

Señores:

JUZGADO TREINTA Y TRES ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ-
E.S.D.

REFERENCIA:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES:	NADIA VANESSA GARZON JIMENEZ Y OTROS
DEMANDADOS:	NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OTROS RADICADO: 11001333603320220013700

ERIKA JHOANA BERNAL ARISTIZABAL, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.098.667.626 de Bucaramanga, T.P. No. 223.744 del C.S. de la J, obrando en calidad de apoderada principal de la parte demandante; por medio de la presente me permito presentar **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN** en los siguientes términos:

I. **RAZONES DE HECHO Y DE DERECHO QUE DAN LUGAR A FALLO CONDENATORIO**

Inicio mis alegatos solicitando al Honorable despacho declarar prósperas las pretensiones de la demanda, en virtud de que fueron probados los hechos de la misma y se probó fehacientemente la falla médica que dio lugar a la muerte neonatal y las lesiones irreversibles a la materna.

Una vez se practican las pruebas, sobre todo las de tipo técnico, se logra concluir sin lugar a elucubraciones que la falla médica se generó por omisión, por parte de las entidades demandadas, especialmente la Clínica Juan N corpas.

La práctica probatoria nos lleva a concluir que existieron graves falencias, que llevaron al desenlace fatal del neonato y las secuelas irreversibles en la materna. Esas falencias se pueden resumir **en tres aspectos**:

1. La OMISIÓN por parte de la EPS SANITAS de incluir en la historia clínica de la paciente los factores de riesgo al inicio del control prenatal; tal como lo determinó la Secretaría Distrital de Bogotá en la Resolución No. 676 del 11 de abril de 2023, donde la entidad determinó:

“ La documentación allegada por las instituciones fue puesta a disposición de profesionales en salud adscritos a esta Subdirección, quienes con base en ella emitieron Concepto Técnico Científico, en el cual se describen presuntas fallas e incumplimientos institucionales en cabeza de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS - UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SANTA BÁRBARA-, por cuanto según lo allí descrito con suficiencia y detalle, no se garantizó la característica de *Seguridad*, teniendo en cuenta que de acuerdo a los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente; se identificó una atención insegura Tipo 2, relacionada con falencias en el procedimiento asistencial de enfermería del 09-10-2019, en razón a la inadecuada clasificación de riesgo obstétrico al ingreso de la paciente a control prenatal. Hecho que también se considera como presunto incumplimiento al Manual Unico de Habilitación en el estándar de *Procesos Prioritarios*.

”

- 2- No se tomaron las medidas pertinentes para evitar el desenlace fatal. No se practicó la cesárea a tiempo, a pesar de que la paciente no podía tener el



parto vaginal, por la cesárea previa y ello ya se había dejado claro al personal médico por parte de la materna, quien no aceptó el parto vaginal. Además, en su historia clínica estaba la anotación de la programación de la cesárea para el 19 de abril de 2020.

3- La falta de monitoreo por parte de la Clínica Juan N Corpas, que llevó a que los galenos no se percataran de los SÍNTOMAS o signos CLÍNICOS DE LA RUPTURA UTERINA, previo a que se generara. La entidad no diligenció el PARTOGRAMA, que corresponde a un documento IMPORTANTÍSIMO para monitorear el trabajo de parto y evitar complicaciones en esta etapa. Si bien la ruptura uterina no es un evento previsible, si existen síntomas que permiten sospechar que el evento puede ocurrir.

Aunado a ello, el equipo médico de la IPS Clínica JUAN N CORPAS, no se dio cuenta en que momento pasó la materna de fase latente a fase activa en su trabajo de parto, por cuanto SU VIGILANCIA FUE SUBOPTIMA como se demostró en el proceso.

Estos tres aspectos resumen claramente las fallas que conllevaron a la muerte neonatal. Ello se determinó con la práctica probatoria. Para ello voy a hacer un breve recuento de las pruebas más importantes recaudadas en el proceso y algunos apartes de estas:

En primer lugar, la historia clínica que muestra claramente que la paciente se realizó todos sus controles prenatales de forma oportuna y regular. Todos completamente normales. Se evidencia igualmente que era un embarazo deseado y que fue catalogado como “Alto Riesgo” por la preclamsia que sufrió en su embarazo anterior, por el hipertiroidismo y por la cesárea previa; además del factor de obesidad.

Que, al inicio de los controles prenatales no se indicó que se tratara de un embarazo de alto riesgo; por cuanto la EPS SANITAS omitió realizar la clasificación. Sin embargo, con posterioridad fueron incluidos los factores de riesgo y tanto el personal médico como la materna actuaron acorde con los mismos, excepto la Clínica Juan N Corpas, que abandonó a la paciente en su trabajo de parto en la atención del 17 de abril de 2020.

La materna fue constante con las atenciones, exámenes y controles. Así mismo con las recomendaciones médicas; fue precisamente por ello, y en atención a la orden dada por el Ginecobstetra de realizarse la cesárea el día 19 de abril de 2020 (fecha de su programación), que la paciente el 17 de abril de 2020, no aceptó la oferta del trabajo de parto vaginal.

En la historia clínica se evidencia unos controles completamente normales, con bienestar fetal y materno. Hasta el día 17 de abril de 2020, cuando ingresa la paciente a la Clínica Juan N Corpas, y de 9: 25 Am a 12 y 59 pm aproximadamente, no hubo ningún monitoreo, ni vigilancia y es en ese momento cuando se genera la ruptura uterina, de la cual no se evidenciaron los síntomas y signos clínicos previos, precisamente ante la falta de vigilancia.

En segundo lugar, la prueba pericial, El médico Jorge Andrés Jaramillo García, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia Especialista en valoración del Daño Corporal, Docente Universitario y Perito del CENDES; indica que para el caso se trata de una persona en su segundo embarazo, clasificada de alto riesgo por la presencia de hipertiroidismo y haber tenido una cesárea en su embarazo anterior, haciendo lectura de los aspectos posteriores de la atención realizada a la paciente destacando la demora que se presentó en el procedimiento, y que derivó en una hemorragia intraparto, y complicaciones, que



conllevo a un compromiso neonatal severo que desembocó en una hipoxia neonatal severa con posterior compromiso multiorgánico del bebé que lo hizo irrecuperable y que derivó posteriormente la muerte del neonato.

Ante pregunta realizada por la suscrita: "Se tiene que la paciente ingresa a la clínica Juan N Corpas a las 06: 40 el 17 de abril de 2020., es valorada a las 9 y 25 am, y a las 12 y 59 es pasada a cirugía. sí duran te este periodo de tres horas y media que transcurrieron, en la que no hay anotación de haberse realizado seguimiento, se hubiera realizado la cesárea, puede decirse que se hubiera salvado la vida del feto?"

Señala el perito que el proceso de la ruptura uterina es un proceso dinámico, ocurrió en algún momento en esas tres horas. Si obviamente la pasan más temprano la probabilidad de la ocurrencia de la ruptura desaparece.

(29:15 / 3:03:16 minuto de la grabación)

A pregunta formulada por la suscrita: ¿En una paciente como NADIA VANESA GARZÓN con antecedente de cicatriz uterina previa, y los otros antecedentes ya relacionados como hipertiroidismo y la preclamsia en el primer embarazo, era OBLIGATORIA LA VIGILANCIA ESTRICTA DE LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO?

Responde el perito que, hay que tener precisión que el trabajo de parto tiene dos etapas una fase latente y una fase tardica. Se supone que una paciente que esta hospitalizada debe tener una valoración de los signos vitales cada hora para ver que no haya modificaciones en el ritmo, si no hay modificaciones mientras se encuentra en estas fases iniciales se puede dar espera, si hay alteraciones se debe proceder con la intervención respectiva.

(31:14 / 3:03:16 minuto de la grabación y siguientes)

Señala el Especialista que, si bien la ruptura es en cierta forma impredecible, si hay señales o elementos que pueden indicar que pueda haber algún compromiso y se pueda estar generando la complicación.

(32:30 / 3:03:16 minuto de la grabación y siguientes)

Indica el PERITO que, de entrada, la ruptura uterina se considera un evento imprevisible, pero hay signos clínicos que sugieren que puede estar se gestando una ruptura y permite identificar e inmediatamente actuar. Mientras mas celeridad entre la presentación de la ruptura y la acción, existen más probabilidades de disminuir la mortalidad. Pero decir de ante mano quien va a ser ruptura del útero, no.

(36:04 / 3:03:16 minuto de la grabación y siguientes)

Indica el profesional que la cesárea previa, constituía un factor de riesgo para la ruptura uterina, pero no existía seguridad que se generara. Solo era un factor de riesgo.

(39:24 / 3:03:16 minuto de la grabación y siguientes)

Señala el Especialista que la ruptura uterina no era predecible, como evento será imprevisible, la gran duda que ocurre aquí es, si era identificable al momento en que ocurrió, pero previsible no era.

(40:48 / 3:03:16 minuto de la grabación y siguientes)

En Tercer lugar, los testigos técnicos, de los cuales me permito hacer anotación de los apartes más llamativos:

la Dra. Gloria Amparo Troncoso – intensivista neonatóloga de la Fundación cardio infantil, señala a lo largo de su declaración que, cuando más de dos órganos fallan en un neonato, el riesgo de fallecimiento se aproxima al 100%, dejando solo un 1% de probabilidad de supervivencia.

Indica que a la paciente se le proporcionó la mejor atención posible, iniciando el protocolo de hipotermia terapéutica y asegurando la disponibilidad de todos los insumos necesarios.

El monitoreo se realizó estrictamente y se cumplieron los requisitos en insumos, medicamentos y métodos diagnósticos complementarios. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del equipo médico, la causa principal de su fallecimiento fue el compromiso multiorgánico resultado de la severa asfixia perinatal que había sufrido.

Señaló que, la asfixia perinatal severa, implica que antes, durante o después del parto, la menor estuvo sin oxígeno.

Indica que el caso de la menor Julietta Torres Garzón era crítico, fue muy severa, le faltó mucho oxígeno y se le comprometieron todos sus órganos, siendo un riesgo de fallecer del 100%; señala que en la Fundación tienen un equipo consolidado para manejo, tienen un equipo de enfermería, y la disposición de todos los insumos, que para el caso, cumplió con todos los requisitos tanto en insumos, medicamentos y diagnósticos, que fueron explicados a la familia; señala que el resultado fue por la patología de base, dado que los exámenes daba un diagnóstico de mortalidad cercana al 100%.

El Dr. DAIRO JESUS CERA CABARCAS, médico pediatra neonatólogo de la Clínica Fundación cardio Infantil, indica que es la persona que recibe a la menor Julieta Torres Garzón, el 17 de abril de 2020, en malas condiciones, con respiración jadeante, morada cianótica, y tuvieron que hacerle una laringoscopia y una aspiración. En cuanto a su oxigenación estaba en una condición neurológica grave, presentaba convulsiones, por lo cual hubo necesidad de iniciarle un primer anticonvulsivante, luego un segundo anticonvulsivante para lograr control de las crisis convulsivas, e iniciaron todas las medidas generales, medidas de soporte de sostén, ventilación mecánica, anticonvulsivantes medicamentos para soportar la función del corazón, y se le inició lo que llaman el Protocolo de hipotermia, que es el tratamiento indicado.

La Dra. Ivonne Fernanda Corrales Cobos, especialista de la Fundación Cardio Infantil, señaló que la paciente desde su llegada, recibió atención completa por parte del neonatólogo, así como tratamiento neurológico, hematológico, terapia de hipotermia y ventilación mecánica.

Indica que todos los esfuerzos estuvieron dirigidos a atender el estado crítico de la paciente. Como por ejemplo el uso del protocolo de hipotermia, que en la Fundación se implementa como una respuesta a la falta de oxígeno. El objetivo principal de esta terapia es preservar la salud cerebral, lo que a su vez favorece las habilidades cognitivas.

señala que desde el momento en que la paciente ingresa a la unidad neonatal y que ingresa con un sangrado pulmonar y digestivo, se le brindó toda la atención que requirió; señala que los pacientes con asfixia perinatal tienen un alto de riesgo de mortalidad multi orgánico; señala que como quedó consignado en el acta de mortalidad, la paciente desde su ingreso tenía un pronóstico neurológico alto, considerando que la causa principal de su fallecimiento, fue su compromiso

multi orgánico debido a la asfixia perinatal tan severa que presentaba, siendo el manejo dado, un manejo oportuno.

La Dra. LIZETH MILEID ORTEGÓN PARRA, pediatra y neonatóloga, actualmente se dedica a la neonatología en la Fundación Cardio Infantil, responde a pregunta realizada por la suscrita que es imposible medicamente determinar el tiempo que duró el bebé sin oxígeno, pero si es posible saber la gravedad del compromiso gracias a los gases que se toman, y que para el caso fueron compatibles con una asfixia severa, igualmente con el examen neurológico 2 y 3 y la presencia de crisis convulsivas lo clasifica por encima de 2.

La Dra. CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ VALENCIA, testigo de la EPS SANITAS, Actualmente es directora de aseguramiento para EPS SANITAS en la oficina Manizales; señaló en su declaración que, para el caso de la paciente Nadia Vanesa Garzón, tenía un trabajo de parto en fase latente; indica que la resolución 3280 es un referente normativo, donde se dan los parámetros generales sobre la ruta de atención integral para la atención materno perinatal, aspecto que se verificó con los registros clínicos; señala que la resolución indica que no hay indicación para hospitalizar a la paciente en fase activa, **y hay que realizar un partograma que es un seguimiento a la paciente con registro de horario de los signos vitales, pero como dijo anteriormente, los registros clínicos en los que tuvo acceso permiten concluir que la paciente fue hospitalizado para una cesárea programada independiente que ya tuviera algunas manifestaciones iniciales como era la contracción (...)** (negrilla y subrayado fuera de texto).

Indica que el factor riesgo más grande de la paciente era que ella tenía el antecedente de cesárea.

señala que la ruptura uterina es una complicación obstétrica propia del trabajo de parto, es decir se da de forma súbita y no es posible prevenir, según el registro clínico de la nota quirúrgica, dice que el útero se había roto por la historiografía que es la cicatriz que había en el útero correspondiente a la cesárea previa, pero como no tuvo acceso a la historia clínica de la primera cesárea porque la paciente no estaba afiliado al EPS SANITAS, indicando que el factor riesgo más grande de la paciente era que ella tenía el antecedente de cesárea.

En cuarto lugar, los testigos de la parte demandante, MARILUZ RUBIO FUENTES, JEISSON SMITH GARZON JIMENEZ EDGAR ARBEY GARZON JIMENEZ, fueron enfáticos en señalar que la señora Vanesa Garzón y el señor Edison Torres, tienen una unión marital desde el año 2018, que en embarazo de la menor Julieta Torres Garzón fue deseado y fueron claros al indicar los perjuicios de tipo moral que sufrieron los demandantes ante el fallecimiento de la bebé.

Igualmente enfatizaron en que fue un embarazo normal, que la familia tomó corre correctivos para que la materna se quedara en casa y pudiera dedicarse solo a su embarazo.

La testigo MARILUZ RUBIO FUENTES, persona que acompañó a la materna el día 17 de abril de 2020 a la Clínica Juan N Corpas, señaló que en su concepto la bebe falleció por negligencia, indicando que ya se había programado que iba a tener la bebé en la clínica Corpas, llevándola el 16 dos días antes de la cesárea programada, a las 6 de la mañana. Indica que hasta a las 10 de la mañana le



pidieron la ropa de la bebé, aspecto que se le hizo raro dado que Vanesa iba con mucho dolor, y cuando logró verla la vio en muy mal estado, pero le dijeron que en un momento la iban a subir.

En quinto lugar, la incorporación de la prueba documental de oficio, consistente en el trámite administrativo SANCIONATORIO adelantado por la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD de BOGOTÁ con copia de la totalidad de las actuaciones administrativas surtidas dentro del expediente No. 18522022 adelantado con ocasión a los hechos que se debaten en el presente proceso, que se siguió en contra de la CLINICA JUAN N CORPAS y EPS SANITAS por los hechos del 17 de abril de 2020, esto es, la atención médica de la paciente Nadia Vanesa Garzón.

Revisado el expediente en su integridad, encontramos que la entidad administrativa SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, encontró culpables tanto a la entidad EPS SANITAS como a la CLINICA JUAN N CORPAS, a la primera por omitir incluir en la historia clínica de la paciente algunos factores de riesgo en la etapa inicial del embarazo.

Respecto de la sanción impuesta a la CLINICA JUAN N CORPAS, a través resolución No. 673 del 11 de abril de 2023, se concluyó por parte del ente investigador, lo siguiente:

“

La documentación allegada por las instituciones fue puesta a disposición de profesionales en salud adscritos a esta Subdirección, quienes con base en ella emitieron Concepto Técnico Científico, en el cual se describen presuntas fallas e incumplimientos institucionales en cabeza de la CLÍNICA JUAN N CORPAS LTDA, por cuanto según lo allí descrito con suficiencia y detalle, durante la atención en salud dispensada a la señora NADIA VANESSA GARZÓN JIMÉNEZ el 17-04-2020, no se garantizaron las características de: 1.) *Seguridad*, teniendo en cuenta que de acuerdo a los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente, se identificó una atención insegura Tipo 2, relacionada con falencias en el procedimiento asistencial desarrollado antes de la indicación de la cesárea de urgencia, y una atención insegura Tipo 14, relacionada con falencias en el manejo institucional para la gestión integral de sucesos de seguridad. 2.) *Continuidad*, al identificarse ausencia de seguimiento de signos vitales maternos y valoración del dolor, entre la valoración inicial de Urgencias y el llamado de Enfermería por la presencia de sangrado vaginal, y 3.) *Oportunidad*, al evidenciarse demoras en la ejecución de órdenes médicas tras traslado diferido de la paciente a Hospitalización en Sala de Trabajo de Parto. Así mismo, se identificaron presuntos incumplimientos al Manual Único de Habilitación en el estándar de *Historia Clínica y Registros*, toda vez que no se evidenció adherencia a la característica normativa de *Disponibilidad* de la Historia Clínica al observarse omiso el requerimiento de Historia Clínica Neonatal realizado, y en el estándar de *Procesos Prioritarios*, al no evidenciarse adherencia a la normatividad nacional e institucional vigente para la Gestión de los Sucesos de Seguridad.

“

Lo que demuestra que, en el caso analizado, no se garantizaron las características de SEGURIDAD, CONTINUIDAD, OPORTUNIDAD a favor de la paciente Nadia Vanesa Garzón.

DE LA PRÁCTICA PROBATORIA SE PUEDE CONCLUIR QUE:

1. Los médicos tratantes conocían que la señora Nadia Vanesa Garzón tenía varios factores de riesgo, especialmente la cesárea previa en embarazo anterior, Circunstancia que ameritaba una atención especial.

2. Que NO SE TRATÓ DE UN HECHO FORTUITO, por el contrario, fue completamente prevenible la ruptura uterina, si se hubiese vigilado el trabajo de parto que es donde ocurre el siniestro.



3. Que la materna NO tuvo una vigilancia óptima durante su trabajo de parto, lo que facilitó que se produjera la ruptura uterina, por cuanto SIN MONITORIZACIÓN NO HABÍA MANERA DE PREVEERSE UNA RUPTURA UTERINA ante la falta de revisión de los signos o síntomas clínicos previos a esta ruptura. **El equipo médico de la IPS Clínica JUAN N CORPAS, no se dio cuenta en qué momento pasó la materna de fase latente a fase activa en su trabajo de parto, por cuanto SU VIGILANCIA FUE SUBOPTIMA como se demostró en el proceso.**
4. No se practicó la cesárea a tiempo, a pesar de que la paciente no podía tener el parto vaginal, por la cesárea previa y ello ya se había dejado claro al personal médico por parte de la materna, quien no aceptó el parto vaginal.

Es importante resaltar que no haber incluido en la historia clínica, por parte de la EPS SANITAS, los factores de riesgo que presentaba la paciente, pudieron coadyuvar al desenlace fatal del neonato y las lesiones a la materna.

Se trata de una OMISIÓN GRAVÍSIMA que a la postre condujo al desenlace catastrófico. Frente a este punto, es importante resaltar que la historia clínica es el documento idóneo y fidedigno de la atención de la paciente y debe realizarse de manera adecuada. Según lo dispuesto por el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”, a su turno, el artículo 36 reza que “en todos los casos la Historia clínica deberá diligenciarse con claridad”. Igualmente, la Resolución del Ministerio de Salud del 8 de julio de 1999 precisa:

“Artículo 1º. Definiciones: a. La Historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. “

b. Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario (...).

Artículo 3º: Características de la historia clínica. Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

(...).

De conformidad con lo anterior, en la historia clínica debe anotarse EXACTAMENTE lo que ocurre con la paciente en tiempo real y sin omisión alguna, frente a su estado de salud u otros factores que pueden incidir en esta. Lo que no ocurre en el caso analizado, donde los galenos OMITIERON INCLUIR LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MATERNA, en los primeros controles prenatales.

Por otro lado, frente a la VIGILANCIA SUBOPTIMA del trabajo de parto, como se evidencia en la historia clínica y lo señaló a viva voz el PERITO, esta es la causa del evento fatal, porque si bien es cierto la CLINICA JUAN N CORPAS, LA EPS SANITAS y los llamados en garantía; hicieron un intento por demostrar que se trató de un caso fortuito, dicho intento resultó infructuoso, en la medida en que el perito indicó claramente que los SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS que presenta la paciente previo a una Ruptura uterina, pueden hacer sospechar que se esta gestando dicha ruptura y permitir al personal médico actuar acorde. Ello confrontado con las demás pruebas obrantes en el plenario y la literatura médica, muestran que fue un evento prevenible.

La literatura médica señala que, la ruptura uterina no se presenta de un momento a otro, que la paciente empieza a presentar Hipotensión, sangrados abundantes, el feto empieza a desacelerar, entre otros aspectos que permiten al médico anticiparse.

La médica auditora de la EPS SANITAS, hizo referencia al “PARTOGRAMA”, que corresponde a la guía del médico; como el Google maps de los ginecóbstetras, son unas curvas que se trazan para determinar si se están pasando o no de los límites normales. Frente al Partograma, Según las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio Para uso de profesionales de salud. 2013 - Guías No. 11-15 emitido por el Ministerio de Salud, (págs. 59), señala a la pregunta:

“el partograma mejora los resultados perinatales?

Se recomienda el partograma de líneas de alerta del centro latinoamericano perinatología (CLAP). En ausencia de este, se sugiere usar partogramas con una línea de acción de 4 horas.”

Este PARTOGRAMA se usa para vigilar el trabajo de parto. DOCUMENTO QUE SE HECHA DE MENOS EN EL CASO OBJETO DE ANÁLISIS, precisamente por la vigilancia Subóptima por parte de la IPS.

Por otro lado, la resolución 3280 de 2018; ANTES la resolución 412 del 2000, estableció la adopción de una norma técnica para la atención del parto que dispone lo siguiente:

ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO). Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.



- Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
 - Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
 - Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.
 - Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma.
 - Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica.
- Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación.
- Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal.
- Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.”

De conformidad con lo anterior, es evidente la falta de adherencia a los protocolos, falta de cumplimiento normativo y de guías orientadoras, y sobre todo desatención de la lex artis; por parte de la CLINICA JUAN N CORPAS, lo que conllevó inevitablemente a una falla en el servicio materializada en la ruptura uterina de la materna y la consecuente muerte neonatal.

No es de recibo entonces que se hable de un CASO FORTUITO, cuando fue una situación prevenible. Estuvo precedido de situaciones que debieron hacer sospechar a los médicos y sobre todo hacerlos tomar medidas pertinentes y seguras a favor de la paciente.

II. SOLICITUD AL DESPACHO DE EMITIR FALLO CONDENATORIO CONTRA LAS DEMANDADAS

De conformidad con lo anterior, es menester pedir al despacho que emita un fallo condenatorio contra las entidades demandadas especialmente contra la CLINICA JUAN N CORPAS. Ello en atención a que se configuran los tres elementos de la responsabilidad extracontractual del Estado, de conformidad con el régimen aplicable que corresponde a la “falla probada del servicio” según la cual el demandante Debe probar **LA FALLA, EL DAÑO Y EL NEXO CAUSAL**, lo que efectivamente se hizo en el presente caso.

FALLA EN EL ACTO OBSTETRICO

En este caso la falta se resume en la desatención de la LEX ARTIS. la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación –SCARE- define la Lex Artis médica como el “*estricto acatamiento de las disposiciones técnicas y científicas de la ciencia médica, siendo ésta la que nos permita averiguar si en determinada actuación un médico incurrió en una mala práctica, es decir, en una falta que lo haga incurrir en responsabilidad*”

En el caso bajo estudio ya se indicaron claramente los errores que se generaron por parte de los galenos que tenían a su cargo la atención de la paciente. Lo que conllevó a la generación del daño.

Es importante resaltar que la prueba indiciaria en este caso, juega un papel fundamental, porque tal y como lo ha señalado la jurisprudencia del consejo de Estado la parte demandante está en una posición de desequilibrio con la parte demandada para presentar las pruebas relativas al acto médico. El Consejo de



Estado, Sección Tercera, en sentencia del 31 de agosto de 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia del 28 de septiembre de 2012, rad. 22424, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo ha señalado:

“La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimiento técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes”.

Por otro lado, la sentencias de 14 de julio de 2005, rad. 15276 y 15332, [M.P. Ruth Stella Correa Palacio] señala:

“Así la Sala ha acogido el criterio según el cual, para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, los indicios se erigen en la prueba por excelencia, dada la dificultad que en la mayoría de los casos se presenta de obtener la prueba directa. Indicios para cuya construcción resulta de utilidad la aplicación de reglas de la experiencia de carácter científico, objetivo o estadístico, debidamente documentadas y controvertidas dentro del proceso.”

Traigo a colación estas sentencias sobre la prueba indiciaria, por cuanto si bien se presentaron pruebas y se practicaron otras en el transcurso del proceso; es menester que se de aplicación a la prueba indiciaria aplicable en estos casos de falla del servicio médico en eventos de atención gineco- obstetra. Ello para llegar a las conclusiones finales por parte del despacho.

EL DAÑO

El daño es evidente no sólo por las lesiones que se causaron a la materna con la ruptura uterina; sino por la muerte del bebé.

Recordemos que la materna tuvo un embarazo completamente normal, con unos factores de riesgo que no tuvieron incidencia con su estado de salud. Los factores de riesgo fueron: el Hipertiroidismo, la obesidad y cesárea previa.

De conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado cuando un embarazo ha transcurrido con normalidad, los daños que puedan llegar a ocurrir durante el trabajo de parto constituyen un indicio de falla del servicio médico. En el caso de NADIA VANESA GARZÓN su embarazo transcurrió normalmente, como evidenciaron los controles prenatales a los que acudió, como se registró al momento de ingresar al hospital demandado y como lo registraron los diagnósticos efectuados durante el trabajo de parto.

Frente al DAÑO acudimos a la sentencia del Consejo de Estado del 12 de junio del 2014, del Magistrado JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA, expediente 29501, quien al abordar el tema preciso:

“El daño antijurídico comprendido, desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual y del Estado impone considerar aquello que derivado de la actividad o de la inactividad de la



administración pública no sea soportable i) bien porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o ii) porque sea “irrazonable”, en clave de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos.”

Este concepto de daño encuentra su sustento en la denotación constitucional de la salud como un servicio público a cargo del Estado (art 49), y como un derecho fundamental protegido por el ordenamiento jurídico, que está obligado a garantizar. La falla en la prestación de este servicio por intermedio de las instituciones públicas de salud que genere daños antijurídicos, configura la responsabilidad estatal.

En el caso bajo análisis no demostraron las entidades demandadas, especialmente la CLINICA JUAN N CORPAS, que se produjeron circunstancias imprevisibles o irresistibles que la liberan de responsabilidad en el ejercicio de la actividad médica, por el resultado de dicho proceso, el cual dejó como daños la muerte de la menor y las lesiones a la materna.

Tal y como se expresó en la Sentencia **SU048/22** sobre la violencia obstétrica, en el caso analizado se configuró dicha violencia contra la señora Nadia Vanesa Garzón, por la omisión en la Atención y con ello, por la causación de dolores y sufrimiento que no estaba obligada a soportar.

La sentencia define violencia obstétrica en los siguientes términos:

“(...) la violencia obstétrica se presenta cuando se dan conductas de menosprecio, negligencia o atención deshumanizada a la paciente en sus distintas etapas del embarazo.”

Recordó esta importante sentencia que, en el año 2014, la Organización Mundial de la Salud publicó la Declaración Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. En este documento, la organización habló sobre el “derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto”.

Dijo la honorable corte en esta sentencia que la CIDH reconoce que, aunque no hay una definición jurídica, “la violencia obstétrica abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados”.

Señala la sentencia que resulta relevante lo expuesto por la OMS en su Declaración del 2014, según la cual: *“en los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a (...) negligencia hacia las mujeres durante el parto -lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables”*

Esta sentencia es aplicable al caso objeto de análisis atendiendo que la paciente fue violentada por parte de los médicos tratantes, ante la omisión que se genera.

RELACIÓN DE CAUSALIDAD

Quedó probada la relación de causalidad entre la falla médica y el daño generado, No sólo con la prueba presentada y practicada sino con la prueba indiciaria que da cuenta que la RUPTURA UTERINA pudo haberse evitado, pero no fue así, dada la nula vigilancia que tuvo la paciente en su trabajo de parto.

Es menester reiterar que la prueba indiciaria en estos asuntos de Ginecobstetricia juega un papel fundamental, cuando el embarazo se ha



desarrollado con normalidad o cuando los factores de riesgo no se materializaron, como en el caso de NADIA VANESA GARZÓN. Ello por cuanto no puede hablarse de absoluta certeza, pero sí de una altísima probabilidad. Al respecto ha dicho el Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 3 de mayo de 1999, rad. 11169, M.P. Ricardo Hoyos Duque, dijo en esa oportunidad *“que si bien no existía certeza en el sentido de que la paraplejía sufrida (...) haya tenido por causa la práctica de la biopsia”, debía tenerse en cuenta que aunque la menor presentaba problemas sensitivos en sus extremidades inferiores antes de ingresar al Instituto de Cancerología, se movilizaba por sí misma y que después de dicha intervención no volvió a caminar, de manera que existía una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la institución.”*

De otro lado, la sentencia de Unificación del CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SALA PLENA consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO, veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014) Radicación número: 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804), recalcó las falencias que ocurren en el área de ginecobstetricia en los diferentes territorios del país. Señala la sentencia:

“En efecto, la Sala advierte que el caso sublite, lejos de constituir un episodio aislado, se inserta dentro de un patrón reiterado de deficiencias en la atención gineco-obstétrica, que evidencia una actitud de invisibilidad e indiferencia frente a la atención propia de la salud sexual y reproductiva, rezago de un modelo patriarcal y de discriminación por motivo de género. En efecto, de la revisión de las cifras oficiales de mortalidad y morbilidad materna y perinatal es dable concluir que el país presenta serios problemas en sus estándares de atención en ginecología y obstetricia acentuadas en determinadas regiones. Así, por ejemplo según el Instituto Nacional de Salud “los departamentos con las mayores tasas de mortalidad perinatal son Chocó (39 por mil), San Andrés y Providencia (25 por mil), Caldas (25 por mil). La mortalidad perinatal es también relativamente alta en Huila (22 por mil), Vaupés (21 por mil), Cesar (20 por mil), Santander (20 por mil) y Córdoba (20 por mil)”¹³. Estas cifras son alarmantes si se comparan con las los países con índices más altos de mortalidad perinatal en la zona de América Latina y el Caribe, como Haití (25 por cada 1000 nacidos vivos) y Bolivia (19 de cada 1000 nacidos vivos). Iguales consideraciones se pueden hacer en lo relativo a las tasas de mortalidad materna, frente a la cual las estadísticas revelan una notoria correlación entre este fenómeno y los índices de pobreza, siendo especialmente alarmantes los índices observables en el Chocó, los departamentos de la región amazónica y algunos de la zona Caribe, como Córdoba y el departamento de la Guajira¹⁴. Por otra parte, el análisis que permiten los Anales del Consejo de Estado, revela 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, ya sea por deficiencias en la atención en el embarazo y el parto o por la práctica de histerectomías innecesarias. “

(...)

“Que un porcentaje tan significativo de las sentencias recientes en materia de responsabilidad médica corresponda a una sola especialidad, debe alertar sobre las deficiencias en la atención que



se presta en la misma. A las anteriores consideraciones hay que añadir que gran parte de los casos propios de la ginecología y la obstetricia no corresponden a situaciones patológicas. En efecto, además de las enfermedades propias del aparato reproductor femenino, la ginecología y la obstetricia tienen por objeto los procesos naturales del embarazo y el parto. No siendo estos eventos patológicos, lo razonable es pensar que su resultado no será la muerte o enfermedad de la madre, tampoco de la criatura esperada. En tal sentido, en muchos (aunque claramente no en todos) de los casos en que se alega la falla médica en ginecología y obstetricia, el desenlace dañoso refleja una mayor irregularidad.
“

Se cita esta sentencia por cuanto en estos casos de Ginecobstetricia se aplican los indicios, dada las fallas recurrentes que ocurren en esta especialidad.

Con fundamento en lo anterior, ruego al despacho declarar prósperas las pretensiones de la demanda y en CONSECUENCIA DECLARAR ADMINISTRATIVAMENTE RESPONSABLES A LAS ENTIDADES DEMANDADAS Y ORDENAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN RESPECTIVA.

III. NOTIFICACIONES

- La suscrita.; en la Calle 17 No. 3 – 37 Edificio Diana Carolina local 110 de La Dorada – Caldas, teléfono 8574889, 3212464985 Y correos: erikaristizabal1989@hotmail.com; asisjuridicasas@hotmail.com

Del Señor Juez,

ERIKA JHOANA BERNAL ARISTIZABAL
C.C. No. 1.098.667.626
T.P 223.744 Del C.S. de la J.