) fue ocasionado por una bacteria multirresistente y c) por tanto, resultó inevitable para la institución la producción del mismo – **porque de haber sido evitable se trataría eventualmente de una falla el servicio-**, esto es, la constatación de que se ha concretado el riesgo aleatorio al que están sometidos los usuarios del sistema de salud y que en términos de distribución de cargas resultaría excesivo imponerla al paciente”.(31). (Negrillas no originales).

En relación con este concepto, cabe la opción de invocar este título de imputación subjetiva en infecciones evitables, en particular cuando se presenten factores de riesgo prevenibles, los cuales según la jurisprudencia, se escapan al manejo médico o a pesar del manejo adecuado, influyen en la aparición de la endometritis puerperal, como ejemplo están además la obesidad de la paciente, la corta edad de la misma, la instrumentación del parto, la preeclampsia, etc.

- En particular y respecto a un caso de muerte asociada a la atención obstétrica, asociada además a infección postquirúrgica, en Sentencia T-064/15 de la Corte Constitucional, acción de tutela instaurada contra la Sección Tercera, Subsección C del Consejo de Estado, por un caso obstétrico asociado a infección de la paciente en la atención y juzgada bajo el régimen de falla probada, en la cual según el Consejo no se logró acreditar los tres criterios de la misma: *“la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta”*, en particular dijo el mismo Consejo que no se demostró que el daño ocasionado provino de la atención, indicando por el contrario, que las pruebas recaudadas evidencian una eficiente, prudente y pronta prestación del servicio, dado que según pruebas la muerte de la paciente no se produjo por corte realizado durante la cesárea, además refiere el Consejo que según concepto de Medicina Legal, *“la paciente presentó peritonitis generalizada ocasionada por la perforación del colon, fue tan agresiva y fulminante, que le ocasionó una falla orgánica multisistémica...adicionalmente a la peritonitis que le generó el shock séptico a la paciente, esta padecía un cáncer en la región pancreática en estado metastásico, del cual no se tenía evidencia previa”*, resolviendo al final la Corte negar la tutela de los derechos fundamentales invocados por la demandante(32).

Dada este referente jurídico, se abre otra ventana para considerar que no todos los casos de daños relacionados con la atención obstétrica, ni todos los de IAAS, patologías presentadas por la paciente, tienen que ser juzgadas bajo el título de imputación objetiva.

7. DISCUSION

Se encuentra dentro del análisis de la sentencia, ausencia de datos clínicos que muestren las características y detalles de la atención en el periodo gestacional y puerperal, lo que evidencia dos posibilidades, la primera, que no se respetó el rigor de los protocolos de atención que exige un registro completo de las condiciones de la paciente hasta el final del puerperio y la segunda que en efecto como se plantea escuetamente en la declaración de los médicos tratantes, la paciente no tenía condiciones de riesgo que pudieran favorecer la complicación infecciosa postcesarea presentada, requiriéndose en ambas situaciones, el respeto por el registro completo y pertinente de los datos positivos y negativos de los controles gestacionales y puerperales que den cuenta de las condiciones normales o patológicas de la paciente, que permitan a posteriori valorar el manejo medico dado, tanto desde el punto de vista judicial como médico-científico.

En concordancia, ante estas falencias de datos, se hace evidente la obligación médica de cumplir con los requisitos de gestión de la historia clínica que evidencie la evolución de la gestante y su puerperio, para que a futuro quienes de manera específica tengan la necesidad de probar buena praxis médica en casos de demandas por infección puerperal IASS, cuenten con el acervo probatorio para demostrar que se agotó racional y técnicamente todas las posibilidades en la detección y manejo de esos factores de riesgo, lo cual será además un referente estructurado que permita a las autoridades competentes juzgar la conducta médica.

Además, en el periodo de parto, que en esta paciente terminó con cesárea, tampoco se explicitó la ausencia o presencia de la mayoría de factores de riesgos biológicos, psicosociales y del medio hospitalario relacionables en esta periodo con la ocurrencia de la endometritis puerperal IAAS, el ginecoobstetra describe escuetamente la realización de la cesárea sin complicaciones, sin advertir datos importantes como por ejemplo, que el solo hecho de realizar la cesárea aumenta el

riesgo de padecer infección puerperal IASS, más aún como en este caso, cuando la cesárea no fue electiva, no se da detalles del uso de anestesia general o técnica quirúrgica, tampoco el uso o no de antibióticos profilácticos, todos estos, factores de riesgo asociables a la aparición de la endometritis puerperal.

La anteriores omisiones ponen de manifiesto una potencial ignorancia de la relación de causalidad entre el riesgo quirúrgico y la aparición de endometritis puerperal, pero igualmente un desinterés por defender la buena praxis del acto médico, probablemente amparados en la arraigada costumbre de no preocuparse por los costos económicos de las condenas al estado, dada la falta de repetición de la acción contra el personal médico que determinó la falla del servicio, si es que se logra demostrar la misma.

Respecto a los argumentos del juez para condenar bajo el título de responsabilidad objetiva, queda claro del análisis realizado a este caso, que la convicción del juez no se logra con la simple narración escueta de los hechos, es imprescindible en términos probatorios en los casos en que haya interés por defender el acto médico, demostrar con el rigor que exige una prueba judicial en los diferentes momentos del juzgamiento, la presencia de factores de riesgo para la ocurrencia de infección puerperal, a través de la descripción detallada de la atención prestada, la cual debe estar muy cerca a la esperada según la medicina basada en la evidencia, a objeto de lograr ilustrar al juez acerca de la influencia de los factores de riesgo para esta infección, de la cual a pesar de la diligencia en la atención y a la luz de los conocimientos de las ciencias médicas vigentes, sigue siendo imposible evitar su ocurrencia en forma absoluta, aun en los escenarios hospitalarios más desarrollados técnica y administrativamente.

Sumando lo anterior, las falencias en los registros médicos se podrían asumir como falta de registro del acto médico o en el peor de los escenarios acciones médicas negligentes, dejando sin elementos de prueba a quien la sana practica del derecho

procesal administrativo tiene la obligación de demostrar la buena praxis, de manera particular, demostrar la presencia de los factores de riesgo que pudieron influir en la aparición de la endometritis puerperal, elementos de juicio ausentes y que en caso de haber sido esgrimidos hubiesen puesto al juez en estado de alerta para entender la complejidad de los factores que influyen en la aparición de las infecciones puerperales, material de prueba que diligenciado oportunamente, a futuro logrará en casos similares que estos jueces reconozcan como aunque las infecciones puerperales son prevenibles, no son evitables en forma absoluta, alentando la posibilidad de ser considerados estos casos bajo el título de imputación de falla en el servicio médico, figura con la cual se debe juzgar los actos médicos a la luz de los argumentos de quienes defienden esta posición.

Finalmente, debe destacarse acerca del abordaje judicial administrativo de las infecciones nosocomiales, como las mismas, a pesar de la regla general que reconoce a la responsabilidad médica como subjetiva, es decir que se debe probar la falla en el servicio médico y deben comparecer el daño antijurídico, la omisión o el actuar doloso o culposo del actor y la relación de causalidad, el título de imputación en su juzgamiento ha fluctuado entre la falla presunta y falla probada, pero desde 2013 se han enmarcado dentro del régimen de responsabilidad objetiva, lo que obliga a encaminar el esfuerzo de quienes entienden la complejidad de la ocurrencia de esta complicación para ilustrar a los interesados en el tema, para que se reconozca el carácter subjetivo de esta situación, donde son el comportamiento y la conducta de los involucrados en la atención, los factores últimos que condicionan su aparición, sin ignorar la obligación de medios que le compete al médico tratante..

8. CONCLUSIONES

8.1 Frente al primer objetivo de identificar en la sentencia los hechos médicos argumentados en la defensa del caso, resulta evidente la ausencia de datos en las atenciones médicas que den cuenta del uso de guías o protocolos de atención basados en las normas que para este fin en Colombia tiene definidas el ministerio de salud, vacíos evidentes en los periodos de preparto parto y post parto escrutados, lo cual deja sin argumentos cualquier intención por demostrar diligencia en la atención médica en un proceso judicial como el considerado.

8.2 Respecto al segundo objetivo de realizar un análisis de los aspectos médicos presentados por la defensa, comparados con lo esperado según la guía de Criterios de Evaluación Materna del Riesgo para Endometritis Puerperal, los principales hallazgos fueron:

- En el periodo preparto se nota grandes vacíos en el registro explícito de la presencia o ausencia de factores de riesgo para endometritis puerperal, como lo son el bajo estatus económico, disminución en el número de controles prenatales, ausencia de valoración de riesgos del embarazo por parte de ginecoobstetra, gestión inadecuada de la historia clínica prenatal, la ruptura prematura de membranas prolongada, vaginitis, uso de monitorización fetal, presencia de anemia durante los diferentes controles de embarazo de acuerdo a protocolos, obesidad, preeclampsia, recursos institucionales humanos o técnicos inadecuados para la prestación de los controles prenatales, o funcionamiento inadecuado de los sistemas de referencia y contra referencia.

Lo anterior se convierte en una pérdida de oportunidad para demostrar con estos datos sensibles, la presencia de posibles condiciones preparto que predisponen a la aparición de endometritis puerperal y por otro lado deja

abierta la posibilidad de asumir que quienes atienden a la paciente desconocen la obligatoriedad de tramitar los registros médicos de control del embarazo parto y puerperio de acuerdo a las normas que rigen el manejo de la Historia Clínica (Resolución 1995 de 1999) y las que por ejemplo actualmente definen las pautas para el seguimiento de la normalidad del embarazo (Guía Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio), las cuales entre otras define los lineamientos de los procedimientos a realizar con estos fines.

- En el caso analizado, la cesárea es el factor de riesgo per se más importante tanto en frecuencia como en severidad para presentar endometritis puerperal; explicándose esta asociación con la manipulación intrauterina, presencia de necrosis, hematomas e influido por el material de sutura empleado. En cesárea el riesgo de bacteriemia, abscesos, evisceración y trombosis séptica pélvica también se aumenta; respecto al uso de antibióticos profilácticos no descritos en los datos disponibles, su papel está claro en la reducción de endometritis pos cesárea, datos omitidos en la declaración del obstetra y que en su momento hubiesen resultado útiles para demostrar la buena praxis en el proceso.

- De lo identificado en el periodo puerperal, se encuentra como a pesar de reiteradas consultas por diarrea durante los 4 días posteriores a la cesárea, no se referenció los detalles de la atención prestada a esta complicación en cuanto a estudios realizados para demostrar su etiología ni protocolos de tratamientos instaurados, complicación infecciosa con alta probabilidad de ser el foco infeccioso de diseminación para llegar a la endometritis sufrida por la paciente., lo cual podría corresponder a una preocupante posibilidad y es el desconocimiento de los médicos tratantes de esta potencial relación, perdiéndose la oportunidad de argumentar este riesgo como una explicación

a la complicación presentada, quedándole al juez como único elemento de juicio el considerar llanamente la acción negligente de los agentes de salud, lo que pudo influir en la condena declarada.

7.3 En cuanto al objetivo trazado de identificar en la sentencia los argumentados jurídicos del consejero de estado para condenar bajo el título de imputación objetiva y referenciar otros argumentos que fundamentan la alternativa de juzgar los casos de endometritis puerperal bajo el título de imputación de falla del servicio médico, los principales hallazgos fueron:

- La escueta información aportada al proceso, no sobrepasa las expectativas mínimas de información que debe aportarse a un proceso legal como el analizado, donde se espera que las pruebas periciales se alleguen con el rigor que permita mostrar al juez todos los factores biológicos, psicosociales y del medio hospitalario que pueden influir en la ocasión de una endometritis puerperal IAAS, incluyendo los que se salen del control del mejor ejercicio médico y que pueden influir negativamente en los resultados de salud esperados, siendo tan escasa esta información, que ni siquiera se postuló una teoría que explicara la causa de la complicación infecciosa Post-cesárea sufrida.
- Como ocurrió en este caso, un pobre contenido en la información aportada podría interpretarse en dos sentidos, en primer lugar se puede presumir la ausencia de una historia clínica adecuada y suficientemente elaborada de acuerdo a guías y protocolos científicos que den cuenta de una atención diligente, en segundo lugar una asesoría legal de defensa incompetente que no logró poner en conocimiento del juez acerca de la complejidad y variedad de factores que pueden influir en la ocurrencia de una endometritis puerperal

IAAS, incluyendo los efectos potenciales de factores biológicos y psicosociales que se escapan al control de la acción médica.

- Desde el punto de vista probatorio, el hecho de no aportar la prueba pericial médica completa que le permita al juez darse cuenta del papel de los factores de riesgo en la aparición de una endometritis puerperal, si es que los había, solo le deja al juez quien no conoce de la ciencia médica. la opción de considerar como explicación llana de la ocurrencia de esta complicación, la responsabilidad del agente de salud tratante.

9. RECOMENDACIONES

- Implementar el ejercicio de elaborar referentes de atención esperada con base en la evidencia médica, como el propuesto en esta investigación denominado CRITERIOS DE EVALUACIÓN MATERNA DEL RIESGO PARA ENDOMETRITIS PUERPERAL, a objeto de estructurar la defensa del acto médico con pruebas periciales médico-jurídicas validas que ilustren al juez acerca de la presencia de los múltiples factores de riesgo que pueden influir en la ocurrencia de una complicación médica.
- A través de nuevos procesos investigativos y realizando los ajustes convenientes que incluyan revisiones bibliográficas exhaustivas, se valide la guía propuesta denominada CRITERIOS DE EVALUACION MATERNA DEL RIESGO PARA ENDOMETRITISPUERPERAL, la cual se puede convertir en referente de buena praxis para los actores de las investigaciones judiciales en casos similares, incluyendo la autoridad judicial.
- Que en futuras investigaciones con interés en el derecho médico, se discuta y profundice acerca de la legalidad, juridicidad y conveniencia de considerar los casos de infección puerperal bajo el título de imputación objetiva con riesgo excepcional y se amplíe la fundamentación conceptual que permita considerarla dentro del tipo de imputación con falla del servicio médico.

BIBLIOGRAFIA

1. Infecciones hospitalarias no son casos fortuitos: Consejo de Estado [Internet]. ambitojuridico.com. 2013. Available from: <https://www.ambitojuridico.com/BancoConocimiento/Administrativo-y-Contratacion/noti-131004-9-infecciones-hospitalarias-no-son-fortuitos-consejo-de-estado/>.
2. OMS | Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. World Health Organization; [cited 2015 Dec 5]; Available from: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
3. sentencia-1995-11369-de-septiembre-10-de-2014 - [Internet]. [cited 2015 Dec 5]. Available from: http://legal.legis.com.co.usc.elogim.com:2048/document/jurcol/jurcol_04dcc082300c00cee0530a01015100ce/sentencia-1995-11369-de-septiembre-10-de-2014?text=expediente:27.771&type=q&hit=1
4. Consulta de la Norma: [Internet]. [cited 2016 Jan 12]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=44490>
5. Patiño H. Las causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual. ¿Por qué y cómo impiden la declaratoria de responsabilidad? Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado. Rev Derecho Priv [Internet]. Universidad Externado de Colombia; 2011 [cited 2016 Feb 28];(20):371. Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=417537594013>
6. Rodríguez Núñez AC, Córdova Rodríguez AC, Alvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2000, Editorial Ciencias Médicas; [cited 2015 Dec 5];30(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. INCIDENCIA Y EVITABILIDAD DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES

HOSPITALIZADOS [Internet]. [cited 2015 Nov 26]. Available from:
<http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/vola-83/premiosalacienciasclinicas1/>

8. Bataglia-Araujo V, Rolón GR de, Ayala J. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA INFECCIÓN PUERPERAL. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; 2006 [cited 2016 Feb 14];52(3):154–8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428181005>
9. de M, General Adriana María Guillén Arango Dirección de Políticas Estrategias para la Defensa Jurídica Martha Lucia Rivera Equipo técnico Investigador principal D, Carlos Garay Asistente de investigación J, Cardozo Diseño diagramación Miguel Olaya Impreso por Giro-Graphos Ltda D, Edición ^a. Guía para la generación de política de prevención del daño antijurídico Contenido. 2013;
10. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS - Criterios Diagnostico.pdf [Internet]. [cited 2015 Dec 4]. Available from:
[http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/TodoIIH/Criterios Diagnostico.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/TodoIIH/Criterios%20Diagnostico.pdf)
11. Lm F, Fm S. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto (Revisión) Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto. [cited 2016 Mar 4]; Available from: <http://www.thecochranelibrary.com>
12. Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE, et al. International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 1997 Nov [cited 2016 Mar 4];177(5):1024–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9396886>
13. Mendoza Quevedo J. RIESGO DE ENDOMETRITIS POSPARTO ASOCIADO A VAGINITIS/VAGINOSIS TRATADA.

14. Peipert JF, Ness RB, Blume J, Soper DE, Holley R, Randall H, et al. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2001 Apr [cited 2016 Mar 4];184(5):856–63; discussion 863–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11303192>
15. Meseguer B, Pay CL, Dolores M, Román M. VAGINAL EXAMINATION IN MIDWIFERY.
16. JOSÉ PACHECO, WALTER OLÓRTEGUI, JORGE SALVADOR, FANNY LÓPEZ JP. Endometritis Puerperal. Incidencia y Factores de Riesgo,. *Ginecol y Obstet © Soc Peru Obstet y Ginecol Ginecol Obs* . 1998;44 (1): :54–60 .
17. Burgos Salinas S, Carbajal Arroyo L, Saona Ugarte P. Endometritis post-cesárea: factores de riesgo. *Rev Medica Hered* [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; [cited 2016 Feb 20];10(3):105–10. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1999000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Salinasa H, Naranjo B, Valenzuela C, Maisto J, Andrighetti S, Zamorano A, et al. Resultados obstétricos asociados al incremento del índice de masa corporal durante el embarazo en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 Feb 20];35(6):202–6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X08751049>
19. Líquido amniótico teñido por meconio y riesgo de infección en el neonato. ¿Estaría indicada la profilaxis antibiótica materna o neonatal? [Internet]. Preevid. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia; [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=20290
20. Irisarri Boada C. EL DAÑO ANTIJURIDICO Y LA RESPONSABILIDAD

EXTRACONTRACTUAL DEL ESTADO COLOMBIANO. 2000;

21. Organización Panamericana de la Salud 2014. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL PUERPERIO Módulo V. (ISBN 978-92-75-31835-5).
22. Microsoft Word - 3_NT_PARTO_VWEB.doc - Legal_34.pdf [Internet]. [cited 2015 Dec 3]. Available from:
http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/42/Legal_34.pdf?sequence=1
23. Microsoft Word - 03-atencion.rtf - 03-atencion.pdf [Internet]. [cited 2015 Dec 3]. Available from: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>
24. Alcaldía SS, De Bogotá M, Osorio J, Valderrama S, Gómez CH, Cortés JA, et al. Definiciones de infecciones intrahospitalarias, microorganismos más frecuentemente identificados y medidas de prevención. 2008 [cited 2016 Mar 4]; Available from: www.saludcapital.gov.co
25. Guía de sepsis en obstetricia [Internet]. [cited 2016 Feb 27]. Available from:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Db-Xm7o-13kJ:www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%2520Maternidad-Sepsis_baja.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk
26. D. HG, S. JE, O. CDG, R. JAR, G. JF, Valbuena LG, et al. TAMIZAJE DE EVENTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL PUERPERIO EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE BOGOTÁ, COLOMBIA. 2002 - 2003. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología; 2005 [cited 2015 Nov 26];56(1):18–27. Available from:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214314003>
27. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN NEONATOLOGÍA - index.php [Internet]. [cited

