



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 de la parte demandante; por medio de la presente me permito presentar **RECURSO DE APELACIÓN EN CONTRA DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA**, en los siguientes términos:

I. SENTENCIA EMITIDA POR EL DESPACHO

La sentencia emitida por el despacho dispuso:

“RESUELVE

PRIMERO: Negar las pretensiones de la demanda, por las razones explicadas en la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO: Sin condena en costas.

TERCERO: Ejecutoriada la presente providencia, liquídense por Secretaría los gastos ordinarios del proceso, y en caso de remanentes devuélvanse al interesado; lo anterior de conformidad con lo que se establezca por la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial.

CUARTO: Se advierte a las partes que el buzón electrónico suministrado -sea a través de la demanda, de la contestación o algún otro memorial- para efectos del presente trámite será su identificación digital frente al proceso. Significa que toda comunicación o memorial que el apoderado pretenda remitir hacia éste deberá originarse únicamente desde tal dirección electrónica, y que las intercomunicaciones y/o notificaciones que deba realizar el despacho habrán de enviarse al buzón electrónico informado por el abogado de la parte.

QUINTO: Se advierte que los memoriales que las partes destinen a este trámite procesal deben observar el conducto de envío de correspondencia establecido por el Consejo de Estado y por el Consejo Superior de la Judicatura, esto es, UNICAMENTE por la VENTANILLA VIRTUAL de SAMAI y simultáneamente a los correos electrónicos establecidos por las demás partes constancia. (...)”

II. RAZONES DE DISENTIMIENTO CON LA DECISIÓN JUDICIAL

La razón principal de disentimiento con la decisión del despacho radica en que se aparta de los lineamientos jurisprudenciales en materia de falla en el servicio médico de ginecobstetricia, respecto del cual **“cuando el embarazo es normal, lo lógico y lo esperado de acuerdo con las reglas de la experiencia es un**



parto sin problemas, es decir, un bebé vivo y sano". Además de las formas de discriminación y violencia de las que han sido víctimas las mujeres en el servicio de ginecobstetricia y que, por tratarse de una problemática social, ha sido abordado desde diferentes ópticas y por distintas instituciones.

En ese orden de ideas, el análisis del A QUO debía enfocarse en determinar si la atención fue diligente, oportuna y se ajustó a la lex artis y guías y protocolos establecidos para este tipo de casos. Posteriormente, verificar si se configuran los elementos estructurales de la responsabilidad del estado por la FALLA PROBADA DEL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA.

De conformidad con la **jurisprudencia del Consejo de estado**, cuando el embarazo se ha desarrollado con normalidad y termina con un feto muerto o complicaciones en el parto, se infiere responsabilidad de la ENTIDAD QUE ATENDIÓ LA PACIENTE. Se cita la sentencia de la SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B consejera ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO Bogotá, D.C., veintisiete (27) de abril de dos mil once (2011) Radicación número: 19001-23-31-000-1996-09007-02(20996), donde señala el honorable consejo de Estado:

“Entonces, establecido que el parto de un embarazo normal -según cuenta el propio médico llamado en garantía que atendió los controles prenatales- terminó con un feto muerto y la pérdida de la matriz de la madre por fuera de todo presagio, huelga inferir la responsabilidad de la entidad demandada por los siguientes indicios graves y contingente: (i) la asunción de riesgos innecesarios, (ii) la omisión en el registro del estado y evolución de la paciente y (iii) la falta de la autopsia que esclareciera las causas de los daños irrogados por los accionantes. En este sentido es dable deducir la falla del servicio tanto por la muerte fetal como por la pérdida de la capacidad reproductora de la madre.

Es verdad que no hay prueba acabada del nexo de causalidad entre los daños ocasionados a los demandantes y el servicio de gineco-obstetricia prestado a la señora Cifuentes Ñañez y podría aducirse que el embarazo en sí mismo comporta el riesgo de la muerte fetal -aunque este no es el resultado normalmente predecible cuando el embarazo ha sido normal como en este caso- y de la afectación de la salud procreadora de la madre, pero tampoco puede perderse de vista que los médicos que resolvieron atender el parto, a sabiendas de una posible complicación, asumieron riesgos que no les correspondía y una vez realizados les asiste la obligación de responder por su conducta.”

También la sentencia radicada 8500123330002015003301 del 24 de abril de 2023, del Consejo de Estado sala de lo contencioso Administrativo Sección tercera subsección a, consejera ponente: María Adriana Marín, abordó una cuestión similar.

Es por ello y de conformidad con la línea jurisprudencial del Consejo de Estado, la prueba indiciaria en ASUNSTOS DE GINECOBSTETRICIA es la prueba reina, como lo indicó el Consejo de Estado en sentencia con **Radicación número: 25000-23-26-000-1993-09477-01(16085), del 26 de marzo de 2008. Al indicar:**

*“A la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexo causal. **La***



demonstración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, y se reitera, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño. No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad. En otras palabras, no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño, para que automáticamente se ubique en el ente hospitalario demandado, la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad le corresponderá contraprobar en contra de lo demostrado por el actor a través de la prueba indiciaria, esto es, la existencia de una falla en el acto obstétrico y la relación causal con el daño que se produjo en el mismo, demostración que se insiste puede lograrse a través de cualquier medio probatorio incluidos los indicios, edificados sobre la demostración, a cargo del actor, de que el embarazo tuvo un desarrollo normal y no auguraba complicación alguna para el alumbramiento, prueba que lleva lógicamente a concluir que si en el momento del parto se presentó un daño, ello se debió a una falla en la atención médica. Nota de Relatoría: Ver sentencia de 10 de febrero de 2000, exp: 11.878; Sentencia de 17 de agosto de 2000. Exp. No. 12.123; Sentencia de 7 de diciembre de 2004, exp: 14.767; sentencia de 14 de julio de 2005 Exp. No. 15.276.”

Igualmente cito la **sentencia de UNIFICACIÓN del CONSEJO DE ESTADO**, Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera, consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO, del veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014) Radicación número: 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804), donde se tomaron medidas adicionales de reparación en un asunto de Ginecobstetricia. Ello para indicar que no es un tema nuevo; que las IPS generen discriminación contra la mujer y violencia contra ésta en el servicio de Ginecobstetricia. Al respecto indicó el Consejo de ESTADO:

“CRITERIO DE UNIFICACION - Medidas adicionales de reparación integral / MEDIDAS ADICIONALES DE REPARACION INTEGRAL - Por evidenciarse la proyección de una actitud de invisibilidad a la condición físico anímica de la mujer / MEDIDAS ADICIONALES DE REPARACION INTEGRAL - Por la deficiencia reiterada en la atención gineco obstétrica En el caso concreto se ha encontrado fundamento para declarar la responsabilidad estatal y procedentes las pretensiones, pero no solo eso, la Sala encuentra motivos para ordenar la adopción de medidas adicionales de reparación integral, en la medida en que éste evidencia la proyección de una actitud de invisibilidad a la condición físico-anímica de la mujer, y por lo tanto, una forma de discriminación ajena al Estado Social de Derecho. 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.”



Con posterioridad en sentencia del Consejo de Estado sala de lo contencioso administrativo sección tercera subsección “B” consejera ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO- diez (10) de mayo de dos mil dieciocho (2018) Radicación: 190012331000200302031 02 (38888), Se indicó:

“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)” 21. Estas cifras son alarmantes si se comparan con 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 Guajira22. 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 lo anterior, hay añadir que el descuido de la atención ginecológica no solamente no se compagina con la dignidad de la mujer, sino que, en los casos con un componente obstétrico, también resulta seriamente lesivo de los derechos del ser humano esperado y recién nacido. No se olvide, a este respecto, que el obstetra se pone en contacto con el ser humano desde la concepción y que las complicaciones en la gestación, el parto y el puerperio bien pueden repercutir indeleblemente en la vida de una persona”. (Negrilla y subrayado fuera de texto). “

Frente a la violencia en el servicio de Obstetricia, la sentencia de unificación de la Corte Constitucional **SU048/22** la define 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 y el sufrimiento al que es sometida por la RUPTURA UTERINA, ante la falta de vigilancia óptima en su trabajo de parto.

Se recuerda que, si bien la materna tenía un alto riesgo obstétrico, por el hipotiroidismo, por la preeclampsia en embarazo anterior, por la cesárea previa y nacimiento prematuro, y por la obesidad; el embarazo tuvo un avance normal, sin ningún tipo de complicación en su periodo prenatal y si bien es cierto, la herida de la cesárea la convertían en paciente con riesgo de ruptura uterina, tal y como lo determinó el perito en su dictamen, en este caso dicha RUPTURA UTERINA era prevenible y evitable, dado los signos y síntomas clínicos previos que se generan en el paciente.

En la sentencia que se controvierte, cita el despacho apartes de la contradicción del dictamen, efectuada el día 25 de julio de 2024 en audiencia pública, destacando:

*“- Realizó la evaluación de la historia clínica y 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, **destaca la demora que se presentó en el procedimiento de cesárea y que derivó en una hemorragia intraparte, que conllevó 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. (negrilla y subrayado fuera de texto)*

- *Señaló que para el caso el proceso de la ruptura arterial es un proceso dinámico que ocurrió en algún momento en las 3 horas anteriores al suceso y el trabajo de parto tiene dos etapas, una fase latente y una fase tardía, **en ese orden se supone que una paciente que se encuentra hospitalizada debe tener una valoración de los signos vitales cada hora para ver que no hayan modificaciones, si no hay modificaciones se puede esperar a realizar al procedimiento y si en algún momento aparece una alteración, inmediatamente se debe proceder a hacer la intervención respectiva.***
- *Refiere que pasó un período de 3 horas donde ya estaba decidida la realización de la cesárea, por lo que desconoce los motivos por los que no*



se pasó con antelación, por lo que ya serán condiciones de tipo o de índole administrativo de la institución, pero si llama la atención que en ese periodo de tiempo no haya ninguna observación del estado de la paciente, hasta la evaluación siguiente en donde se encuentra una condición clínica que genera un gran compromiso de una gran morbilidad.

- **Señaló que la ruptura uterina para el caso se considera un evento obstétrico previsible y prevenible, indicando que hay situaciones o signos clínicos que sugieren que se puede estar gestando una ruptura.**
- Señaló que en lo que evaluó no hay notas entre el tiempo de la última atención y el evento de urgencia, respecto a la condición materno fetal, desconociendo por ende si se hicieron actuaciones médicas, se escribieron o si se hicieron y no se escribieron.
- Refirió que el monitoreo fetal más eficaz es la precepción de los movimientos fetales por la madre, sin desconocer los casos descritos donde la mamá refiere sentir al bebé, pero este está muerto.”

También hace referencia el despacho al testimonio de la doctora Claudia Patricia González Valencia recepcionado en la audiencia de práctica de pruebas llevada a cabo el 25 de julio de 2024, del cual destaca el despacho:

- “(…)
- Señaló que el trabajo de parto tiene tres partes, la fase latente cuando inicia la actividad uterina y hasta una dilatación donde el bebé se acomoda, la fase activa se hace monitoreo ambulatorio y la fase expulsiva y para el caso la paciente tenía un trabajo de parto en fase latente.
 - **Refirió 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 y allí se establece 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 hospitalizada para una cesárea programada independiente que ya tuviera algunas manifestaciones iniciales como era la contracción.
 - **Reiteró que cuando se hizo la auditoria de caso se hizo en el marco de la Resolución 3280 que dice que si hay indicación de monitoreo con horario, pero para las pacientes que están en trabajo de parto en fase activa,** en este caso la paciente ingresó por indicación médica y se dio la orden de realizar la cesárea, tal como había sido concebido en el último control prenatal y se documentó el bienestar materno fetal durante la espera de la cesárea, lo cual permite inferir que hubo una gestión en el proceso de atención, haciendo la evaluación clínica y paraclínica de la madre y del bebé mientras era llevada a cesárea.”

Concluye el DESPACHO que las omisiones que se le endilgan a la Clínica Juan N. Corpas no resultan imputables a ésta, por las razones que me permito resumir:

- 1- “Que la paciente Nadia Vanessa Garzón Jiménez contaba con varios factores de riesgo obstétrico como lo eran el haber tenido una cesárea previa, hipertiroidismo y preclamsia, sin embargo, en la consulta estaba hemodinámicamente estable y los galenos que la atendieron le ofrecieron prueba de trabajo de parto posterior a cesárea pero la paciente no lo aceptó, asimismo, se solicitó monitoria fetal por el área respectiva y decidiéndose la hospitalización de la



materna para cesárea que había sido programada con anticipación, al no observarse ninguna urgencia con base en su diagnóstico.

- 2- Que según el análisis clínico del caso efectuado por la Clínica Juan N. Corpas la ruptura uterina espontánea se presenta en aproximadamente el 0,02% de los embarazos y en caso del antecedente de cicatriz uterina cerca al 2%, entonces, se colige válidamente que el riesgo de ruptura uterina era inherente a las condiciones de la paciente aunque resultaba ser muy poco frecuente aún más en la fase latente del trabajo de parto, por lo que se consideró como un evento adverso no prevenible, es decir, la complicación médica resultó ser un acontecimiento súbito que no podía preverse por parte del equipo médico de la demandada.
- 3- Frente a la valoración del dictamen pericial aportado por la parte demandante, se debe precisar que respecto de su suficiencia, claridad, exhaustividad, solides, precisión y calidad de sus fundamentos, el mismo debe acompasarse con el contenido de la historia clínica que corresponde a las atenciones que recibió la demandante en la Institución de Salud, puesto que, las conclusiones que carezcan de certeza respecto de la atención dispensada a la demandante resultan ser subjetivas, de modo que, la firmeza de tales conclusiones sólo se puede verificar de cara a las anotaciones de la historia clínica. En razón de lo anterior, para el despacho la parte actora tenía el deber de verificar que la historia clínica puesta bajo consideración del perito estuviera completa y requerir de ser el caso la complementación de la documentación exigiendo la entrega total del documento o la manifestación expresa por parte de la Institución de Salud de que no existían más folios o anotaciones médicas o de enfermería en la historia clínica del paciente, por cuanto, el perito en varias oportunidades manifestó que desconocía los motivos por los cuales no se llevó a cabo o no se registró en la historia los elementos o evidencias de la vigilancia y monitoreo de la materna y su bebé, señalando que éstas no se encontraban presentes en la historia clínica que se le aportó para su dictamen. (subrayado y negrilla fuera de texto)
- 4- Por lo anterior, el despacho no encontró acreditados los argumentos expuestos por la parte demandante y que tienen que ver con que la demandada Clínica Juan N. Corpas no tomó las medidas pertinentes para evitar el desenlace fatal, ni practicó la cesárea a tiempo y que existió una falta de monitoreo que llevó a que no se percataran de los síntomas de la ruptura uterina, así como tampoco se realizó la ecografía placentaria ni se diligenció el partograma para monitorear el trabajo de parto.
- 5- Recapitulando el despacho indicará que en el presente proceso y con fundamento en el recuento histórico de la atención médica suministrada a la aquí demandante y a su hija fallecida, se observó que no se presentaron demoras injustificadas o que las señaladas por la parte demandada fueran determinantes en la causa de la muerte de la menor, como tampoco las pruebas permiten colegir la presencia de irregularidades en la prestación del servicio de obstetricia que permitan endilgar responsabilidad a las demandadas Ministerio de Salud y Protección Social, Clínica Juan N. Corpas - Corpas Ospedale, Fundación Cardio infantil – Instituto de Cardiología y la EPS Sanitas.
- 6- Como se ha venido explicando en las líneas que anteceden, no se consideran suficientemente acreditadas las omisiones o fallas en la prestación del servicio médico que se afirmaron en la demanda y por el contrario según las anotaciones de la historia clínica, los testimonios y el interrogatorio escuchados, así como los apartes que no fueron objeto de reproche por parte del despacho respecto de la experticia elaborada por el perito Jorge Andrés Jaramillo García, se desplegaron todas las conductas tendientes a mantener y recuperar la salud de la demandante y su menor hija, sin que se probara por la parte que litiga que la atención médica no cumpliera con los principios del servicio de salud, esto es: integralidad , oportunidad, necesidad, eficiencia y continuidad.”

Frente a las demás conclusiones relacionadas con las CODEMANDADAS no voy a referirme, dado que la responsabilidad directa que se logró probar incumbe únicamente a la CLINICA JUAN N CORPAS.

Estas seis conclusiones derivan del análisis efectuado por el despacho, las cuales rechazo rotundamente; dado que las pruebas presentadas y practicadas en juicio dan cuenta de una realidad distinta que está desconociendo por completo el A QUO y que es menester se revisen por parte del AD QUEM. Me permito manifestar las razones de disenso:

- 1- **Frente a la primera conclusión**, se tiene que si bien es cierto la materna tenía factores de riesgo y el 17 de abril de 2020 cuando acude a la Clínica fue Hospitalizada y no presentaba síntomas de gravedad, ello no es óbice para que el equipo médico descuidara la atención y omitiera seguir los protocolos de vigilancia al trabajo de parto que, aunque según el perito y demás pruebas obrantes en el plenario, estaba en fase latente, requería una vigilancia óptima.

Aunado a lo anterior, tal y como se documentó a lo largo del proceso, la ruptura uterina en este caso era evitable y prevenible; pero fue la VIGILANCIA SUBÓPTIMA del trabajo de parto lo que conllevó a que se produjera. Máxime que existen síntomas y signos clínicos que hacen sospechar que se va a producir. Así lo indicó el perito en la sustentación del dictamen. quien además concluye lo siguiente: *“El haber realizado la cesárea con antelación hubiera muy posiblemente haber cambiado el desenlace de una situación que, aunque podía presentarse, no era de manera alguna previsible su momento de ocurrencia.*

Lo que sí es claro es que el no saber qué pasó durante el periodo de tiempo transcurrido entre la decisión de programar una cesárea y la aparición del episodio hemorrágico, no permitió tener elementos que llevaran a aumentar la sospecha de que se estuviera gestando dicha complicación, para actuar en consecuencia y así de manera alguna reducir la posibilidad de que se presentara el desenlace negativo que se presentó (...)”

La doctora Claudia Patricia González Valencia, testigo de la EPS, enfatiza durante toda su intervención, en la **resolución 3280 de 2018**, para recalcar, según ella, que la atención de Nadia Vanesa Garzón siguió todos los lineamientos de la norma en comento.

Sin embargo, revisando la norma **RESOLUCIÓN 3280 DE 2018**, se encuentra que es falso, dado que esta norma plantea como objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal *“Contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral en salud, incluida la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud.*

(capítulo 3 páginas 238 y sgts del documento: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf).

De entrada, se tiene que la Clínica Juan N Corpas incumple el objetivo planteado por la norma, al suministrar una atención deficiente a la materna.

Dentro de los objetivos específicos plantea la norma **“b) Identificar y gestionar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que inciden en la salud de la mujer gestante y del recién nacido. (...)” (negrilla fuera de texto).**

Mas adelante señala la norma Numeral 4.3. (página 263 y sgts del documento https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20328



[0%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)) LA ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL, indicando: (...)Se comprende por atención para el cuidado prenatal al conjunto de atenciones que contribuyen a: i) mejorar la salud materna ii) promover el desarrollo del feto, iii) identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y iv) generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro.”

Mas adelante en el numeral 4.7 La resolución 3280 de 2018 (página 281 y sgts del documento

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf) señala los lineamientos que se deben tener en cuenta en la atención del parto y el numeral 4.7.1 señala los objetivos:

”- Brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso de trabajo de parto y parto, a fin de obtener una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos.

- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos placentarios y la infección puerperal.”
(negrilla y subrayado fuera de texto).

En el numeral 4.7.5.2 Atención del primer periodo del parto (págs. 283 y sgts) se indica lo siguiente:

“Se adopta la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 6 cm. de dilatación.

Se adopta la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular.

La mujer en trabajo de parto debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.

Durante el periodo dilatante se deberá alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

Una vez decidida la hospitalización, se debe explicar a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto. Se deben extremar los esfuerzos para que se haga apoyo emocional a todas las mujeres, no sólo por alguien cercano a ella, sino por personal entrenado para tal fin. Este apoyo debe incluir presencia continua, brindando bienestar y estímulo positivo.

Tomar signos vitales a la madre por lo menos una vez cada hora: frecuencia cardíaca, tensión arterial. frecuencia respiratoria.

Diligenciar la partograma a todas las usuarias. En la partograma se registrarán la posición materna, los signos vitales maternos, la frecuencia cardíaca fetal, la dilatación, el borramiento, la estación, el estado de las membranas, la variedad de posición de la presentación junto con la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas y los métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

Se debe auscultar la frecuencia cardíaca fetal en reposo y luego de finalizada la contracción de manera intermitente. Cada medición de la frecuencia cardíaca fetal debe tomarse durante un minuto completo cada 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el segundo periodo del parto (periodo expulsivo).



(...)”

Como se evidencia, la norma prescribe los lineamientos que se deben adelantar en la atención del trabajo de parto, los cuales no cumplió la Clínica Juan N Corpas y es precisamente por ello, que la Secretaría de Salud de Bogotá mediante resolución No. 673 del 11 de abril de 2023 sanciona a la entidad, dado que no se garantizaron las características de SEGURIDAD, CONTINUIDAD, OPORTUNIDAD a favor de la paciente Nadia Vanesa Garzón.

Se tiene que la paciente no tuvo acompañamiento de su familiar, siempre estuvo sola; tampoco recibió apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto por parte de personal de la IPS o su familia, esta última porque no pudo brindarle acompañamiento; tampoco le fueron tomados los signos vitales cada hora: frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.

Tampoco se diligenció, por parte de la IPS, la partograma.

Estas falencias, que hecha de menos el Juzgado, son las que condujeron al hecho dañino y que produjeron graves perjuicios a mis poderdantes.

- 2- **Frente a la segunda conclusión**, es importante traer a colación un principio procesal que indica **“NO ES DABLE A LAS PARTES FABRICARSE SU PROPIA PRUEBA”** (sentencia DE LA Corte suprema de Justicia SC9680-2015, Radicación No. 11001-31-03-027-2004-00469-01 del 3 de marzo de dos mil quince); en este caso el despacho le da plena validez y lo convierte en prueba irrefutable, el análisis que hace la misma Clínica Juan N Corpas posterior a lo ocurrido con la materna Nadia Vanessa Garzón, y lo cataloga como una ruptura uterina espontánea; situación que carece de veracidad si atendemos el amplio material probatorio que reposa en el expediente administrativo, que da cuenta de una atención deficiente que se traduce en una vigilancia subóptima del trabajo de parto de la materna. Recordemos que la paciente no tuvo atención desde las 9: 25 AM hasta las 12: 59 PM; tal y como lo reseña la historia clínica.

Aunado a lo anterior, el perito fue enfático en señalar que en ESTE CASO LA RUPTURA ERA PREVENIBLE Y EVITABLE; adicionalmente la Secretaría de Salud del Distrito SANCIONÓ a la Clínica Juan N Corpas por la atención deficiente brindada a la paciente NADIA VANESA GARZÓN el 17 de abril de 2020, mediante resolución No. 673 del 11 de abril de 2023; dado que no se garantizaron las características de SEGURIDAD, CONTINUIDAD, OPORTUNIDAD a favor de la paciente Nadia Vanesa Garzón.

Se concluye entonces que la falta de monitoreo por parte de la Clínica Juan N Corpas, 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 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.

Situaciones que desconoce por completo el A QUO, al darle prevalencia a una prueba fabricada por la misma parte demandada.



- 3- **Frente a la Tercera conclusión**, me aparto completamente y de manera especial solicito al Honorable Tribunal Administrativo revisar los argumentos expuestos por el A QUO, en los que de forma TÁCITA está incorporando una prueba EXTEMPORÁNEA y, peor aún, que no existía para el 18 de abril de 2020, cuando fue dada de alta la paciente NADIA VANESSA GARZON, y solicitó la entrega íntegra de su historia clínica.

Hago esta salvedad, porque el despacho acepta la documental aportada por la CLINICA JUAN N CORPAS, y las manifestaciones realizadas por la apoderada en el sentido de indicar que existieron “NOTAS DE ENFERMERÍA” en el periodo de tiempo comprendido entre las 9: 25 AM A 12: 59 PM de la atención del 17 de abril de 2020; situación que carece de veracidad, atendiendo que las notas de enfermería hacen parte integral de la historia clínica y no son documentos ajenos a esta, y no existían para el momento en que le fue entregada la HISTORIA CLINICA a la paciente, en el año 2020.

Sorpresivamente cuatro años posteriores al evento que es objeto de litis; aparecen unas NOTAS DE ENFERMERÍA que dejan sin efecto el peritaje practicado en el proceso. Pues es claro ello, con los argumentos que expone el A QUO. Es precisamente por ello, que manifiesto hubo una aceptación tácita de una PRUEBA EXTEMPORÁNEA y me atrevo a decirlo, fabricada por la misma parte demandada.

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 (...).*”

A su vez el Artículo 3º señala las 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, es evidente que las presuntas “NOTAS DE ENFERMERÍA” no existían para el momento en que mi poderdante solicitó su historia clínica en el año 2020 y precisamente por ello no fueron entregadas. De haber existido las mismas, se hubiesen entregado al HACER PARTE INTEGRAL DE LA HISTORIA CLÍNICA, al ser la anotación cronológica del estado de salud de la paciente.



Adicionalmente, el despacho hace un señalamiento contra la parte demandante, por no haber solicitado complementación de la historia clínica; situación que violenta desde todo punto de vista el DEBIDO PROCESO Y EL DERECHO DE DEFENSA de la parte demandante; quien aportó de forma íntegra la historia clínica que recibió por parte de la CLINICA JUAN N CORPAS y de las otras entidades vinculadas al proceso. No podía presumir la suscrita o mis poderdantes que existían documentos adicionales, cuando los mismos no fueron aportados por la Clínica Juan N Corpas, en el año 2020 al ser solicitados. Aunado a ello, de conformidad con la narrativa de la víctima, señora NADIA VANESA GARZÓN y que se plasmó en las quejas que presentó ante la misma clínica y ante la Secretaría de Salud de Bogotá, precisamente se aduce la desatención por parte de la Clínica, al dejarla por varias horas en espera sin ningún tipo de vigilancia.

Se reitera, es una SORPRESA que cuatro años posteriores al evento aparezcan notas de enfermería que no estuvieron integradas a la historia clínica desde su inicio.

Pero mayor asombro causa, que de forma tácita hayan sido tenidas en cuenta por el despacho para restarle el valor probatorio a la prueba pericial, la cual fue presentada por un experto en Ginecobstetricia con muchos años de experiencia, además la prueba reviste suficiencia, claridad, exhaustividad, solides, precisión y calidad de sus fundamentos, que no fueron controvertidos por ninguno de los sujetos procesales demandados.

Por lo que no es dable, que se le reste el valor probatorio a la prueba científica, que no fue controvertida en juicio, ante la presentación de unas SUPUESTAS NOTAS DE ENFERMERÍA, que se reitera nunca existieron.

No se desconoce por parte de la suscrita, la facultad del Juez de valorar las pruebas de acuerdo a su sana crítica; sin embargo, en el presente caso no existen elementos de juicio para restarle valor probatorio a la prueba pericial, la cual confrontada con los demás elementos como historia clínica, proceso administrativo sancionatorio adelantado por la secretaria de Salud de Bogotá, los testigos técnicos; queja de la misma victima Nadia Vanesa Garzón; dan cuenta de la atención deficiente por parte de la Clínica Juan N corpas que llevó indefectiblemente a la ruptura uterina y desenlace fatal del Neonato.

4. Frente a la cuarta, quinta y sexta conclusión expuesta por el despacho, disiento con su posición en la medida en que quedó plenamente probado que 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; 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; 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 y que 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. Adicionalmente que 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.



Para terminar, es claro que el AQUO deniega las pretensiones de la demanda, al advertir que no hubo falla probada del servicio, según sus consideraciones. Escenario que, a la luz de la jurisprudencia; las pruebas documentales obrantes en el expediente, la prueba testimonial (testigos técnicos y otros), prueba pericial y guías y protocolos de Ginecobstetricia, resolución 3280 de 2018, Expediente SANCIONATORIO de la Secretaría de Salud de Bogotá; resulta ser un desacierto.

Constituye un desatino, dado que se logró acreditar con SUFICIENCIA que, durante el trabajo de PARTO, no hubo una vigilancia óptima por parte de la CLINICA JUAN N CORPAS y es en esa etapa donde se genera la RUPTURA UTERINA y la consecuente muerte fetal y las lesiones irreversibles a la materna.

III. SOLICITUD DE REVOCAR LA DECISIÓN DEL A QUO

De conformidad con los argumentos expuestos solicito al Honorable Tribunal Administrativo de Bogotá y/o Cundinamarca REVOCAR en su totalidad la sentencia de primera instancia y en su lugar declarar PRÓSPERAS LAS PRETENSIONES de la demanda en los términos solicitados.

IV. 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.