



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL CAUCA

Popayán, diecinueve (19) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

Magistrado Ponente: DAVID FERNANDO RAMÍREZ FAJARDO

Radicado: 19001-33-33-005-2018-00245-01
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: NATALY PAOLA BRAVO ÁVILA Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN –
E.S.E. Y OTROS

Auto Interlocutorio No. 078

Decide la Sala respecto de **la aprobación o improbación** del acuerdo conciliatorio judicial celebrado entre el apoderado de la parte actora y la Nación-Ministerio de Defensa-Ejército Nacional, en audiencia celebrada el 19 de octubre de 2023, durante el trámite de la audiencia inicial.

I. ANTECEDENTES

1.1. La demanda¹.

NATALY PAOLA BRAVO ÁVILA y JOSÉ ÓSCAR SAAVEDRA ESQUIVEL, a nombre propio y en representación de la menor AITANA PAOLA SAAVEDRA BRAVO; GLORIA ESPERANZA ÁVILA SÁNCHEZ, FLORENCIO ARTURO BRAVO, JOAQUÍN TULCÁN, JUANA MARÍA BRAVO SAMUDIO, MARGARITA ESQUIVEL MONGUI y JOSÉ FERNELI SAAVEDRA PÉREZ, en ejercicio del medio de control de reparación directa, formularon demanda contra la NACIÓN-MINISTERIO DE DEFENSA-EJÉRCITO NACIONAL y el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E., para que se les declare administrativa y patrimonialmente responsable por el daño antijurídico causado a la menor Aitana Paola Bravo Saavedra, en hechos ocurridos entre el 31 de agosto de 2015 y 2 de septiembre de 2015.

Requirieron el pago de \$3'000.0000 por concepto de perjuicio material en la modalidad de daño emergente, por concepto de gastos en que incurrieron para garantizar la atención médica de la menor. Por daño a la salud, piden el valor equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes en favor de la menor. De igual manera, solicitan el pago de perjuicios morales, así: la suma de 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes y para Gloria Esperanza Ávila

¹ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo "01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf", pág. 3-6

Sánchez y la suma de 30 salarios mínimos legales mensuales vigentes para los demás demandantes.

1.1.1. Hechos.

Narran que la señora Nataly Paola Bravo Ávila se encuentra afiliada al sistema de seguridad social en salud del Ministerio de Defensa, como beneficiaria de su esposo, miembro de la Fuerzas Militares.

Que el 14 de enero de 2015, se diagnosticó con un embarazo de 7 semanas y una fecha aproximada de parto, el 2 de septiembre de 2015.

Que el 05 de febrero de 2015, el embarazo se calificó de alto riesgo, por antecedentes de hipertensión, preeclampsia y obesidad. Al valorársele por la especialidad de ginecología, se recomendó estudio de macrosomía.

Se determinó de manera posterior, que el feto tenía un perfil de crecimiento simétrico, armónico y con relaciones de segmentos corporales normales para la edad gestacional; no obstante, dicha ecografía, era limitada para la detección de alteraciones estructurales y marcadores de macrosomopatía por edad gestacional avanzada y tipo de ecografía solicitada.

Que el 25 de agosto de 2015, el embarazo se encontraba en término, con bienestar tanto maternal como fetal, y se programó el parto de manera natural, sin tener en cuenta el riesgo de obesidad de la madre, que podría indicar la macrosomía del feto.

Refiere que el 31 de agosto de 2015 asistió por urgencias a la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, en donde, pese a conocer la situación de riesgo, que el embarazo estaba a término y los síntomas, decidió remitirla a casa, con una reconsulta.

La situación de la paciente no mejoró y el día 2 de septiembre de 2015 decidió ir al Hospital Universitario San José de Popayán donde, luego de realizar pruebas diagnósticas, entre ellas una prueba referente al bienestar fetal, se decidió atender el parto por cesárea debido a la macrosomía del feto. La menor nació flácida, cianótica y con otras patologías que requirieron reanimación.

Alega que, para el 31 de agosto de 2015 ya había sufrimiento materno y que, la menor tuvo que ser sometida a un largo periodo de terapias psicomotrices, las cuales han sido aparentemente efectivas; sin embargo, el riesgo que a futuro presente nuevos problemas de salud por esta causa, no ha desaparecido.

1.2. La sentencia de primera instancia²

El Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito de Popayán, a través de sentencia del 28 de abril de 2023, accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda, en los siguientes términos:

² Expediente digital, carpeta 01PrimeraInstancia, archivo "SentenciaN066.pdf"

“PRIMERO. Declarar probada la excepción de falta de acreditación de falla en el servicio en relación con el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, de conformidad con lo expuesto

SEGUNDO: Declarar a la NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL, administrativa y patrimonialmente responsable de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional adquirida por la menor AITANA PAOLA SAAVEDRA BRAVO identificada con NUIP 1.166.466.205, por las razones expuestas.

TERCERO: CONDENAR a la NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL, a pagar las siguientes indemnizaciones:

POR PERJUICIOS MORALES

- Para AITANA PAOLA SAAVEDRA BRAVO identificada con NUIP 1.166.466.205 (Víctima), la suma equivalente a CUARENTA (40) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.

- Para NATALY PAOLA BRAVO ÁVILA, identificada con cedula de ciudadanía No 1.061.721.245 de Popayán Cauca y JOSÉ OSCAR SAAVEDRA ESQUIVEL identificado con cédula de ciudadanía No 1.110.537.595 de Ibagué, Tolima, en calidad de padres de la menor AITANA PAOLA SAAVEDRA BRAVO, la suma equivalente a CUARENTA (40) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, para cada uno.

- Para GLORIA ESPERANZA ÁVILA SÁNCHEZ , identificada con cédula de ciudadanía No 51.565.428 de Bogotá, D.C., FLORENCIO ARTURO BRAVO identificado con cédula de ciudadanía No 70.054.644 de Medellín, Antioquia, MARGARITA ESQUIVEL MONGUI, identificada con cédula de ciudadanía No. 26.649.760 de San Vicente del Caguán, Caquetá y JOSÉ FERNELI SAAVEDRA PÉREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 93.368.037 de Ibagué, Tolima, en calidad de abuelos de la menor AITANA PAOLA SAAVEDRA BRAVO, la suma equivalente a VEINTE (20) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, para cada uno.

POR DAÑO A LA SALUD

Para AITANA PAOLA SAAVEDRA BRAVO, en calidad de afectada, la suma equivalente a CUARENTA (40) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES por concepto de DAÑO A LA SALUD. El valor del salario mínimo será el vigente a la fecha de la sentencia.

CUARTO: Se niegan las restantes pretensiones de la demanda, de conformidad con lo expuesto.”

Advirtió que, de las pruebas obrantes en el expediente permitían concluir que existía un riesgo al no practicar la cesárea en tiempo dada la omisión por parte del Dispensario Médico en la valoración física de la paciente o en la remisión a un lugar especializado para practicar los exámenes correspondientes, pese a que como señala la Hoja de Evolución se encontraba en trabajo de parto, existiendo relación de causalidad entre la omisión que se predica y el daño ocasionado a la menor, pues se conocían los factores de riesgo en el embarazo de la paciente y no se tomaron los correctivos necesarios para la terminación del embarazo que incidió en la pérdida de capacidad laboral y el daño sufrido por la menor.

Lo anterior, por cuanto, de los elementos de convicción, podía extraerse que fueron practicadas diversas ecografías a la paciente que arrojaron resultados normales; que además, la madre fue diagnosticada con factores de riesgo por antecedentes de hipertensión, preeclampsia y obesidad mórbida, requiriendo manejo con aspirina, a su vez que consulto en reiteradas ocasiones por urgencias en las que se determinó como diagnóstico amenaza de aborto y falso trabajo de parto, entre otros, además de contar con alto riesgo de diabetes gestacional.

Que en la consulta del 31 de agosto de 2015, con un diagnóstico de dolor bajito, la Dirección de Sanidad del Ejército estableció que la menor se encontraba en fase de parto, con expulsión del tapón mucoso, sin realizarse tacto vaginal, ordenándose consultar nuevamente a la semana 40.

Que el 1 de septiembre de 2015, acude a urgencias del Hospital Universitario San José, donde se estableció la existencia de macrosomía fetal y se realiza cesárea. La menor nace con diagnóstico de macrosomía, síndrome de dificultad respiratoria, asfixia perinatal, hipertensión pulmonar severa, disfunción miocárdica severa y ductus arterioso persistente de 3 mm, lo que, entre otros, generó la pérdida de capacidad laboral en un 29,20%, de conformidad con el dictamen rendido por la Junta de Calificación del Valle del Cauca.

Concluyó que existió una omisión por parte de la Nación – Ministerio de Defensa – Ejército Nacional, al no ordenar la remisión de la paciente a un centro médico especializado para el seguimiento del trabajo de parto de la señora Nataly Paola Bravo Ávila y ni efectuar los exámenes físicos necesarios que permitieran establecer, entre otros la altura uterina, pues en efecto, consultó a las 6:45 p.m. del 31 de agosto de 2015, ante la Dirección de Sanidad y en trabajo de parto fue enviada a casa, sin observar sus antecedentes e ingresó nuevamente a las 10:30 AM del 1 de septiembre de 2015; omisiones que contribuyeron en el daño de la menor quien en el parto padeció asfixia perinatal y a la pérdida de capacidad laboral y ocupacional de la menor.

Conforme lo anterior, ordenó el reconocimiento indemnizatorio en favor de la menor, sus padres y abuelos y negó a los terceros afectados, teniendo en cuenta el porcentaje de pérdida de capacidad laboral -29,20%, determinado por la Junta de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, y los baremos fijados por el Consejo de Estado en sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014.

Asimismo, reconoció perjuicios por daño a la salud, tomando el porcentaje ya señalado y los topes indemnizatorios establecidos por el Órgano de Cierre de esta Jurisdicción.

Finalmente, negó el pago de perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente, comoquiera que no se arrojó prueba alguna relacionados con los gastos por concepto de medicamentos, cuentas médicas, entre otros.

1.3. La solicitud de conciliación³

Se encuentra el presente asunto para que el Tribunal se pronuncie sobre el acuerdo al que han llegado las partes. La constancia suscrita por el secretario del

³ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo "37EjercitoNacionalAllegaPropuestaConciliacion.pdf"

Comité Técnico de Conciliación y Defensa Nacional, del Ministerio de Defensa, señaló:

“El Comité de Conciliación por unanimidad autoriza conciliar de manera total con el siguiente parámetro: El 80% del valor de la condena proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo de Popayán mediante sentencia del 28 de abril de 2023.

El pago de la presente conciliación se realizará de conformidad con lo estipulado en los artículos 192 y subsiguientes de la Ley 1437 de 2011. (De conformidad con la Circular Externa No. 10 del 13 de noviembre de 2014, de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado).

II. CONSIDERACIONES

2.1. Conciliación judicial: presupuesto para su aprobación.

La conciliación como mecanismo alternativo de solución de conflictos, fue introducida en nuestra legislación por la Ley 23 de 1991, modificada por la Ley 446 de 1998 y desarrollada por la Ley 640 de 2001.

Normas derogadas por la Ley 2220 de 2002, en donde se expresó que la conciliación podría ser judicial, si se realiza dentro de un proceso -art. 5., en aquellos asuntos “que no estén prohibidos por la ley” -art. 6.

En materia contenciosa administrativa, la norma en cita previó:

“ARTÍCULO 89. ASUNTOS SUSCEPTIBLES DE CONCILIACIÓN EN MATERIA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. En materia de lo contencioso administrativo serán conciliables todos los conflictos que puedan ser conocidos por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, siempre que la conciliación no esté expresamente prohibida por la ley.

Podrán conciliar, total o parcialmente, las entidades públicas y las personas privadas que desempeñan funciones propias de los distintos órganos del Estado, por conducto de apoderado.

Podrá acudir a la conciliación extrajudicial sin que medie una intención de demanda y podrá ser presentada de común acuerdo por las partes de un eventual conflicto.

Para la procedencia de la conciliación no será necesaria la renuncia de derechos.

En asuntos de naturaleza laboral y de la seguridad social podrá conciliarse si con el acuerdo no se afectan derechos ciertos e indiscutibles.

Cuando medie acto administrativo de carácter particular, podrá conciliarse sobre los efectos económicos del mismo si se da alguna de las causales del artículo 93 de la Ley 1437 de 2011, evento en el cual, una vez aprobado el acuerdo por el juez contencioso administrativo, se entenderá revocado o modificado el acto y sustituido por el acuerdo.

En ese orden, determinó los asuntos no susceptibles de conciliación:

ARTÍCULO 90. ASUNTOS NO CONCILIABLES. No. son susceptibles de conciliación extrajudicial en asuntos de lo contencioso administrativo:

1. Los que versen sobre conflictos de carácter tributario.

2. Aquellos que deban ventilarse a través de los procesos ejecutivos de los contratos estatales.
3. En los que haya caducado la acción.
4. Cuando se pretenda la nulidad y restablecimiento del derecho, y aún procedan recursos en el procedimiento administrativo o este no estuviere debidamente agotado.
5. Cuando la Administración cuente con elementos de juicio para considerar que el lado administrativo ocurrió por medios fraudulentos.”

En relación con los presupuestos necesarios para dar lugar a la aprobación de la conciliación judicial, la legislación en comentario señaló que, los principios especiales en la materia, resultan aplicables al momento de estudiar los acuerdos conciliatorios por parte del juez de lo contencioso administrativo – par. 1 art. 91. Tales principios se expresaron así:

- “1. La salvaguarda y protección del patrimonio público y el interés general. En la conciliación en materia de lo contencioso administrativo la actuación se guiará siempre con miras a la protección y salvaguarda del patrimonio público y el interés general, por lo cual el agente del Ministerio Público en su carácter de conciliador deberá actuar y guiar a las partes para que en su fórmula de arreglo de las diferencias no se menoscabe esta salvaguarda y protección.
2. La salvaguarda y protección de los derechos ciertos e indiscutibles. En la conciliación en materia de lo contencioso administrativo el agente del Ministerio Público en su carácter de conciliador deberá actuar y guiar a las partes para que en su fórmula de arreglo de las diferencias no se menoscaben los derechos ciertos e indiscutibles, partiendo de la garantía de los derechos.
3. Protección reforzada de la legalidad. En la conciliación en materia contencioso administrativa el agente del Ministerio Público velará porque en la fórmula de arreglo de las diferencias no se comprometa la legalidad, salvaguardando que la misma sea conforme a la Constitución Política y la ley, esté conforme al interés público o social, no cause un agravio injustificado a una de las partes o a un tercero, o sea lesivo para el patrimonio público.”

Según el artículo 131 ibídem, “[e]n cualquier estado del proceso el juez o magistrado podrá autorizar al Ministerio Público para que realice labores de avenimiento entre las partes, con el fin de estructurar fórmulas de arreglo que serán sometidas a su posterior consideración.”

Entonces, corresponde al juez ante quien se someta a consideración el acuerdo conciliatorio, realizar las valoraciones correspondientes que le permitan concluir si este se ajusta al ordenamiento jurídico y si refleja favorabilidad cuantitativa para la administración⁴; para ello debe realizar un estudio comprensivo de las normas jurídicas, la jurisprudencia y la doctrina, de cara al material probatorio obrante en el plenario.

La conciliación, entonces, es un importante mecanismo para la composición de litigios y para la descongestión de despachos judiciales con el fin de asegurar un

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Exp. 15872, Auto de 20 de mayo de 1999.

eficaz acceso a la Administración de Justicia, tal y como lo ordenan el preámbulo y los artículos 2 y 229 de la Constitución Política. Pero esta consideración no puede conducir a la aprobación judicial mecánica de las conciliaciones de las partes, sin parar en la indebida utilización que se pueda hacer de esta institución en detrimento del tesoro público, comoquiera que la conciliación, como fuente reguladora de conflictos, supone la legalidad de la transacción jurídica, en tanto que la posibilidad de disponer de los intereses estatales debe ajustarse con rigor al ordenamiento vigente⁵ y, por ello mismo, exige previa homologación judicial.

En tales condiciones se tiene que la conciliación contencioso administrativa, como instituto de solución directa de conflictos, construida a partir de la capacidad dispositiva de las partes y cuya bondad -tal y como lo ha reconocido la jurisprudencia-, como fórmula real de paz⁶, en tanto borra las huellas negativas del conflicto y como instrumento de descongestión de los despachos judiciales, no puede convertirse en un procedimiento expedito para manejar arbitrariamente, por fuera y aún en contra del ordenamiento jurídico.

2.2. Análisis del caso concreto.

Se busca la aprobación del acuerdo conciliatorio al que llegaron las partes el 19 de octubre de 2023, mediante el cual la Nación-Ministerio de Defensa-Ejército Nacional, reconoce pagar el 80% de los perjuicios a los que fue condenado en sentencia del 28 de abril de 2023, proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito de Popayán. El valor sería pagado de conformidad con lo estipulado en los artículos 192 y subsiguientes de la Ley 1437 de 2011. (De conformidad con la Circular Externa No. 10 del 13 de noviembre de 2014, de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado).

Para establecer si es procedente la aprobación del acuerdo al que llegaron las partes, le corresponde a la Sala constatar el cumplimiento de cada uno de los requisitos señalados con anterioridad, así:

3.1.- Que sea un asunto susceptible de conciliación.

La conciliación judicial objeto del presente estudio, tiene su origen en la presunta falla en el servicio médico asistencial que le generó un daño antijurídico a la menor Aitana Paola Saavedra Bravo, concretado al momento de su nacimiento el 1º de septiembre de 2015.

⁵ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, Exp. 8331, Auto de 7 de febrero de 2002, en el mismo sentido Exp. 20801, Auto de diciembre 12 de 2001, actor Opus Ingeniería Ltda. Según la doctrina nacional *"en derecho administrativo la conciliación debe ajustarse rigurosamente a la solución jurídica que da el ordenamiento al conflicto planteado... (supone) necesariamente que en todos sus aspectos aquélla se conforme rigurosamente a la norma positiva. Es por ello que no se trata de un mecanismo jurídico que a cualquier precio permita la solución de litigios, sino uno que implica que dicha solución siendo justa equilibre la disposición de intereses con la legalidad...Debe estar claro que la conciliación en derecho administrativo supone el estudio jurídico pormenorizado del caso sometido a estudio. La conciliación en este campo, se insiste, no es sólo un problema de voluntad sino de legalidad y de conocimiento jurídico"* (MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO, La conciliación...Op. Cit., p. 15)

⁶ Como advierte la doctrina *"[l]as normas sobre conciliación no son más que la concreción de la filosofía liberal y pluralista en la solución de los litigios, que parte del reconocimiento del otro como forma de accionar social...Es decir, si la sentencia es la forma normal de terminación de un proceso en el cual las partes no pudieron avenir a un acuerdo, la conciliación es la forma anormal de terminación del litigio en el cual el acuerdo es posible precisamente por el reconocimiento del derecho ajeno"* (MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO, La conciliación...Op. Cit P. 10).

En ese orden, de conformidad con los artículos 89 y 90 de la Ley 2220 de 2022, el asunto resulta conciliable, por no estar expresamente prohibido en la ley, pues no se trata ni de un asunto tributario, ni es de aquellos que deban ventilarse a través de los procesos ejecutivos de los contratos estatales.

Adicionalmente, no ha operado el fenómeno jurídico de la caducidad, comoquiera que la parte actora tenía hasta el 02 de septiembre de 2017 -art. 164, numeral 2, literal i), para presentar la respectiva demanda; lo que ocurrió el 17 de marzo de 2017⁷; esto es, dentro de los dos años que establece la norma en comento.

3.4. Que el acuerdo no contraría los principios de la conciliación en asuntos de lo contencioso administrativo.

La Sala está obligada, no sólo a revisar el contenido de la conciliación, sino que este salvaguarde el patrimonio público y el interés general, no se menoscaben los derechos ciertos e indiscutibles y que la fórmula de arreglo de las diferencias no se comprometa la legalidad.

Para lo anterior, resulta necesario analizar los elementos probatorios que le permitan verificar la existencia de la obligación a cargo de la entidad.

La menor Aitana Paola Saavedra Bravo, nació el 01 de septiembre de 2015 y es hija de Nataly Paola Bravo Ávila y José Óscar Saavedra Esquivel, según registro civil de nacimiento⁸; últimos que contrajeron matrimonio el 26 de diciembre de 2013⁹

El centro de diagnóstico perinatal realizó informe de ecografía obstétrica transvaginal, en donde se encontró que “[ú]tero, ligeramente aumentado de tamaño, en su interior se observa saco gestacional con embrión en su interior de 0.9 cm, para una edad gestacional de 7 semanas con latido embriocárdico positivo”¹⁰

El 19 de enero de 2015 consulta a la Dirección de Sanidad del Ejército, no obstante, las anotaciones de la historia clínica resultan ilegibles.

El 05 de febrero de 2015, asiste al primer control prenatal en donde se registra que la paciente tiene factores de riesgo por antecedente de hipertensión, preeclampsia en la madre y obesidad.¹¹

En la Unidad de Medicina Materno Fetal -Pronacer, se le realizó ecografía genética el 03 de marzo de 2015, en donde se encontró:

“CRECIMIENTO FETAL feto único vivo cefálico, dorso izquierdo (LCR 6.6 cm) con crecimiento para 12.6 semanas de gestación, el crecimiento fetal es simétrico y armónico. Frecuencia cardiaca de 166 lpm, fecha probable de parto 09 DE SEPTIEMBRE DE 2015.

ANATOMÍA FETAL: No hay evidencia de alteraciones estructurales detectables

⁷ Expediente digital, carpeta 01PrimeraInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 251

⁸ Expediente digital, carpeta 01PrimeraInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 26

⁹ Expediente digital, carpeta 01PrimeraInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 27

¹⁰ Expediente digital, carpeta 01PrimeraInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 44

¹¹ Expediente digital, carpeta 01PrimeraInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 61

por ecografía a esta edad gestacional, se revisó detalladamente cráneo, estructuras intracraneales, columna, tórax, corazón con mesocardia y leve apex, 4 cámaras cardiacas, diafragma, hígado, suprarrenales, bazo, cámara gástrica visible y a la izquierda, presencia de 2 arterias umbilicales, pared abdominal, extremidades y falanges sin encontrarse ningún defecto aparente a esta edad gestacional por ultrasonido.

MARCADORES CROMOSOMOPATÍA; no se encontró ningún marcador para cromosomopatía para la edad gestacional sonolucencia nuchal 1 mm, hueso nasal presente, ángulo fronto maxilar 74°, ducto venoso de características normales. No datos de insuficiencia tricuspídea.¹²

Como diagnósticos ecográficos se plasmó:

“Diagnóstico ecográfico: Embarazo intrauterino de 12.6 semanas por US. Crecimiento fetal simétrico y armónico. Placenta marginal posterior G I. Cordón y líquido amniótico normales. Tamiz negativo para cromosomopatía. Tamiz negativo para parto pretérmino. Tamiz Negativo para Preeclampsia. Tamiz negativo para RCIU. No defectos estructurales por eco de I nivel.”

El 17 de marzo de 2015, se realizó informe de ecografía obstétrica de tamizaje genético entre semanas 11-16 por medicina materno fetal del Hospital Universitario San José de Popayán, en la que se registró:

“EMBARAZO INTRAUTERINO DE 15 SEMANAS 1 DIA POR ULTRASONOGRAFÍA (US):
o NO EVIDENCIA DE ALTERACIONES ESTRUCTURALES MAYORES DETECTABLES POR ECOGRAFÍA A ESTA EDAD GESTACIONAL (EG) o PLACENTA CON IMPLANTACIÓN NORMAL,
o LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL,
o VARIABLES BIOFÍSICAS NORMALES, o PESO FETAL ADECUADO PARA LA EG
TAMIZAJE ECOGRÁFICO PARA CROMOSOMOPATÍA NO EVALUABLE POR EDAD GESTACIONAL AVANZADA
TAMIZAJE ECOGRÁFICO NEGATIVO PARA PREECLAMPSIA DE APARICIÓN TEMPRANA:
o DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS CON IPm NORMAL
o NOTCH DE ARTERIA UTERINA
DERECHA BIENESTAR FETAL CONSERVADO AL MOMENTO DEL EXAMEN.
FECHA PROBABLE DE PARTO POR ECO: 7 DE SEPTIEMBRE DE 2015”¹³

Ingresa al servicio de urgencias del Hospital Universitario de San José de Popayán el 21 de abril de 2015, por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor a nivel de hipogastrio irradiado a toda la región abdominal, asociado a cefalea frontal de moderada intensidad, epigastralgia, flujo abundante hace una semana blanco no fétido, no descargas vaginales ni sangrado¹⁴. Se diagnosticó con infección en vías urinarias y amenaza de aborto¹⁵.

Acude a la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional el 24 de abril de 2015, para control prenatal¹⁶

¹² Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 76-78

¹³ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 87

¹⁴ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 99

¹⁵ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 104

¹⁶ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 116

El 15 de mayo de 2015, se le realiza ecografía endocavitaria transvaginal para medición de longitud cervical (cervicometría) por medicina materno fetal. Según el informe del examen, se registró el riesgo de parto pretérmino y como opinión “cervicometría normal”¹⁷. Ese mismo día se le realizó ecografía obstétrica de I nivel, en donde se registró:

“ANATOMÍA FETAL:

- No se identificaron alteraciones estructurales aparentes detectables por ultrasonografía a esta edad gestacional; evaluación limitada para detección de alteraciones estructurales y marcadores de cromosomopatía por tipo de ecografía solicitada.”¹⁸

En el informe de ecografía obstétrica III nivel realizada el 2 de junio de 2012, en el que se registró, respecto de la biometría fetal, lo siguiente: “[s]e realizó exploración integral consistente en evaluación de medidas cefálicas, abdomen y huesos tubulares largos encontrándose feto con perfil de crecimiento simétrico, armónico y con relaciones de segmentos corporales normales para la edad gestacional.”¹⁹

Consulta el 19 de julio de 2014 en el Hospital Universitario San José, por “falso trabajo de parto antes de la 37 semana de gestación”²⁰

Ingresa nuevamente a ese centro médico el 31 de julio de 2015, donde se registró en la historia clínica: (se transcribe con errores)

“GESTANTE CONCOIDA POR LE SERVICIO EN VARIAS OCASIONES HOSPITALIZADA LA ULTIMA OCASION EN JULIO 18 AL 19 POR APP SE DESCARTO PROCESO INFECCIOSO, EN EL MOMENTO CURSANDO CON 35 SEMANAS 5 DIAS POR ECO TEMPRANA, ECOS MUESTRAN ADECUADO CRECIMIENTO, TRAE CTG CON 75 GRAMOS LA CUAL ES NEGATIVA, EN EL MOMENTO NARRA ESTAR BIEN NIEGA SANGRADO, NO AMNIOORREA NO PRECONVULSIVOS, NARRA MTOS FETALES EN FORMA ADECUADA, NO SINTOMAS URINARIOS, NARRA DOLOR EN HIPOGASTRIO CUANDO HAY MTOS FETALES, NARRA ADECUADAS REDES DE APOYO, NO ESTRES NO DEPRESION NO VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PENDIENTE COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION , YA TIENE ORDENES”²¹

El 19 de agosto de 2015 se le realiza nueva ecografía obstétrica de I nivel, en la que se concluye:

- VENTANA ECOGRAFICA LIMITADA POR EDAD GESTACIONAL AVANZADA Y PANICULO ADIPOSO MATERNO
- EMBARAZO DE 38 SEMANAS
- PESO FETAL ESTIMADO EN PERCENTIL 63.2° PARA LA EDAD GESTACIONAL (EG)
- PLACENTA CON IMPLANTACIÓN NORMAL
- LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL • BIENESTAR FETAL CONSERVADO AL MOMENTO DEL EXÁMEN”

¹⁷ Expediente digital, carpeta 01PrimeralInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 126-127

¹⁸ Expediente digital, carpeta 01PrimeralInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 129-128

¹⁹ Expediente digital, carpeta 01PrimeralInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 137-140

²⁰ Expediente digital, carpeta 01PrimeralInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 151

²¹ Expediente digital, carpeta 01PrimeralInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 155

Radicado: 19001-33-33-005-2018-00245-01
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: NATALY PAOLA BRAVO ÁVILA Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN – E.S.E. Y OTROS

Ingresa nuevamente al Hospital Universitario San José por consulta ambulatoria de medicina especializada, el 25 de agosto de 2015²², en la que se plasma como impresión diagnóstica “supervisión de embarazo de alto riesgo” y como conducta se registra “GESTANTE CON EMBARAZO A TERMINO CON BIENESTAR MATERNO Y FETAL”²³

La paciente acude el 31 de agosto de 2015 a la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional – Establecimiento de Sanidad Militar 3005, por “dolor bajito”. Se registra:

“La paciente refiere que tiene cefalea, ha tomado acetaminofén que no se le quita del todo y ha tenido dolor en el hipogastrio que se irradia a la espalda, cree que no son contracciones. Refiere que siente al bebé y hace 2 días tuvo salida de moco café escaso. – Niega sangrado ni perdida de líquido x vagina – niega síntomas premonitorios – Edad gestacional x (ilegible) → 39,4 sem

AP = obesidad mórbida + cirugía bariátrica

EF: Buen estado general – hemodinámicamente estable – cardiopulmonar sin alteraciones

Abdomen = útero grávido no reactivo, feto único vivo dorso derecho FCF x Doppler 147 lat x mm – movimientos fetales + - no hay dolor a la palpación ni megalias – tacto vaginal NO se realiza (...) No se realiza tacto vaginal x no manipular área genital ya que no hay actividad uterina pero si hay expulsión de tapón mucoso.

(...)

Comentario = paciente primigestante que consulta x cefalea y dolor bajito, no hay síntomas premonitorios y las cifras de PA están dentro de la normalidad, se le explica que ya está en fase de parto x haber expulsado el tapón mucoso y que los dolores que siente son contracciones, en el momento no hay signos de alarma en el examen físico de la mamá, ni en el embarazo en este momento; que se trata de un embarazo que está llegando a las 40 sem reglamentarias y por lo tanto debe estar atenta a los movimientos fetales, perdida vaginales, (ilegible) contracciones frecuentes – Debe consultar el día que se cumpla las 40 semanas si aun no ha tenido contracciones ya que hay que hacerle (ilegible) y verificar si se le induce al parto a las 40 sem – se le indica que si se siente mal consulte antes porque debe tener controles médicos seguidos en este momento del embarazo – se le explica ampliamente a la paciente las recomendaciones y signos de alarma para reconsultar”²⁴

El 1º de septiembre de 2015²⁵, consulta al Hospital Universitario San José de Popayán, por lo siguiente (se transcribe con errores):

“PACIENTE G1P0 CON EMBARAZO DE 39.6 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE LA SEMANA 7 (14/01/15), PACIENTE QUE ASISTE POR INICIO DE ACTIVIDAD UTERINA DESDE HACE 12 HORAS APROXIMADAMENTE SECRECION DE TAPON MUCOSO NO AMNIOORREA NO HEMORRAGIA PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES” (...)

En las anotaciones médicas se describe (se transcribe con errores):

“ANALISIS CLINICO INTERNACIONAL PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO EN FASE ALLENTE DEL TRABAJO DE PARTO PELVIS GINECOIDE JUSTA

²² Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 173

²³ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 174

²⁴ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 178-179

²⁵ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 180

FETO QUE APARENTA GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL SE DECIDE SOLICITAR PRUEBAS DE BIENESTAR FETA Y BIOMETRIA”

“NOTA DE EVOLUCION REALIZADA POR LORENA PEREZ VARELA RII GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. PACIENTE G1PO, EMBARAZO DE 39.6 SEMANAS, QUIEN ACUDE POR INICIO DE ACTIVIDAD UTERINA + EXPULSION DE TAPON MUCOSO, SE TOMA BIOMETRIA PEF 4174 ILA 24,2. AHORA EN FASE LATENTE DE TRABAJO DE PARTO, FETO ALTO, MINITORIA FETAL TNS REACTIVA, AL EXMANEN FISICO ALERTA, COLABOIRADORA, CP NORMAL, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR, UTERO NO REACTIVO, FCF 134 LPM, TV DILATACION 2 CM, BORRAMIENTO 60%, ESTACION -2, MEMBRANS INTEGRAS, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, SNC ALERTA, SIN DEFICIT SENSOMOTOR, FC 89 FR 22 T 36.5 TA 100/70. Nota Intermedia PlanPACIENTE PRIMIGETANTE, EMBARAZO A TERMINO, FASE LATENTE DE TRABAJO DE PARTO, SOSPECHA DE MACROSOMIA FETAL, ILA EN SUPERIOR NORMAL, DESPROPORCION FETO PELVICA, SE PASA TURNO PARA CESAREA POR MACROSOMIA. SE PREPARA PARA CESRAEA”

“NEONATOLOGIA HIJO DE MADRE DE DE 26 AÑOS G1 PO CON CPN POSITIVO , SEROLOGIA VDRL NO REACTIVO , VIH NEGATIVO, IGM IGG ANTITOXOPLASMA NEGATIVOS ,NACE A LAS 16:34 H CON LIWQUIDO AMNIOTICO CLARO, NACE FLCIDO, DEPRIMIDO SIN ESFUEFTZO RESPIRATORIO OCN APGAR DE 2/1MIN 4/5MIN 69/10 MIN 6 715 MIN 7 /20 MIN, REQUIERRE MANIOBRAS DE RCP, ASPIRACION OROTRAQUEAL Y VPP, SE OBSERVA RECIEN ANCDIO PLACIDO CIANOTICO, MEDIADAS ANTROPOMETRICAS PESO 4040 G TALLA 55 CM PC 36.5 CM PT 36 CM PA 36. CM , FC POSTREANIMACION 120/MIN FR 35/MIN CABEZA FONTANELA NOMOTENSA ,HIPOTONICO, FLACIDOTORAX SIMETRICO NORMEXPANSIVOPULMONES MURMULLO VESICUALR PRESENTE ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMOANRES CARDIOVASCUALR RUIDOS CARDIACSO RITMICOS NO SPLOS PULSOSO EPRIFERICOS PRESENTES Y SIMETRISCO LLENADO CAPIALR 4 SEG ABDÉOMN GLOBOSO EPRISTALTIMSO NEGATIVO ,PNO HEPTOMEGALIA PRESENTA EVACUAION DE MECONIO PIEL CIANOTICA , ANICTERICA.PALIDAGENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS FEMENINOS .PRESENTAD DIUREISI POSITIVA NECROLOGICO HIPOTONICA .PLACIDA , SOMNOLINETA SE REALIZA RCP CPON VPP, SE REALIZA PROFILAXISA OCUALR CON TERRAMICINA OFTALMICA, SE APLICA FITOMETADIONA IM, 1 CC, SE R4REALIZA PROFILAXIS EN MUÑON UMBILICAL CON ALCOHOL, SE TOMA MUESTRA PARA TSH NEOONALTAL ,SE INFORMA A LOS PADRES EL ESTADO CLINICO DE LA RECIENA NCDIA Y LA NECESIDAD DE MANEJO EN UNIDAD DE NEONATOLOGIA PARA CONTNUAR TRATAMIENTO.DX RECIEN NACDIO A TERMINO DE 40 S POR BALALRD CON PESO Y TALLA GRANDE PARA LA EDÁD GESTACIONALDIFICULTAD REPSPIRATORIA ASFIXIA PERINATAL SE TRANSLADA A UCI NENATLA PARA CONTNUAR TRATAMIENTO Nota Intermedia PianPACIENTE4 QUIEN NACE HOY A LAS 16:35 H EN MALAS CONDICIONES GENERALES REQUIERE MANIOBRAS DE RCP CON VPP SE TRANSLADA A UCI NEONATAL”

“UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICAPACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD, EN POP DE CESAREA INDICADO POR MACROSOMIA FETAL, HALLAZGOS QUIRURGICOS: A U\S 16:44 NACE RECIEN NACIDO DE SEXO FEMENINO APGAR 2-4-6 PESO 4040 GRAMOS, LIQUIDO AMNIOTICO CLARO EUTERMICO NO FETIDO, PLACENTA NORMAL, ANEXOS NORMALES, SIN SIGNOS DE INFECCION INTRAMNIOTICA, , PROCEDIMIENTO REALIZADO BAJO ANESTESIA RAQUIDEA, SIN COMPLICACIONESS: (...)

Radicado: 19001-33-33-005-2018-00245-01
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: NATALY PAOLA BRAVO ÁVILA Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN – E.S.E. Y OTROS

“INGRESO A SALA DE GINECOLOGIA. PACIENTE DE 26 AÑOS. CON DIAGNOSTICOS DE 1. POP CESAREA INDICADA POR DESPROPORCION POR FETO MACROSOMICO”

En la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal, es ingresada la menor el 1º de septiembre de 2015, por lo siguiente (se transcribe con errores):

“Motivo de consulta: RECEIN NACIDO TRANSLADADO DE QUIROFANO POR ASFIXIA PERINATAL, DIFICULTAD REPSIRATORIA, MACROSOMIA

Enfermedad actual: RECEIN NACIDO TRANSLADADO DE QUIROFANO POR ASFIXIA PERINATAL .DIFICULTAD REPSIRATORIA .MACROSOMIA. HIJO DE MADRE DE AÑOS CON CONTROL PRENATAL POSITIVO.VDRL SEROLOGIA NO REACTIVA .VIH NEGATIVO. IGG IGM ANTITOXOPLASMA NEGATIVO. NACE A LAS 16:34 H POR CESAREA POR DESPROPORCION FETOPELVICA. CON LIWQUIDO AMNIOTICO CLARO .APGAR 2/1MIN .4/5 MIN 6/10MIN 6/15MIN 6/20 MIN REQUIRIO MANIOBRAS DE RREANIMACION CARDIOPULMONAR CON ASPIRADO DE BOCA NARIZ ESTIMULACION Y VPP . PERMANECE PLACIDO HIPOTONICO CIANOTICO MAL PERFUNDIDO , MEJORA FC .SE RELIZA PROFILAXIWS OCUALR CON TERRAMICINA OFTALMICA. ALCOHOL EN MUÑON UMBILICAL . FITOMETADIONA. SE TOMA MUESTRA PARA TSH NEONATAL . SE INFORMA A LOS PADRES E34L ESTADO CLINICO Y PRONOSTICO”²⁶

El 12 de septiembre de 2015 la menor continuaba en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal, por diagnóstico de “P210 ASFIXIA DEL NACIMIENTO, SEVERA”, “P293 PERSISTENCIA DE LA CIRCULACION FETAL” y “E872 ACIDOSIS”²⁷

Se registra (se transcribe con errores):

“PACIENTE EN 12 DIAS DE VIDA Y DE HOSPITALIZACION CON DX 1) ASFIXIA PERINATAL SEVERA2) SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA 3) HIPERTENSION PULMONAR PERISISTENTE4) ENCEFALOPATIA HIPOXICOISQUEMICA5) DISFUNCION MIOCARDICA EVENTOS: SIN DISTERMIAS, TOLERA LA VIA ORAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,SIN SRIS, SIN DISTERMIAS, ICTERICIA CLINICA KRAMER 1 LEVE, DIURESIS ADECUADA, NO CONVULSIONES”

“AGIENTE RNAT-PTAEG DE 39SS, CON ANTECEDENTES DE : ASFIXIA PERINATAL, SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA, QUE REQUIRIÓ VENTILACION MECANICA, CURSÓ CON DISFUNCION MIOCARDICA SEVERA POR LO QUE REQUIRIÓ MANEJO CON INOTROPICOS, ADEMAS RECIBIÓ FOTOTERAPIA POR ICTERICIA NO HEMOLITICA LA CUA L RESOLVIO, CON ECOCARDIOGRAMA DEL 07/SEPT/15 QUE REPORTA FORAMEN OVAL PERMEABLE/ DISFUNCION MIOCARDICA RESUELTA, CON FUNCION RENAL Y ELECTROLITOS DEL 06/SEPTIEMBRE DE 2015 NORMALES, CUADRO HEMATICO DEL 09/09/2105 NORMAL, PCR NEGATIVA DEL 06/09/15, , CON TAC CDEREBRAL SIMPLE DE AYER REPORTADO COMO

²⁶ Expediente digital, carpeta 01PrimeralInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 208

²⁷ Expediente digital, carpeta 01PrimeralInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 202-204, 211

ESTUDIO NORMAL, REVISADO POR DRA. GLORIA MARTINEZ, QUIEN REFIERE QUE TAC CEREBRAL ES NORMAL, ORDENA ALTA MEDICA, NO REQUIRIÓ MANEJO ANTIBIOTICO , NO REGISTRÓ EPISODIOS CONVULSIVOS DURANTE HOSPITALIZACION, DE MOMENTO SIN CONVULSIONES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLEFta DE FORMA ADECUADA LA VIA OFtAL, NO DISTERMIAS, NO SRIS, NO ASPECTO SEPTICO, DIURESIS Y DEPOSICION POSITIVA, SIN SIGNOS CLINICOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. POR ESTABILIDAD NEUROLOGICA, HEMODINAMICA, RESPIRATORIA , METABOLICA Y PARACLINICA NEONATOLOGA Y PEDIATRA D E TURNO ORDENA ALTA MEDICA:”

El 19 de enero de 2016, la menor es diagnosticada con trastorno específico del desarrollo de la función motriz²⁸

Dentro del proceso, se recibió las declaraciones de los médicos que atendieron a la madre de la menor. Uno de ellos, el señor **Roberth Alirio Ortiz Martínez**, quien realizó el control prenatal en 2 oportunidades, una de ellas por una amenaza de aborto, resuelta; y la otra, por amenaza de parto pretérmino.

A la pregunta que se le hiciera si para las atenciones médicas, existían indicios de un feto macrosómico, respondió:

“Los crecimientos fetales se pueden dar de varias formas: la primera es un buen examen físico, uno de ello es la altura uterina: tiene curvas de crecimiento de unos percentiles. Debajo de percentil 10, hablamos de feto pequeño y percentil bajo 90 hablamos de un feto grande. Ella tenía una uterina 10 a 90 percentiles, o sea, crecimiento adecuado. Además, aportaba para esa época una ecografía en donde también se apreciaba un crecimiento adecuado para la edad gestacional. Teniendo en cuenta la eco y examen físico se evidenció crecimiento adecuado para edad gestacional. A esa época se tiene en cuenta eso. No se tenía ningún dictamen para tener alguna intervención.”

Es decir, que para el 19 de agosto había un percentil adecuado para la edad gestacional, “de momento el feto estaba creciendo sano, en buen percentil.”; sin que hubiese “indicación para un procedimiento quirúrgico”, es decir, para que se ordenara el parto a través de cesárea.

Recordó que la paciente tenía un embarazo de alto riesgo, por antecedentes diabéticos, previa cirugía bariátrica de 40 kilos, había sobrepeso materno; sin que ello significara que debía ordenarse la cirugía.

Por su parte, **Oscar Enrique Ordóñez Mosquera**, quien atendió a la madre en el servicio de urgencias el 18 de julio de 2015, por una amenaza de “aborto pre término”, refirió que si bien presentaba factores de riesgo, especialmente la obesidad, no resultaba necesario atender el parto por cesárea, pues ello implicaba el riesgo de otros factores como infecciones, anestésicos, entre otros.

El señor **César Augusto Rendón Becerra**, quien atendió a la paciente cuando ya se le había realizado la intervención quirúrgica, explicó que, según su nota, se atendió a la madre por “la proporción de feto de vida demasiado grande”, lo que se determinaba “dentro del control clínico y teórico, uno tiene que observar los

²⁸ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “01CuadernoPrincipalUnoyDos.pdf”, pág. 231

factores de riesgo del paciente. Si la paciente tiene algún factor de riesgo. Por ejemplo, una diabetes gestacional, obesidad o alguna infección, influye en el embarazo. Para establecer el diagnóstico lo que se hace es un seguimiento ecográfico a lo largo del embarazo. Tamizajes de paciente, a veces a la mitad, a veces al final, cuando lo requiera para verificar el crecimiento que tiene el feto, pues esto indica un crecimiento normal, alto o bajo. Hay unas tablas para determinar si el feto va creciendo normal o bajo o alto de peso.”

A su vez, la señora **Gloria Elizabeth Martínez Orozco**, quien observó a la paciente en diferentes oportunidades, señaló:

“La señora consulta de forma espontánea el día 1º de septiembre de 2015, porque presenta dolor e inicia contracciones y ese día a las 16:34 nace por cesárea. Es llevada por desproporción, la bebé nace flácida, sin fuerza respiratoria. La puntuación de ABGA significa: la puntuación con la que nacen normalmente los bebés es de 10/10. La paciente tenía un **escorio** de 2, lo que indica que requirió reanimación pulmonar. Recibe reanimación cardio pulmonar con ventilación con presión positiva. Mejora la presión cardiaca, pero continúa con cianosis y por esta causa requiere oxígeno. Se intuba a la paciente. Se administra para intervención cardio pulmonar, que posteriormente se confirma con el electrocardiograma. Para sus condiciones indicaba que se trataba de una asfixia prenatal severa, con una oncocéfala por lo cual se decidió administrar hipotermia terapéutica”.

“Los diagnósticos de la bebé son: primero, nacida a término; 40 semanas, con un peso, talla grande para la edad gestacional. Esto confirma la causa por la que le habían indicado cesárea por macrosomía fetal. Aitana, tiene una falla respiratoria, tiene una **sinopsis** metabólica, hipertensión pulmonar, disfunción, un encefalotopía, un antecedente importante de hija de madres obesa, hija de madre con riesgo alta de diabetes gestacional, madre primeriza”.

“Aitana hace una falla orgánica multisistémica, desde el ingreso y la corrección de cada una de estas hace que Aitana pueda salir de UNI, para seguir con sus controles. Tenemos que entender que la asfixia prenatal es una patología que puede ocurrir incluso sin tener factores de riesgo. Sin embargo, Aitana si los tuvo, se catalogó durante toda su historia clínica.”

“La causa de la cesárea que ellos determinaron es por desproporción macrosomía fetal y si revisamos los porcentajes la talla para Aitana: 4400 gramos para porcentaje de 90, talla de 55 centímetros para un percentil de 83; para el peso y la talla nos da un percentil de 93. El perímetro cefálico de 36,5 centímetros nos da un percentil de 98.6, todo esto indica que si se trataba de un paciente macrosómico. Se ha podido clasificar el riesgo y nuestra madre tenía un riesgo de número 4”
“Número 1, no tiene factor de riesgo; número 2 un factor de riesgo ante parto; Aitana tenía madre primeriza, obesa e hipertensa con un riesgo de diabetes gestacional; número 3, es un riesgo intraparto; Aitana tiene la desproporción, y número 4, es un riesgo que tenga clase 2 + clase 3, que era lo que la paciente era.”

Adicionalmente, se practicó el **dictamen pericial** del señor **William Daniel Moreno Delgado**, quien concluyó:

1. No se proporcionó por parte de la aseguradora o de la entidad promotora de salud, un programa de control prenatal adecuado teniendo en cuenta la cantidad

de citas recomendadas (10 citas) por la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del ministerio de salud y protección social publicada en el año 2013 y que tenía vigencia para la fecha de atención de la paciente. Donde no recomiendan un número reducido de citas ya que esto se asocia con un aumento de las complicaciones y mortalidad perinatal, como sucedió en este caso de la paciente NATALY PAOLA BRAVO ÁVILA.

2. Se evidencia mala calidad de historia clínica tanto del dispensario de sanidad militar como del Hospital Universitario San José, dado que no se llevó a cabo seguimiento adecuado de los antecedentes y/o diagnósticos de esta paciente con la hipertensión crónica o hipertensión materna. Así como fallo en el registro de los hallazgos operatorios del procedimiento quirúrgico realizado en el Hospital Universitario San José.

3. Se precisa falta en el programa de seguridad del paciente y buenas prácticas, ya que no se evidencia firma del consentimiento informado donde se le explique a la paciente el procedimiento a realizar, los riesgos y beneficios de una cirugía y donde el paciente firme y autorice la realización de este.

4. Hubo demora en la terminación o finalización del embarazo, dado al diagnóstico de hipertensión materna, teniendo en cuenta las recomendaciones de las guías internacionales donde se debe realizar sobre las semanas 38-39, ya que a esta edad gestacional se optimiza los resultados fetales y disminuye la morbilidad neonatal; pese a que la paciente fue valorada en control prenatal en Hospital Universitario San José con 39 semanas de gestación y posteriormente tuvo valoración por médico general en sanidad militar con 39, 4 semanas de gestación, afectando así la calidad de atención proporcionada a NATALY PAOLA BRAVO ÁVILA.

5. Se debe mencionar que en el proceso de atención cuando se realizó la finalización del embarazo, el tiempo transcurrido desde la solicitud de cirugía y la hora de nacimiento del neonato fue de aproximadamente 3 horas con 50 minutos, tiempo adecuado en el contexto de una cirugía de no emergencia. Pero los hallazgos del recién nacido deprimido con APGAR bajo a los 5 minutos (que tiene asociación a pobres desenlaces neonatales así como resultados neurológicos adversos) hace surgir dudas con respecto al protocolo realizado para la reanimación del neonato.”

En la audiencia de pruebas, al practicarse la contradicción, el perito indicó:

“Tenemos un apaciente, que llega a su primera consulta prenatal, en semanas. Es importante mencionar que el médico general, que fue el primer médico que la valoró, registra en la historia clínica, que es muy importante, un antecedente de obesidad y antecedente de cirugía bariátrica, asociado a eso, registra una hipertensión arterial, que estaba en control con un fármaco. Que esto es el abordaje y la caracteriza como una paciente de alto riesgo. Esto fue el 10 de enero del 2015, al encontrar el doctor eso, el médico general solicita una valoración con médico especialista, el cual es valorada el 5 de febrero de 2015, estando con 10 semanas. Quiero resaltar, que en esta valoración se hace la anotación de antecedente de obesidad, cirugía bariátrica e hipertensión y se cancela el medicamento que venía tomando e indica una serie de exámenes y un control posterior. En esta primera consulta, con el obstetra, indicó un medicamento que debía haberse tomado la paciente; pero no vi en el registro en qué momento estaba la toma del medicamento, pero fue muy claro que ese medicamento que debía usar era aspirina. ¿Qué encuentro en el documento?, es que, para el mes de febrero y para marzo, la paciente no tiene control o no se encontró que tuviese

una valoración por médico especialista para el mes de marzo. Solamente hasta el mes de abril, obra en el expediente de la historia clínica, ya con 20 semanas, estamos hablando de la mitad de una gestación. Consultó fue por urgencias, no fue un control prenatal. En esa valoración por urgencias, no hubo ninguna alteración importante y le dan egreso. Posteriormente en ese mismo mes de abril, ya tenemos la paciente 21 semanas, vuelve a un control prenatal, ya sería su tercer control prenatal, apenas, en toda la gestación. Pero es valorada por un médico general y esta valoración indica que a la paciente la habían suministrado aspirina, pero la paciente y pone ahí el médico general “no ha iniciado el medicamento hasta que no sea valorada nuevamente por el obstetra”. Qué pude deducir de ese punto: aunque el obstetra informa que ese medicamento debía ser tomado para disminuir riesgos en el embarazo, la paciente no tuvo un adecuado seguimiento o control con el obstetra, porque a las 10 semanas ya no es el momento indicado que se debe tomar. En esa misma valoración indican unos exámenes a la paciente, sobre todo por ese antecedente de obesidad y teniendo una cirugía bariátrica, y aunque haya tenido cirugía bariátrica, si puede bajar de peso. Todos esos trastornos y alteraciones por la obesidad generan en nuestro organismo y en nuestro desarrollo metabólico. Le indicaron unos exámenes, para tratar de descartar diabetes o azúcar alta. En esta historia clínica no encontré resultados de esos exámenes. Luego pasamos al mes de mayo, hasta ese momento la paciente tiene reportes de ecografías donde todo estaba normal y después de esa fecha no hay registro de controles prenatales y especialistas, si no hasta pasado el mes de julio, para ser exactos el 31 de julio, donde la paciente tiene un control prenatal especial en el Hospital San José. Me llama la atención de ese punto, porque antes de la semana 10 hasta la semana 35, estamos hablando de 20 semanas, 4 meses y la paciente tuvo que tener un control prenatal riguroso, por sus antecedentes, debía ser valorada por ginecobstetra. En ese momento, con la valoración del mes de julio, con 35 semanas, el médico ginecobstetra, en esta parte de la historia clínica ya no encuentra registrado los antecedentes de la hipertensión materna, no hay un orden. Entonces se desconoce que la paciente tiene una alteración o si estaba bien controlada por su hipertensión crónica o en lo peor de sus casos que estuviera desarrollando una enfermedad asociada por el antecedente de la hipertensión. En ese momento dan una orden de una ecografía y un control para una siguiente valoración. La paciente entonces, para el 19 de agosto le realizan una ecografía y tiene una nueva valoración de control prenatal ya con 39 semanas, en el Hospital San José; y en esta nueva valoración tampoco queda registrada la hipertensión crónica; y quiero decir que, las guías que están dadas para pacientes con hipertensión son muy claras; los seguimientos, las tomas, los exámenes, las ecografías y las fechas para finalizar. En este caso no hay duda, porque tanto el médico general y en la primera valoración por el especialista, está registrada ese antecedente, de hecho, estaba medicada, o sea no había sospecha de que tenía alteración. Para la valoración del 19 de agosto no está el registro de la hipertensión, como ya lo mencioné, pero consideran que el embarazo venía normal y decidieron finalizar o hacer seguimiento a la semana 40. Las guías tanto nacionales como internacionales, recomiendan que la finalización del embarazo debe hacer entre semana 38 y 39. En ese momento de la valoración la paciente ya contaba con 39 semanas; para ese momento solo tenía 3 controles prenatales con médico especialista con 39 semanas. Para la fecha que fue atendida Nataly, para el año 2015, las guías del Ministerio de Salud, que se llaman práctica clínica, donde recomiendan que las pacientes que han sido categorizadas por alto riesgo deben seguir de al menos 10 controles prenatales, nosotros interpretamos al menos como un mínimo, dado que en el último aporte se está acercando a la fecha del nacimiento, los pacientes requieren un poco más de seguimientos, más rigurosos, más estricto, más seguido. Es que la paciente solo recibió 3 valoraciones por médico especialista. El 31 de agosto, ya tenía 39 semanas con 4 días, ya estaba por fuera de ese rango de seguridad o final del embarazo, porque se ha evidenciado que las pacientes con hipertensión crónica,

cuando se pasa de las 39 semanas o se llega a más allá de las 39 semanas, hay un riesgo de morbilidad materna y el problema asociado a bebé, que esos problemas pueden ser mórbidos o exista un tipo de alteración. Para el 31 de agosto, hay una consulta como de urgencia en Sanidad Militar, con dolor bajito, asociado por una secreción acuosa por genitales, la paciente es valorada por médico general del dispensario, en donde considera por esos hallazgos, por el examen físico, concluye que está en parto y le da una recomendación y se le dice a la paciente que puede esperar y volver a la semana 40 por término de embarazo. Es importante valorar que, en el dispensario a pesar de haber un examen físico, **no encontré ahí puntos importantes y es el de la altura uterina y el del tacto vaginal; menciono esto, porque es una valoración directa, para tratar de corroborar como viene los bebés y si la altura no es adecuada debemos sospechar que algo está pasando con el bebé; que está creciendo muy grande o muy pequeño. No hubo tacto vaginal a pesar de que la paciente informara la secreción acuosa por genitales, entonces es dada de alta.** Para el día siguiente consulta al Hospital San José, en esa valoración el 1 de septiembre de 2015, a las 10:30, con 39 semanas 6 días, tampoco hay registro del antecedente de hipertensión arterial. Se solicita una prueba para ver cómo está el bebé, un monitoreo, es una de tantas formas de ver cómo está el bebé. Ellos reportaron que estaba bien, pero realizan un examen de cuello uterino, encuentran un vientre grande y le hace sospecha que el bebé viene grande o con más peso de lo normal y lo llamamos macrosomía. Indica una necesidad de una ecografía. Se la realizan la ecografía con un resultado de un bebé de 4171 gramos, para un bebé más alto de lo esperado; macrosomía fetal. Para nosotros la indicación es finalización del embarazo y esta debe ser vía cesárea. Entonces indican cesárea, la diferencia de la atención en el Hospital San José, donde sospechan de macrosomía por la altura uterina, fue de un día para otro, quiero resaltar, ese punto. **Es que cuando fue valorada en el dispensario no hicieron una medición de la altura uterina, considero que, si en ese momento se hubiera realizado, hubiera encontrado una alteración y podría haber gestionado la valoración con el especialista o una remisión al lugar especializado para que hiciera ese cálculo y así hubiera finalizado el embarazo.** Es llevada a cirugía. A las 2:45 es la orden y a las 4:45 es el nacimiento; o sea, pasaron 2 horas aproximadamente, donde hay un escenario que es acorde y no cuando es una emergencia, donde este corriendo el riesgo de la madre. Que sucedió ahí, no encontré nota operatoria y no encontré el consentimiento informativo del procesamiento quirúrgico. En la nota de neonatología: nace sobre las 4:30, feto nace flácido, deprimido, sin esfuerzo respiratorio, peso de 4449 gramos y un Apgar de 2, 4 y 6: cuando el APGAR es muy bajo, lo recomendable es una reanimación.

Respecto de la macrosomía fetal, explicó:

“el embarazo se debe finalizar a un término completo, que es a la semana 39, pero en el escenario de la señora Nataly Bravo, que tenía hipertensión la finalización del embarazo, con hipertensión crónica es en la semana 37, 38, adelantamos una semana al contacto de la macrosomía sola. Son dos condiciones que se están asociando: el bebé grande de macrosomía y la hipertensión, pero el caso de Nataly, la macrosomía se detectó en la semana 39, o sea no se detectó de manera anticipada o no hubo sospecha que iba creciendo el bebé. A pesar de que tenía una ecografía, de 2 semanas antes del parto, se descubrió el 1 de septiembre y ese día se finalizó, porque no tenían la sospecha anterior. Pero el antecedente de hipertensión de la semana 7 que fue cuando empezó el embarazo y se detectó a tiempo, era el tiempo adecuado para iniciar el control prenatal”

Agregó que, con anterioridad, no había indicios de macrosomía, en razón de:

“La primera es que haya un crecimiento que esperamos que sea 150 gramos por semana, entonces haciendo cálculos estaría muy por encima de lo que se había anotado 2 semanas previas al momento de la ecografía. Esa ecografía fue realizada el 19 de agosto en Unidad Prenatal del Hospital San José. Tener en cuenta que venía creciendo normal o poquito por encima, es la diferencia, es muy notoria y muy grande. Nosotros normalmente según la ecografía que es un aproximado de un 10%, puede haber varios factores para que haya tantos factores de no concordancia. Que son factores, por ejemplo, de quién esté realizando, pero puede ser el equipo de las tomas fetales y nos calcule el software el peso estimado. No puedo precisar cuál fue para que haya una diferencia tan grande entre la una y la otra. (...) La macrosomía se adquiere en determinada edad gestacional, que se determina cuando se valora el peso fetal, que es desde la semana 20 a la 24, más o menos. A partir de ese momento, evaluamos el peso fetal y podemos comparar con las curvas que tenemos en la obstetricia para considerar si viene creciendo normal o grande. Entonces la ecografía previa a la semana 24 no me aportan nada para el peso. Las ecografías aportadas después de la semana 24 sí. Tenemos una ahí de la semana 35, donde habla de un peso estimado y que estuvo reportado normal y ya la macrosomía que fue sospechada y confirmada, fue en el mismo día del procedimiento. (...) Eso hay un rango, más o menos para una terminación gestacional, para ese momento la paciente tenía que estar entre 31 a 33 centímetros. Realmente cuando el bebé empieza a crecer macrosómico, no pasa de un día para otro. Va pasando a través de las semanas. Puede que en el lapso de las 2 últimas semanas después de la ecografía haya crecido.

Frente a la atención del 31 de agosto de 2015, llevada a cabo en el área de Sanidad del Ejército Nacional, indicó:

“Ella consulta por dolor, y lo que debo primero descartar es que si hay inicio o no de trabajo de parto. La única manera de evaluar si está dilatando es bajo un examen. Si es cierto todas las pacientes expulsan el tapón mucoso, pero no descarta que haya sido el rompimiento de membrana. Con paciente a término, se debe hacer una buena evaluación, porque si fuera una paciente en control normal, no es necesario, pero en un servicio de urgencia y que llega con dolor a término, pérdida de líquido, lo mínimo que debo hacerle es un examen y mirar si está en trabajo de parto. (...) Lo que se requiere ahí es un examen clínico completo. Un examen ginecológico para determinar si es un tapón de moco y/o descartar si había rompimiento membrana. En ese lapso de 14 horas, ya tenía cambios a un trabajo de parto.”

La Junta de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, determinó que la menor Aitana Paola Saavedra Bravo, sufría una pérdida de capacidad laboral del 29,20%, por los diagnósticos de “asfixia del nacimiento, severa”, “estrabismo, no específico”, “otras dificultades respiratorias del recién nacido”, “recién nacido excepcional grande” y “trastorno específico del desarrollo de la función motriz”²⁹

El Tribunal considera necesario acudir a la Guía Técnica sobre Atención del Parto vigente al momento de ocurrencia de los hechos, a efectos de entender en cabal forma si la atención brindada a la señora Nataly Paola Bravo, se ciñó a los estándares nacionales o si por el contrario existieron falencias en la prestación del servicio.

²⁹ Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia, archivo “25DictamenDeterminacionOrigen PerdidaCapacidadLaboralOcupacional.pdf”

Al respecto, cabe señalar que mediante Resolución 412 de 2000, vigente al momento de los hechos, el Ministerio de Salud dispuso:

“ARTICULO 1. OBJETO. Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

ARTICULO 2. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

ARTICULO 3. NORMA TÉCNICA. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas. Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

ARTICULO 4. GUÍA DE ATENCIÓN. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

(...)

CAPITULO II.

NORMAS TÉCNICAS

ARTICULO 8. PROTECCIÓN ESPECIFICA. Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto d. Atención al Recién Nacido y Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

PARÁGRAFO. Los contenidos de las normas técnicas de protección específica serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.”

A la postre, la **Norma Técnica para la Atención del Parto**, dispone:

“(…) 5.1.2 Examen Físico

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación
- Toma de signos vitales
- Revisión completa por sistemas
- Valoración del estado emocional
- **Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto.**
- Fetocardia
- Tamaño del feto
- Número de fetos
- Estado de las membranas
- Pelvimetría

(…)

5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas

(…)

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

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si por el contrario, se halla aún en el preparto. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar.”³⁰
(Resaltado por la Sala)

Por su parte, la Guías de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio³¹, la sección 5 señaló que:

“[s]e recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II o superior):

- Cualquier enfermedad cardiaca confirmada.
- Cualquier trastorno hipertensivo.

³⁰ Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención . (2000). Norma técnica para la atención del parto. Anexo Técnico Resolución 412 de 2000;. 17 p. Recuperado de : [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion del Parto.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20parto.pdf) el 12 de marzo de 2024.

³¹ Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social & Colombia. COLCIENCIAS; Universidad Nacional de Colombia;Colombia. COLCIENCIAS;. (2014). Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: para uso de profesionales de la salud.. Guía No.11-15;Guías de Práctica clínica; Guía No.11-15;. 84 p. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf) el 12 de marzo de 2024.

Asma bronquial no controlada.
Fibrosis quística.
Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como: Anemia: hemoglobina menor de 11,0 g/dl al nivel del mar o en el límite inferior según el valor corregido por la altura sobre el nivel del mar.
Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.
Antecedentes de trastornos tromboembólicos.
La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por debajo de 150 000.
Enfermedad de von Willebrand.
Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.
Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.
Hepatitis B / C .
Portador de / infección por el VIH. Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento.
Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubéola / herpes genital/en la mujer o el bebé.
Tuberculosis.
Lupus eritematoso sistémico inmune.
Esclerodermia.
Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo.
Hipotiroidismo no controlado.
Hipertiroidismo.
Diabetes.
Pacientes con función renal anormal.
Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista.
Epilepsia.
Miastenia gravis.
Accidente cerebrovascular previo.
Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales.
Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit neurológico.
Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual.
Uso de drogas psicoactivas.
Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.
Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.
Multiparidad mayor de 4 partos.
Mujeres menores de 15 años o mayores de 38.
Ausencia de control prenatal.
Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia.
Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación).
Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg / m².
Embarazo múltiple.
Placenta previa.
Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo.
Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.
Desprendimiento de placenta.
Muerte intrauterina confirmada.
Inducción del parto.
Diabetes gestacional.
Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).
Hemorragia anteparto recurrente.

Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía).
Frecuencia cardíaca fetal (FCF) anormal / Doppler anormal.
Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios.
Antecedente de complicaciones como: Historia de bebé anterior de más de 4,0 kg.
Muerte fetal inexplicable / muerte neonatal o la anterior en relación con dificultad intraparto.
Muerte fetal / muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes.
Bebé con encefalopatía neonatal.
Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.
Preeclampsia.
Eclampsia.
Ruptura uterina.
Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión.
Placenta retenida que haya requerido la extracción manual.
Cesárea previa.
Distocia de hombros.
Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado.
Antecedente de cirugía ginecológica mayor. Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación.
Presencia de miomas o fibromas uterinos. Antecedente de miomectomía.
Antecedente de histerotomía.”

Para admitir a la paciente para la atención institucional “[s]e recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm” “que las gestantes permanezcan en observación al menos dos horas y se realice un nuevo examen médico antes de dejar la institución.

En similares términos, se determina en la **Guía No. 8 de atención del parto**, realizado por diferentes entidades, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, dispone:

“7. Factores de riesgo en el momento del parto

En la Tabla 5 se encuentran diversos factores de riesgo para mortalidad materna. Además de los mencionados en dicha tabla, se han considerado otros que ocurren en el momento del parto:

7.1 Biológicos

- Gestante adolescente (< 19 años)
- Gestante mayor (> 35 años)
- Gran multiparta (más de cuatro partos)
- Historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, muerte perinatal, diabetes gestacional, preeclampsia-eclampsia, anomalías congénitas)
- Primípara inmunológica
- Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía)
- Edad gestacional no confiable o no confirmada
- Edad gestacional pretérmino o prolongado
- Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales
- Anemia
- Fiebre • Cefalea y epigastralgia
- Hipertensión arterial
- Edema o anasarca

- Disnea
- Altura uterina mayor de 35 cm o menor de 30 cm
- Embarazo múltiple
- Taquicardia o bradicardia fetal
- Distocia de presentación
- Prolapso de cordón
- Distocias de partes blandas y óseas
- Presencia de condilomas
- Sangrado genital
- Ruptura de membranas
- Líquido amniótico meconiado

(...)

10. Características de la atención

10.1 Admisión de la gestante en trabajo de parto

Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno, historia clínica o remisión; si se identifican factores de riesgo en el carné materno o durante el interrogatorio, la usuaria debe ser hospitalizada o remitida, de acuerdo con la capacidad resolutive (situaciones especiales en los servicios de admisiones o de urgencias).

En caso contrario, confirmar que la gestante está en trabajo de parto antes de admitir al hospital. La usuaria está en trabajo activo si presenta al menos dos contracciones espontáneas en diez minutos y tiene dos o más de los siguientes criterios: borramiento completo del cérvix, dilatación cervical mayor o igual a tres centímetros o ruptura espontánea de membranas (C2) (6).

Dado que la decisión de la admisión es crítica, el examen clínico debe ser practicado siempre por un médico capacitado. Si la conclusión es que la gestante no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y, en consecuencia, indicar deambulación y un nuevo examen, en un período no superior a dos horas o según el criterio médico. Si las condiciones de accesibilidad al servicio no son adecuadas (o no están garantizadas) la gestante se debe hospitalizar.

Las gestantes con cesárea anterior o cirugía en útero, deben ser considerada en trabajo con cualquier nivel de actividad uterina. Por tanto, deben ser admitidas para desembarazar por vía alta o para ser vigilada desde ese momento si llena los requisitos para un parto vaginal.

Quienes no estén en trabajo de parto deben recibir información. Dicha información debe incluir signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando ocurran estos cambios (inicio de actividad uterina, sangrado genital, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinitus, cefalea intensa). Las gestantes que deban quedarse en observación requieren un nuevo examen médico antes de dejar el hospital (C2) (6).

(...)

10.1.4.1 Situaciones especiales en los servicios de admisiones o de urgencias

La presencia de factores de riesgo condicionará la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos, informes de ecografía y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.”³²

En ese orden de ideas, tal como se advirtió por el perito, no vislumbra de la historia clínica que pese a que la paciente consultó por “dolor bajito” ya con 39 semanas de gestación, en la valoración inicial realizada en el Área de Sanidad del Ejército Nacional, se hubiere evaluado si la señora tenía actividad uterina pues en el examen físico no se menciona, ni que se realizara tacto genital, lo cual era de vital importancia para tener claridad si en efecto se encontraba en trabajo de parto o estaba cursando con una amenaza de parto pretérmino.

Para poder saber si una paciente está en trabajo de parto, es necesario establecer si hay actividad uterina, lo cual, clínicamente se puede evaluar tocando el fondo del útero contando el número de contracciones en 10 minutos, o tomando una monitoría fetal, que, según los apartes de la historia clínica, no se realizó.

Igualmente, para poder determinar si hay cambios cervicales, de acuerdo con la literatura médica³³, necesariamente debe realizarse un tacto vaginal para poder determinar si hay cambios en el cuello, si hay borramiento o dilatación, u otros cambios que permitan sospechar que la paciente estaba en trabajo de parto³⁴.

Entonces, ya sea por actividad uterina o por cambios cervicales importantes, se hubiese requerido remisión inmediata a un nivel de mayor complejidad para la atención del parto. Si no se hubiera encontrado actividad o cambios cervicales, si era procedente dar salida a la paciente, con los exámenes normales, teniendo en cuenta que debía explicársele todos los signos de alarma para consultar.

Resulta extraño para la Sala, que al recibir a esta paciente con los factores del riesgo que presentaba, el galeno de Sanidad Militar se hubiese permitido que esta paciente se retirara del centro de salud sin recibir mayor atención al cuadro clínico que presentaba.

Entonces, para esta Corporación es posible concluir que de haberle prestado a la paciente una atención oportuna y diligente cuando acudió el 31 de agosto de 2015, probablemente el feto no hubiera tenido las consecuencias descritas; razón por la cual, se encuentra configurada la falla médica, tal como lo determinó la Juez de instancia. Esto es, existe suficiente material probatorio que determina en

³² Guía 8 – Guía de Atención del Parto, consultada en la página web http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/Obstetricia_GuiaAtencionDelParto_guias08.pdf, el 12 de marzo de 2024.

³³ Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social & Colombia. COLCIENCIAS; Universidad Nacional de Colombia; Colombia. COLCIENCIAS;. (2014). Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: para uso de profesionales de la salud.. Guía No.11-15; Guías de Práctica clínica; Guía No.11-15;. 84 p. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf) el 12 de marzo de 2024.

³⁴ Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología. Consultada en página web <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%207.%20%20MANEJO%20DEL%20TRABAJO%20DE%20PARTO.%20PARTO%20Y%20SUS%20COMPLICACIONES.pdf> el 12 de marzo de 2024

cabeza del Ejército Nacional la obligación indemnizatoria a favor de los demandantes.

Conforme los anteriores argumentos, la Sala encuentra que el presente acuerdo **no es violatorio de la ley ni desconoce los derechos de la reclamante**, pues en efecto se ha considerado que, bajo los principios de justicia y equidad, el monto formulado por la entidad demandada -80% de la condena-, no es desproporcionado ni afecta los derechos de la parte demandante.

Aunado a lo anterior, el acuerdo **tampoco resulta lesivo al erario**, toda vez que, se reitera, se encuentra probada la responsabilidad de la Nación-Ministerio de Defensa-Ejército Nacional, por la falla en el servicio médico asistencial, y al llegar a un acuerdo que evite una decisión de segunda instancia y una posible condena en costas, resulta menos lesivo para el patrimonio del Estado, como quiera que se disminuye en un 20% la condena respecto del valor que correspondía pagar.

Adicionalmente, al haberse probado que la menor tuvo una pérdida de capacidad laboral del 29,20%, lo que ubica la indemnización en el baremo “igual o superior al 80% e inferior al 40”, correspondiendo una indemnización a la víctima directa y al primer nivel de la relación paterno filial, de 40 salarios mínimos legales mensuales vigentes y para la relación afectiva del segundo grado de consanguinidad, una suma de 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes, conforme lo establecido por el Consejo de Estado, en sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014.

En otras palabras, **se salvaguarda el patrimonio público y el interés general, y no compromete la legalidad**, pues la decisión se encuentra basado en suficientes pruebas y se atempera a los lineamientos señalados por el Órgano de Cierre de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, en tratándose de lesiones, para el reconocimiento de perjuicios.

Adicionalmente, **no se menoscaban los derechos ciertos e indiscutibles**, pues se trata de derechos netamente económicos, en virtud de la indemnización que se discutía y los apoderados de las partes, tienen facultad para conciliar.

En este orden de ideas, y a juicio de esta Corporación, se evidencia que se cumple con todos los presupuestos para la aprobación del acuerdo conciliatorio.

En mérito de lo expuesto, se DISPONE:

PRIMERO: APROBAR el acuerdo conciliatorio al que llegaron las partes en el trámite de la segunda instancia, consistente en el pago por parte de la Nación-Ministerio de Defensa-Ejército Nacional, sobre el 80% del valor de la condena proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo de Popayán, mediante sentencia del 28 de abril de 2023, en favor de los demandantes.

El pago de la conciliación se realizará de conformidad con lo estipulado en el artículo 192 y subsiguientes de la Ley 1437 de 2011. (De conformidad con la Circular Externa No. 10 del 13 de noviembre de 2014, de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado).

Radicado: 19001-33-33-005-2018-00245-01
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: NATALY PAOLA BRAVO ÁVILA Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN – E.S.E. Y OTROS

SEGUNDO: Ejecutoriado este auto, dese cumplimiento a los artículos 192 y 195 del C.P.A.C.A., para lo cual se expedirá copia del acta de conciliación y de esta decisión conforme al artículo 114 del Código General del Proceso.

TERCERO: El presente acuerdo hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo.

CUARTO: Notificar por estado electrónico, como lo establece el artículo 201 de la Ley 1437 de 2011.

QUINTO: En firme esta providencia, archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE

Los Magistrados,

Firmado electrónicamente
DAVID FERNANDO RAMÍREZ FAJARDO

Firmado electrónicamente
JAIRO RESTREPO CÁCERES

Ausente con permiso
CARLOS LEONEL BUITRAGO CHÁVEZ

Firmado electrónicamente a través del aplicativo SAMAI. Para verificar su autenticidad puede ingresarse a la página <https://samairj.consejodeestado.gov.co/Vistas/documentos/validador.aspx>