REPÚBLICA DE COLOMBIA

JUZGADO TREINTA Y CINCO (35) ADMINISTRATIVO
DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.
- SECCIÓN TERCERA -

Bogotá, D.C, veinticinco (25) de noviembre de dos mil veintidós (2022)

Expediente	11001333603520150021100
Medio de control	Reparación Directa
Demandante	Jenny Alexandra Camacho Torres y Otros
Demandada	Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Dirección General de Sanidad Militar – Centro de Medicina Naval y Hospital Militar Central
Llamado en Garantía	- La Previsora S.A. Compañía de Seguros

SENTENCIA

Agotadas las etapas y revisados los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa, sin que se adviertan causales de nulidad que invaliden lo actuado, procede este Despacho Judicial a proferir sentencia dentro del proceso de la referencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011.

I. ANTECEDENTES

1.1. LA DEMANDA

Mediante apoderado judicial, la señora Jenny Alexandra Camacho Torres, quien actúa en causa propia y en representación legal de la menor MCC[1] y Juan Manuel Castro Amador, presentó demanda de reparación directa en contra de la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Dirección General de Sanidad Militar – Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional y Hospital Militar Central, con el fin de que fueran declaradas administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios causados por el inadecuado servicio médico brindado a Jenny Alexandra Camacho Torres durante su embarazo que llevó a que el feto muriera.

1.2. PRETENSIONES

La parte actora solicitó se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

> *"(…)* ***PRIMERA/*** *Declarar administrativamente y extracontractualmente responsable a la Nación (Ministerio de Defensa- La Dirección General de Sanidad Militar- Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional y Hospital Militar Central), de los perjuicios causados a los señores*

[1] En consideración a que los hechos de la presente acción involucran cuestiones que se relacionan con la órbita personal de un menor, la cual está protegida por su derecho fundamental a la intimidad, en aplicación de los parámetros de protección instituidos en la Ley 1098 de 2006 *"Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia",* y con el fin de proteger sus derechos, en esta providencia se cambia su nombre y en toda futura publicación de la misma, en tal virtud, se reemplaza el nombre de las menores LOC y MJOC

JENNY ALEXANDRA CAMACHO TORRES, MARIANA CASTRO CAMACHO y JUAN MANUEL CASTRO AMADOR , con motivo de la muerte de su hija y hermana por nacer, ocurrida en el útero de la madre el día 20 de agosto de 2012, como consecuencia de una inadecuada, indebida, ineficiente y negligente prestación del servicio médico por parte del Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional al no haberse remitido a la entidad Hospitalaria lo que ocasionó la consulta por urgencias en el Hospital Militar Central y; a su vez por la Falla o falta del servicio de urgencias de este Centro Hospitalario que condujo a ocasionarle la muerte al hijo por nacer.

SEGUNDA/ *Condenar a la Nación (Ministerio de Defensa -Dirección General de Sanidad Militar- Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional y al Hospital Militar Central de manera solidaria) a pagar los daños y perjuicios de orden material y moral, subjetivos y objetivados, actuales y futuros a cada uno de los afectados o a quien represente legalmente sus derechos, que se estiman en principio en la suma de 850 SMLMV, o de acuerdo a lo que se pruebe dentro del proceso.*

TERCERA/ *La condena respectiva ser á actualizada de acuerdo a lo previsto en artículo 138 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, teniendo en cuenta en la respectiva liquidación, la variación promedio mensual del índice de precios al consumidor (IPC), desde la fecha en que se presentaron los hechos hasta aquella en la cual quede ejecutoriado el fallo definitivo.*

CUARTA/ *La parte demandada dará cumplimiento a la sentencia, en los términos de los artículos 138 y SS del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

QUINTA/ *Que se profiera condena en costas. (…)"*

1.3. FUNDAMENTO FÁCTICO

El fundamento fáctico de la demanda, en síntesis, es el siguiente:

- La señora Jenny Alexandra Camacho Torres en calidad de Oficial de la Armada Nacional se encuentra vinculada al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

- El 28 de enero de 2012 fue valorada en el Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional de la ciudad de Bogotá en donde se le indicó encontrarse en estado de embarazo de 10.3 semanas de gestación; su embarazo fue clasificado como de alto riesgo y con reporte radiológico del 22 de febrero de 2012 que da cuenta de vitalidad fetal satisfactoria.

- Asistió a los respectivos controles prenatales en los cuales fueron ordenados exámenes de análisis de sangre, orina, tolerancia de glucosa, urocultivos, muestras de secreción vaginal. En el hemograma y tolerancia a la glucosa se detectó que la madre padecía diabetes gestacional y por ende se identificó como factor riesgo gineco obstétrico alto.

- Según el reporte de radiología e imágenes diagnósticas fue establecido como fecha probable de parto para el 23 de agosto de 2012.

- En control prenatal del 9 de agosto de 2012 el médico tratante diagnosticó *"diabetes gestacional se encuentra controlada y la valoración obstétrica permanece de alto riesgo. Se determina igualmente que la madre presenta salida de líquido por la vagina, contracciones, ausencia de MSFS y presenta sangrado"*.

- En control prenatal del 16 de agosto de 2012 con gestación de 36.6 semanas obra nota médica de *"riesgo obstétrico alto y diabetes gestacional probablemente controlada, se hace énfasis en control de la dieta y con plan de tratamiento de remisión al Hospital Militar Central"*.

- Que, en su sentir, no fue realizado el trámite de referencia y contrarreferencia de remisión de la paciente al Hospital Militar Central tal como lo exige el artículo 5° del Decreto N° 1795 de 2000.

- A las 7:00 a.m. del 20 de agosto de 2012, la señora Jenny Alexandra Camacho Torres ingresó al servicio de urgencias del Hospital Militar Central por presentar sangrado, siendo valorada por el especialista de ginecología quien al realizar el examen físico evidenció, entre otros aspectos, expulsión del tapón mucoso ordenando su salida a las 10:00 a.m. con la recomendación de revalorar en 72 horas.

- Hizo énfasis en la omisión del médico tratante de indagar sobre el tiempo que había transcurrido desde la expulsión del tapón mucoso; cuestionó a su vez por qué no se ordenaron nuevos exámenes clínicos, ni ordenaron la ecografía Doppler con la finalidad de verificar el bienestar fetal. Además, puso de presente que en ese momento no fue inducido el parto, ni aparecen registros de frecuencia cardiaca fetal cuando se trataba una paciente alto riesgo por padecer diabetes gestacional.

- Indicó que la paciente regresó a su casa, pero horas más tarde no volvió a sentir movimientos fetales, motivo por el cual el 21 de agosto de 2012 nuevamente acudió al servicio de urgencias del Hospital Militar Central en donde le diagnosticaron óbito fetal.

- Que enseguida fue practicada la cesárea por óbito fetal en donde fue determinado que el feto femenino murió a las 20:50 p.m. del 21 de agosto de 2012 y que en su sentir este fallecimiento en realidad ocurrió el día anterior.

- El 22 de agosto de 2012 con ocasión de la necropsia del feto realizada por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses se determinó como causa de la muerte consistente en cambios hipóxico en feto y placenta.

1.4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DEMANDA

La parte demandante invocó como fundamento jurídico de sus pretensiones los artículos 2 y 90 de la Constitución de 1991. Asimismo, invocó el artículo 140 del CPACA, el Decreto N° 1795 de 2000, el Acuerdo N° 004 de 1997, el Código de Ética y la Ley 640 de 2001.

Como sustento de la falla del servicio explicó que, para el 20 de agosto de 2012, la señora Jenny Alexandra Camacho Torres existían señales que daban cuenta que la paciente experimentaba trabajo de parto por encontrarse en término completo de 39 semanas con expulsión de tapón mucoso y con placenta madura, por lo que al médico tratante le correspondía practicar ecografía doppler fetal y monitorización de la frecuencia cardiaca del feto. Dado que el trabajo de parto suele durar de 8 a 12 horas, cuando la paciente acudió al servicio de urgencias el 20 de agosto de 2012, al médico tratante le correspondía dejarla en observación, máxime que se trataba de un embarazo de alto riesgo, y no darle salida para una posterior revaloración dentro de las 72 horas.

Así, entonces, funda la falla del servicio médico porque en su sentir considera que el procedimiento hospitalario fue inadecuado por no practicarse en la madre valoración fetal seriada sistemática con la cual se determinaba si el feto se encontraba en peligro y así adoptar medidas para prevenir la hipoxia fetal y la asfixia neonatal que hubiera evitado la muerte o daño neurológico.

En ese orden de ideas, sostuvo que el daño consistente en la muerte del feto y el hecho de verse comprometida la vida de Jenny Alexandra Camacho Torres es atribuible a la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Dirección General de Sanidad Militar – Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional – Hospital Militar Central por falla del servicio gineco obstétrico.

1.5. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1.5.1. Hospital Militar Central

El apoderado judicial del Hospital Militar Central dio contestación a la demanda y puso en entredicho la gran mayoría de los hechos. Se opuso rotundamente a las pretensiones, porque la atención médica brindada a la paciente Jenny Alexandra Camacho Torres durante el servicio de urgencias del Hospital Militar Central fue oportuna y acorde al motivo que consultó la gestante.

A su vez, indicó que la paciente consultó voluntariamente por primera vez en el Hospital Militar Central el 20 de agosto de 2012 a las 7:51. Fue atendida por el servicio de urgencias en donde fue valorado su estado de gestación de 38 semanas y 4 días por presentar sangrado genital de leve cantidad asociado a dolor pélvico y contracciones uterinas irregulares de 6 horas de evolución; asimismo, refirió movimientos fetales positivos y que la paciente no refirió síntomas de vaso espasmo. Que en el examen físico fue evidenciado abdomen globoso por útero grávido, altura uterina de 34 cm, dorso derecho, longitudinal, cefálico con frecuencia fetal positiva.

Asimismo, puso de presente que en el examen de especuloscopia fue observado el cuello con aspecto sano sin evidencia de lesiones; para ese instante no había sangrado genital activo ni amniorrea. Que al tacto vaginal fue encontrado cuello posterior, blando, cerrado, expulsión de tapón mucoso.

Explicó que por los anteriores hallazgos se plantea como impresión diagnostica, embarazo de 38 semanas y 4 días por fecha de última regla confiable, grávida 3, partos 0, abortos 1, cesárea 1, y preparto. Por lo tanto, el médico tratante emitió órdenes para monitoria fetal y revaloración con resultado.

Que el mismo día 20 de agosto de 2012 nuevamente fue revalorada con el reporte en línea de monitoria fetal que daba cuenta de una base de 150 latidos por minuto, variabilidad conservada, aceleraciones positivas, no desaceleraciones, sin registro de actividad uterina y con monitoria categoría I; con apoyo en estos hallazgos se decidió dar salida por considerar que la paciente no se encontraba en trabajo de parto y que la categoría I de la monitoria fetal era indicativa de bienestar fetal.

En esa medida, manifestó que la ecografía doppler echada de menos por los aquí demandantes constituye un examen especializado que evalúa la circulación feto placentaria y que está indicado para casos en los cuales existe sospecha de insuficiencia placentaria; pero para el caso de la señora Jenny Alexandra Camacho Torres no habían datos clínicos que sugirieran insuficiencia placentaria que ameritara un estudio hemodinámico fetal, máxime que la monitoria fetal reportaba bienestar fetal y que la madre no se encontraba en trabajo de parto.

Que la paciente vuelve a consultar en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central el 21 de agosto de 2012 a las 10:00 a.m. refiriendo que no sentía movimiento del bebé presentando un cuadro de ausencia de movimiento fetales de 12 horas de evolución con actividad uterina irregular, 1 contracción cada 20 minutos, no amniorrea sin sangrado vaginal, tensión arterial 133/79, frecuencia cardiaca 72 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 37 grados. Sin embargo, no se escuchaba frecuencia cardiaca fetal con Doppler, motivo por el cual como impresión diagnóstica se indicó la de óbito fetal.

Como plan de manejo fue ordenado perfil biofísico, que fue tomado el mismo día, el cual reportó placenta fúndica anterior de implantación normal tono fetal hipotónico, líquido amniótico disminuido 4.2 cm, movimientos respiratorios ausentes, motivos por los cuales fue diagnosticado óbito fetal, siendo hospitalizada para desembarazarla por cesárea.

La paciente fue ingresada a cesárea el 21 de agosto de 2012 a las 20:45 en donde se reporta feto muerto a las 20:50. Además, indicó que la causa de la muerte fue hipoxia fetal cuyo evento es infrecuente por cuanto la monitoria fetal del día anterior reportaba bienestar, por ende, no era factible diagnosticarlo debido a que en el examen realizado el día anterior no contaba con evidencia clínica de sufrimiento fetal ni agudo ni crónico.

Hizo la salvedad que una mujer puede presentar expulsión del tapón mucoso sin que encuentre en trabajo de parto, porque, la paciente para el 20 de agosto de 2012 no presentaba cambios en la dilatación del cuello uterino razón por la cual no era indicativo para dar la orden de hospitalización, sumado al hecho de que la monitoria reportaba bienestar fetal y que tampoco era procedente inducirle el parto.

En esa medida, se opuso a las pretensiones de la demanda porque no existe falla del servicio, porque la atención brindada a la paciente para el día 20 de agosto de 2012 en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central fue oportuna, de calidad y continua, por cuanto en esos momentos no tenía cambios de acortamiento o dilatación de cuello uterino que es indicativo para inducir el parto, y que la situación de que generaba pequeñas cantidades de *"manchado sanguinolento"* no estaba activo cuando fue realizada especuloscopia por cuanto en el tacto vaginal se reporta *"cuello posterior y blanco cerrado"*.

Así, entonces, hizo énfasis que la conducta médica a seguir no era la de inducir el parto como equivocadamente lo afirma la parte actora sino la revaloración a las 72 horas y en esos términos fue que se ordenó la salida. En consecuencia, pidió negar las pretensiones de la demanda.

1.5.2. Nación – Ministerio de Defensa Nacional - Dirección General de Sanidad Militar – Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional

El apoderado judicial de la entidad dio contestación a la demanda con fundamento en la falta de legitimación en la causa por pasiva porque en su sentir las pretensiones se contraen a la responsabilidad médica del Hospital Militar Central Nacional por cuanto fue esta Institución que atendió el preparto y la cesárea de la paciente.

De otra parte, se opuso a la prosperidad de las pretensiones frente al Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional, porque si bien inicialmente prestó los servicios médicos actuó siguiendo los protocolos médicos. Por lo tanto, pidió negar las pretensiones de la demanda.

1.5.3. Llamado en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros

El apoderado judicial de la aseguradora La Previsora S.A. Compañía de Seguros dio contestación a la demanda y al llamado en garantía con fundamento en las excepciones de mérito que denominó *"coadyuvancia de las excepciones de mérito formuladas por el Hospital Militar Central", "inexistencia de fallo del servicio y/o mala praxis imputable al Hospital Militar Central", "ausencia de nexo causal entre la conducta observada por los profesionales de la salud adscritos al Hospital Militar Central y la muerte del hijo que esperaba la demandante Jenny Alexander Camacho", "improcedencia de fundar la responsabilidad médica sanitaria en el campo de la obstetricia con fundamento en un régimen objetivo de responsabilidad", "ausencia de responsabilidad frente a la patología base del paciente y en relación con reacciones orgánicas imprevisibles", "improcedencia de la aplicación de la teoría de la pérdida de oportunidad derivada de error en el diagnóstico médico", "inexistencia y/o sobreestimación de los perjuicios cuya indemnización reclama la parte actora", "la cobertura de la póliza se encuentra limitada a lo estrictamente convenido en su clausulado", "la póliza no cubre daños derivados de abandono y/o negativa de atención de atención al paciente", "en caso de determinar inconsistencias en la historia clínica, o de diligenciarse indebidamente el consentimiento informado, se produce la pérdida del derecho a la indemnización", "debe respetarse la suma máxima asegurada", "existencia de deducible"* y *"prescripción de las acciones y derechos derivados del Contrato de Seguro".*

Tras hacer un recuento de la sintomatología de la paciente como del diagnóstico establecido y plan de manejo adoptado por parte del Hospital Militar Central hizo hincapié

que la atención no incrementó la realización del resultado muerte fetal intrauterina porque no aparece demostrado la configuración de un hecho constitutivo de culpa o mala praxis en los servicios médico obstétricos dispensados a la demandante Jenny Alexandra Camacho Torres. Señaló que la muerte del hijo que ella esperaba corresponde al agravamiento de un cuadro patológico previo o de los factores de riesgo asociados a su estado de embarazo o puede corresponder a una reacción orgánica imprevisible e irresistible.

Expuso que el mismo 20 de agosto de 2012 con ocasión de la impresión diagnóstica, embarazo de 38 semanas y 4 días, grávida 3, partos 0, aborto 1 y cesárea, y preparto, el médico tratante emitió orden de monitoría fetal y revaloración con resultado, por lo que el mismo día 20 de agosto de 2012 fue realizada monitoría fetal que reportaba línea de Base 150 latidos por minuto, variabilidad conservada, aceleraciones positivas, no desaceleraciones, no registra actividad uterina. Que en virtud de ello fue que se decidió la salida de Jenny Alexandra Camacho Torres teniendo en cuenta que la paciente no se encontraba en trabajo de parto y la categoría 1 de la monitoria es indicativa de bienestar fetal.

Que por tal motivo no fue ordenada la realización del examen de "Ecodoppler fetal", pues este está indicado en los casos en que exista sospecha de insuficiencia placentaria, y en el caso en concreto no existían datos clínicos que sugirieran insuficiencia placentaria que ameritara un estudio hemodinámico fetal. En cambio, cuando ella volvió a consulta por urgencias refiriendo que no sentía el feto y con ocasión del examen físico al ser auscultada la frecuencia cardiaca fetal no se escuchaba, por ese motivo la impresión diagnóstica fue la de *"óbito fetal",* ordenándose perfil biofísico que reporta placenta fúndica anterior de implantación normal, tono fetal hipotónico, líquido amniótico disminuido 4,2 cm, movimientos respiratorios ausentes, siendo hospitalizada para desembarazar por cesárea para preservar la vida e integridad de la gestante, procedieron a extraer el feto mediante el procedimiento quirúrgico de cesárea porque para el 21 de agosto de 2012 ya constituía un hecho cierto e indiscutible el deceso del feto.

En estos términos, sostuvo que no se encuentra reunidos los presupuestos para configurarse la responsabilidad del Estado a cargo del Hospital Militar Central. Sin embargo, en el evento improbable que el Despacho establezca responsabilidad a cargo de la entidad demanda pidió tener en cuenta la claims made pactada en la póliza N° 1005679 en el sentido de dar aplicación a las exclusiones o los límites de la misma toda vez que la aseguradora no puede responder por daño derivado de abandono o negativa de atención al paciente, en caso de determinarse inconsistencia en la historia clínica o en caso de diligenciarse indebidamente el consentimiento informado. Además, que se debe respetar la suma asegurada en el sentido aplicar el deducible del 15 % que debe asumir el Hospital Militar Central.

1.6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.6.1. Parte Accionante

La apoderada judicial de la parte demandante en sus alegatos de conclusión, explicó que, en los controles prenatales del 9 y 16 de agosto de 2022 el médico gineco obstetra del Centro de Medicina Naval dio la orden de remisión al Hospital Militar Central sin que la paciente hubiera sido remitida por parte del Centro a la Institución de mayor complejidad para que continuara su atención como *"preparto y parto de la paciente"*.

Por lo tanto, que fue por voluntad propia que ella acudió por el servicio de urgencias del Hospital Militar Central el 20 de agosto de 2012 porque la aquejaba un sangrado asociado a dolor pélvico y contracciones uterinas. Que en sus controles prenatales se había determinado como edad gestacional de 38.4 semanas por FUR y que la fecha probable del parto era del 23 de agosto de 2012 y que en esa medida la atención de urgencias debía ser más rigurosa, pero el médico de turno aun cuando realizó el test bishop y observó que su cuello uterino se encontraba cerrado, la conducta médica a seguir era la de hacer

seguimiento más riguroso de la paciente y del feto y darle salida para una posterior revaloración a las 72 horas.

Hizo énfasis que la paciente regresó al día siguiente al servicio de urgencias del Hospital Militar Central por no sentir movimientos fetales y que por ello la impresión diagnóstica fue la de, i) embarazo de 38.5 semanas por FUR y 40,3 semanas por ecografía; ii) óbito fetal; y iii) hospitalización para desembarazar y que en el examen ecográfico se pudo evidenciar que la edad gestacional era de 40.3 semanas y no de 38.4 semanas.

Señaló que la edad gestacional determinada por la ecografía es más confiable que la establecida por FUR atendiendo lo dicho en audiencia del 2 de marzo de 2021 por los ginecólogos obstetras, Dres. Luz Nathalia Amaya, Álvaro Guzmán González y Daniel Zabala, y que por ello la atención médica debía haberse dado atendiendo la edad gestacional de 40.3 semanas. Con apoyo en lo anterior considera que la falla médica obedece a la atención tardía del parto, porque *"la paciente Jenny Alexandra fue devuelta el día 20 de agosto con la finalidad que evolucionara la edad gestacional (completar 40 semanas) y que (…) empezara la dilatación del cuello uterino, que a la postre se convierte en la atención tardía del parto de la materna que condujo a la muerte intrauterina del feto, razón por la cual se deriva una falla en la prestación del servicio médico"*.

Insistió, además, que los hallazgos quirúrgicos se refirieron a, i) útero grávido, ii) feto muerto cefálico, intrauterino, femenino a las 20+50 pm, iii) líquido amniótico teñido de meconio grado III reciente, anexos de aspecto sano, fibrosis de la pared abdominal, iv) placenta madura, cavidad eutérmica, líquido amniótico no fétido, y v) bishop desfavorable. En ese sentido, trajo a colación pronunciamiento del Juzgado 8 Administrativo Oral de Tunja dentro del radicado N° 15001333300620130004900 en donde analizó el síndrome de aspiración meconial como una causa importante de morbimortalidad perinatal en los siguientes términos:

> *"CONSECUENCIA: SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL.*
>
> *La existencia de un líquido amniótico teñido conlleva, además de la posibilidad de que exista o haya existido una situación de hipoxia fetal, y además en este caso, el riesgo de que se produzca un síndrome de aspiración meconial. La aspiración de meconio se puede definir por la presencia de líquido amniótico teñido por debajo de las cuerdas vocales.*
>
> *Desde la tráquea el meconio puede pasar a los pulmones, desarrollándose entonces el síndrome de aspiración meconial, causa importante de morbimortalidad perinatal, que complica alrededor del 2 por 1000 de todos los partos con recién nacido vivo. La aspiración meconial se produce fundamentalmente en recién nacidos postérmino, en pequeños para la edad gestacional y en recién nacidos a término con hipoxia asociada. Clínicamente el cuadro puede presentarse como un compromiso respiratorio leve o tan grave que pueda condicionar la muerte del recién nacido."*

Consideró que la madre con posterioridad a la cesárea se encontraba con líquido amniótico disminuido de 4.2 y que la gineco obstetra, Luz Nathalia Amaya en la contradicción del dictamen explicó que el nivel normal del líquido amniótico es igual o mayor a 8; y que, una de las causas de la hipoxia fetal obedece entre a la disminución del líquido amniótico, cuyo análisis no fue realizado el día anterior a la cesárea, y por tal virtud considera que esta omisión contribuyó a la causación del daño.

En ese orden de ideas, insiste que la falla médica se contrae en que la atención dada en el servicio de urgencias del 20 de agosto de 2011 desconoció los pródromos del parto como el sangrado vaginal y las contracciones uterinas manifestadas por la paciente desde su ingreso. Que además no se tuvieron en cuenta otras circunstancias como la proximidad del parto, la edad gestacional dada por ecografía, el nivel del líquido amniótico, bishop desfavorable, razón por la cual pidió al Despacho acceder a las pretensiones de la demanda.

1.6.2. Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional

La apoderada judicial del Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional, en similares argumentos a la contestación de la demanda presentó sus alegatos de conclusión.

1.6.3. Hospital Militar Central

El apoderado judicial del Hospital Militar Central ratificó su oposición a las pretensiones, fundado en lo declarado por los médicos de la especialidad de gineco obstetricia, porque aun cuando a la paciente le fue brindado el tratamiento acorde a las patologías y la gestación transcurrió en términos de normalidad, de manera súbita, imprevista e inevitable el feto fallece por *"causa inexplicada"*, a pesar de haber sido monitoreado el día anterior y con bienestar fetal. Señaló que la gestante había acudido a controles prenatales ante el dispensario de sanidad en donde fueron documentados dos factores de riesgo, (cesárea previa y diabetes gestacional) los cuales no tuvieron incidencia efectiva para el óbito fetal, puesto que de los exámenes realizados lo que pudo evidenciarse fue la intolerancia a la glucosa que no tiene potencialidad de afectar al feto.

Asimismo, explicó que el 20 de agosto de 2012 la paciente consultó en el Hospital Militar Central por *"escaso sangrado"* y que el mismo tuvo relación con la expulsión del tapón, que es una etapa previa al trabajo de parto, pero para ese momento no se evidenció sangrado ni trabajo de parto propiamente dicho, motivo por el cual estuvo justificada la salida con clara advertencia de signos alarma. Prueba de ello, tal como lo manifestó el Dr. Álvaro Guzmán González, para esa fecha fue realizada la monitoria fetal en donde fue reportado el bienestar fetal. Tanto así que, en la investigación que cursó contra el médico Dr. Álvaro Guzmán González, el Tribunal de Ética Médica de Bogotá D.C., mediante decisión proferida el 3 de febrero de 2016 resolvió precluir la investigación ética porque la actuación del médico implicado estuvo ajustada a la Lex Artis.

De esta manera sostuvo que, a través de los testimonios de los profesionales de la salud, Guzmán González y Daniel Zabal, y de los documentos allegados al proceso dan cuenta del adecuado, oportuno y diligente tratamiento médico, a pesar del resultado del óbito fetal por cuanto el ejercicio de la ciencia médica de los médicos del Hospital Militar Central no fue el causante del daño. Que, contrario a lo dicho por la parte actora, la literatura médica contempla la posibilidad de óbito fetal por casa inexplicada, como un evento súbito e imprevisible, y por tal virtud no existe nexo causal entre el actuar médico y el óbito del feto.

En tales condiciones se estructura la eximente responsabilidad de culpa exclusiva de la víctima porque *"la que la paciente acude tardíamente a reconsulta del Hospital Militar Central 12 horas después de ausencia de movimientos fetales, a pesar de ser ese uno de los signos de alarma"*. Por consiguiente, pidió negarse las pretensiones.

1.6.5. Llamado en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros

Reiteró en sus alegatos de conclusión los mismos argumentos expuestos cuando dio respuesta al llamamiento en garantía apoyado en los testimonios técnicos de los médicos, Dres. Luz Nathalia Amaya, Álvaro Guzmán González y Daniel Zabala.

1.6.6. Ministerio Público

No emitió concepto.

II. CONSIDERACIONES

2.1. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo[2], en adelante CPACA, consagra un criterio mixto para establecer los litigios que debe conocer la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. De un lado, fijó el criterio material, disponiendo que son de conocimiento de esta jurisdicción las controversias originadas en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones sujetos al derecho administrativo y particulares cuando ejerzan funciones administrativas, es decir, aquellos que se causen por el ejercicio de dicha función; y de otro, un criterio orgánico, según el cual basta la presencia de una entidad sujeta al derecho administrativo para que el proceso sea tramitado ante esta jurisdicción.

Igualmente, conforme al numeral 1° del artículo 104 ibidem, la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo conoce de aquellos procesos en que se debate la responsabilidad extracontractual del Estado, asunto sobre el que versa el *sub judice.* Así las cosas, basta que se controvierta aquella respecto de una entidad o establecimiento público para que se tramite la controversia ante esta jurisdicción, por estar sometidas al derecho público.

Este Juzgado es competente para conocer el presente asunto de acuerdo con el artículo 155 del CPACA[3], que dispone que los juzgados administrativos son competentes en los casos de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de las entidades públicas, cuando la cuantía no exceda de 500 SMLMV.

2.2. TRÁMITE RELEVANTE DEL PROCESO

- La demanda fue presentada el 20 de agosto de 2014 ante la Secretaría de la Sección Tercera del Tribunal Administrativo de Cundinamarca[4].

- Mediante auto del 6 de octubre de 2014[5] del H. Magistrado Henry Aldemar Barreto Mogollón declaró la falta de competencia por factor cuantía.

- El 2 de marzo de 2015 la Oficina de Apoyo Judicial de la Sede Judicial CAN efectuó reparto entre los Juzgado Administrativos de la ciudad correspondiéndole el conocimiento a este Despacho Judicial.

- Mediante auto del 24 de junio de 2015, se admitió la demanda[6] corregido con proveído del 25 de noviembre del mismo año[7].

- Posteriormente con auto del 12 de octubre de 2016[8] el Despacho resolvió negar el llamamiento en garantía al médico Juan Alberto Pinzón Rivadenera efectuado en la demanda.

---

[2] CPACA artículo 104
La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas, o los particulares cuando ejerzan función administrativa. Igualmente conocerá de los siguientes procesos:
1. Los relativos a la responsabilidad extracontractual de cualquier entidad pública, cualquiera que sea el régimen aplicable [...]
3 "*Artículo 155. Competencia de los jueces administrativos en única instancia 6. De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía no exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes...*"
[4] Ver vuelto del folio 20 del Cuaderno 1
[5] Folios 24 – 27 del Cuaderno 1
[6] Folios 35 - 36 del Cuaderno 1
[7] Folios 41 -42 del Cuaderno 1

- Las demandadas, Hospital Militar Central y Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Dirección General de Sanidad Militar – Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional, contestaron demanda en tiempo[9].

- En la misma oportunidad el Hospital Militar Central llamó en garantía, a la aseguradora La Previsora S.A. Compañía de Seguros siendo admitido mediante auto del 6 de junio de 2018[10]; quien dentro del término dio contestación a la demanda y al llamamiento de garantía.

- El 21 de enero de 2020 se celebró la audiencia inicial[11]; en dicha audiencia se evacuaron los tópicos de saneamiento del proceso, fijación de litigio y decreto de pruebas.

- El 2 de marzo de 2021[12] en audiencia de pruebas se surtió la contradicción del dictamen pericial rendido por la médica ginecóloga Luz Nathalia Amaya. Asimismo, se recibieron los testimonios de los médicos gineco obstetra, Álvaro Guzmán González y Daniel Moisés Zabala Castillo. Enseguida, fue cerrado el debate probatorio, concediéndose el término respectivo para presentar los alegatos de conclusión.

- Vencido el término de los alegatos de conclusión, el expediente fue ingresado el 11 de octubre de 2021 al Despacho para proferir sentencia.

2.3. PROBLEMA JURÍDICO

Conforme a lo establecido y aceptado por las partes en la audiencia inicial, el Despacho resolverá si son administrativa y patrimonialmente responsable la Nación Ministerio de Defensa Nacional – Dirección General de Sanidad Militar – Centro de Medicina Naval de la Armada Nacional y el Hospital Militar Central, por los perjuicios ocasionados por la falla en el servicio debido al supuesto inadecuado servicio médico brindado a Jenny Alexandra Camacho Torres durante su embarazo que llevó a que el feto muriera.

2.4. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIA APLICABLE AL CASO

2.4.1. De la responsabilidad extracontractual del Estado

El artículo 90[13] de la C.P, constituye la cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano, de acuerdo con el cual se acogió la teoría del daño antijurídico; entendiéndolo no como "*aquel que es producto de una actividad ilícita del Estado, sino como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo*[14]"; siempre y cuando exista título de imputación, por acción u omisión a una autoridad pública[15]..

Así, entonces, para declarar la responsabilidad extracontractual del Estado se deben cumplir varios presupuestos a saber, que el daño exista, sea antijurídico e imputable por acción u omisión al Estado. En consecuencia, se procede a realizar el estudio de todos los elementos de la responsabilidad del Estado, a fin de fundamentar la decisión a adoptar.

---

[8] Folios 47 – 48 del Cuaderno 1
[9] Folios 68 – 75 y 165 – 169 del Cuaderno 1
[10] Folios 26 – 27 del Cuaderno 1
[11] Folios 246 – 253 del Cuaderno 1 incluido 1 DVD – R contentivo de la audiencia inicial del 21 de enero de 2020
[12] Documentos Digitales 62 – 64 de expediente digital
[13] El artículo 90: El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que les sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales años, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste"
[14] Corte Constitucional. Sentencia C-333/96. Magistrado Ponente. Alejandro Martínez Caballero.
[15] Ibidem: "Son dos las condiciones indispensables para la procedencia de la declaración de la responsabilidad patrimonial con cargo del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del año a alguna de ellas:"

2.4.2. Del daño y sus presupuestos

El daño es entendido como "*la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrido por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja*"[16]. Este concepto señala dos situaciones, la primera consiste en que el daño es la lesión del derecho ajeno; y la segunda, que el daño conlleva o genera una merma patrimonial, haciendo referencia a sus consecuencias negativas o adversas.

Sobre los elementos del daño, el Consejo de Estado[17] ha indicado que éste existe, en la medida que cumpla varias características; una de ellas es que sea cierto e incuestionable; así mismo debe ser personal, en atención a que el que lo haya sufrido sea el que manifieste interés en su reparación, y subsistente, en tanto no haya sido reparado.

2.4.3. De la imputación fáctica y jurídica del daño

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima, y que en palabras del profesor Juan Carlos Henao es *"la atribución jurídica de un daño a una o a varias personas que en principio tienen la obligación de responder"*.

La imputación fáctica o material del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima. En la actualidad, la imputación fáctica del daño se construye habitualmente desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada del mismo; teoría por medio de la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada, o si por el contrario dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o el azar.

Sobre los criterios a tener en cuenta para identificar la causa del daño, el Consejo de Estado ha señalado:

> *(….) "2. Aunque en el tema de definir si determinado daño puede imputarse a una autoridad pública, estudiado como el elemento "relación de causalidad", cuando el perjuicio ha sido producto de causas concurrentes, no pueden señalarse reglas absolutas, ni desecharse el peso que tiene en el punto la valoración subjetiva del juzgador, sí estima la sala que sobre él pueden establecerse las siguientes pautas generales:*
>
> *a. No puede determinarse, como única causa de un daño, aquella que corresponde al último suceso ocurrido en el tiempo. Este criterio simple, que opone la causa inmediata a la causa remota, implicaría, en últimas, confundir la causalidad jurídica con la causalidad física y no tomar en cuenta hechos u omisiones que, si bien no son la última causa del daño sí contribuyeron a determinar su producción.*
>
> *A objeto de diferenciar las causas físicas de las jurídicas, el profesor Soler, enseña:*
>
> > *"Así, no debe sorprendernos que la solución jurídica concreta de tal cuestión se detenga, a veces, en un punto determinado, situado más acá de donde iría el examen físico de una serie causal, y se desinterese de causas anteriores. Otras veces, en cambio, va más allá de la verdadera causación física y hace surgir responsabilidad de una relación causal hipotética, basada precisamente en la omisión de una causa." (Soler, citado por Ricardo Luis Lorenzetti, en la obra De la Responsabilidad Civil de los médicos, Rubinzal, Culzoni, editores, 1.986, pag. 257.)*
>
> > *b. Tampoco puede considerarse que todos los antecedentes del daño son jurídicamente causas del mismo, como se propone en la teoría de la equivalencia de condiciones, o de la causalidad ocasional expuesta por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 17 de septiembre de 1.935, según la cual "en estos casos si la persona culpable se hubiera conducido correctamente, el perjuicio no habría ocurrido", a la cual se refiere también un salvamento de voto del Dr. Antonio J. de Irisarri del 8 de octubre de 1986 (exp. 4587), en el cual se expresa que "con fines simplemente analíticos, para verificar esa relación de causa a efecto, puede examinarse qué ocurriría o habría ocurrido, si el suceso - causa no se hubiera dado. Si la respuesta es en el sentido de que el efecto no habría sucedido, ha de admitirse que aquél sí constituye causa de éste, porque justamente para que el efecto se dé en la realidad, tiene que ocurrir aquél. En la hipótesis contraria no existiría esa relación de causalidad."*
>
> > *Tal posición llevaría a que en el clásico ejemplo citado por José Melich, el sastre que retrasa por negligencia la entrega de un abrigo de viaje, tendría que responder por el accidente ferroviario que sufrió su cliente que debió*

[16] Fernando Hinestrosa Forero. Derecho Civil obligaciones. Pág. 538
[17] Entre otras: Sentencia 14 de marzo del 2012. Rad. 21859 C.P. Enrique Gil Botero. Sentencia 1 de julio del 2015. Rad. 30385 C.P Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

por tal motivo aplazar su viaje. Como lo señala el doctor Javier Tamayo Jaramillo, "deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito."
Lorenzetti puntualiza aquí:

"No basta, según esta idea, la mera supresión mental hipotética, esto es borrar mentalmente la causa para ver si el resultado se produce o no sin ella. Es necesario emitir un juicio acerca de la regularidad con que se producen los fenómenos (constancia posible) lo que nos proporciona la noción de "causa adecuada". (ob. citada p. 261).

c. Tal concepción debe entonces complementarse en el sentido de considerar como causas jurídicas del daño, sólo aquéllas que normalmente contribuyen a su producción, desechando las que simplemente pueden considerarse como condiciones." (…).[18] *(Se subraya)*

Ahora bien, el criterio jurídico de la imputación es sin lugar a duda indispensable para la determinación de la responsabilidad, dado que no basta con establecer la relación fáctica entre el daño y la acción u omisión del demandado, sino que además es necesario identificar el régimen jurídico aplicable, es decir, realizar la atribución jurídica a quien en principio tiene la obligación de responder.

2.4.4. Responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico

En cuanto a la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico, el máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo ha señalado que para comprometer la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño, ocasionado por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la *lex artis* médica, bajo el título de imputación aplicable que es el de la falla del servicio.

Es del caso precisar que el tema relacionado con la responsabilidad médica ha sido dinámico; sin embargo, luego de un largo trasegar con diferentes criterios, se ha vuelto a la dirección clásica de falla probada, lo que implica que para poder declarar la responsabilidad de la Administración la parte actora tiene el deber de acreditar, además del daño, la falla en el acto médico y el nexo causal. Así lo ha sostenido el Consejo de Estado "*Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño*".[19]

2.5. CASO CONCRETO

Tomando en cuenta el marco normativo y jurisprudencial reseñado, se procede a relacionar los hechos relevantes probados para analizar la existencia del daño, la conducta de las entidades demandadas y el nexo de causalidad entre estos, y así establecer si el daño alegado en la demanda les es imputable jurídicamente a las demandadas.

2.5.1. Hechos probados

De acuerdo con las pruebas allegadas al proceso, resultan probados los siguientes hechos relevantes:

- Carné de controles prenatales del Centro de Medicina Naval[20], se evidencia la atención médica prestada a la gestante

[18] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de septiembre once de mil novecientos noventa y siete; Consejero ponente: Carlos Betancur Jaramillo; Radicación número: 11764; Actor: Olimpo Arias Cedeño y otros; Demandado: La Nación- Ministerio de Obras, Intra y Distrito Especial de Bogotá.
[19] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101.
[20] Folio 21 del Cuaderno 1

- Según la Historia Clínica del Centro de Medicina Naval se da cuenta de los controles prenatales efectuados, así:

Fecha	Descripción Evento
28-01-2012	Consulta externa por medicina general por motivo de embarazo. Allí se refirió un embarazo de 10.3 semanas por eco I trimestre. Igualmente, por antecedente de legrado y por cesárea sin complicaciones, el embarazo fue clasificado de alto riesgo[21].
14-02-2012	Primer control prenatal, con la especialidad de ginecología con Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[22], se determinó como antecedentes cesárea previo legrado. Asimismo, estableció riesgo gineco obstétrico bajo. Embarazo de 11.6 semanas.
30-04-2012	En valoración por nutrición con Vilma Esther Blanco Peña[23], se registra *"valoración nutricional embarazo de 5 meses de embarazo. Primera valoración nutricional aun persiste nauseas no vómito. 08 Feb 12 HB 14.5 GLICEMIA 92, no se encuentra con suplementación de AC Fólico o Hierro. Pendiente Glicemia para el próximo mes de control, si no, la solicita Ginecología Test Osullivan."*
17-05-2012	En control prenatal con la especialidad de ginecología, Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[24], fue establecido como diagnóstico 25.1 semanas de embarazo con clasificación de bajo riesgo. Como plan de manejo ordenó control para el mes siguiente con recomendaciones y signos de alarma.
21-06-2012	En control prenatal con la especialidad de ginecología, Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[25], la paciente consultó por episodio viral desde 15 días con expectoración verdosa sin fiebre ni dificultad respiratoria. Como plan de manejo se ordenó la realización del test de O'Sullivan. Igualmente. Como diagnóstico fue establecido el de *"Z348 Supervisión de otros embarazos normales".*
19-07-2012	En control prenatal con la especialidad de ginecología, Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[26] la paciente refirió cefalea. En cual sobresale como análisis *"Riesgo Obstétrico: bajo, control con resultado de curva de tolerancia a la glucosa"*. Como plan de manejo ordenó la práctica de curva de tolerancia a la glucosa, ecografía y control prenatal.
23-07-2012	En control prenatal por la especialidad de ginecología, Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[27], la paciente acude con resultado de curva de tolerancia a la glucosa positiva con registro de estado nutricional "sobrepeso". Como diagnóstico fue establecido *"embarazo de 34.12 FUV 3 diabetes gestacional"* con riesgo gineco obstétrico alto. Fue ordenada valoración por nutrición, incapacidad, restricción calórica y control.
09-08-2012	En control prenatal con la especialidad de ginecología, Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[28], obra registro de glicemia en ayunas 68, Post desayuno 85, prealmuerzo 74, post almuerzo 120 estableciendo como diagnóstico el de *"1. embarazo de 37.1 semanadas 2. FUV 3. Diabetes Gestacional Controlada 4. G3 P1"*. Continua riesgo gineco obstétrico alto. Se dan recomendaciones sobre salida de líquido por vagina, contracciones, ausencia de MSES, sangrado. Se ordenó continuar con dieta por nutrición y control.
16-08-2012	En control prenatal con la especialidad de ginecología, Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[29], la paciente *"trae glicemias Pre y Post desayuno y almuerzo y serología hemorroides".* Como diagnósticos se determinaron los de, *"1. embarazo 37.6 POR FUR 2. FUV 3. Diabetes Gestacional Pobremente Controlada 4. G3 P1"*. Riesgo gineco obstétrico alto. Como plan de manejo "SE REMITE A HOMIC. SE HACE ENFASIS EN CONTROL DE LA DIETA".

[21] Vuelto folio 34 del Cuaderno 2
[22] Folios 45 – 46 del Cuaderno 2
[23] Folio 12 del Cuaderno 2
[24] Folios 13 – 15 del Cuaderno 2
[25] Folios 17 – 18 del Cuaderno 2
[26] Folios 19 – 21 del Cuaderno 2
[27] Folios 22 – 24 del Cuaderno 2
[28] Folios 25 – 27 del Cuaderno 2
[29] Folios 28 – 30 del Cuaderno 2

- Reporte de ecografía obstétrica del 22 de febrero de 2012[30] contentivo de los siguientes hallazgos:

  "Útero grávido con producto único. Frecuencia cardiaca presente y rítmica de 187 por minuto.
  Movimientos y tonos corporales presentes
  Presentación: Cefálico a la derecha Situación: Transvarsa (sic) Dorso: Posterior Derecho
  Placenta Fúndica de 17 mm Grado I
  Índice amniótico de 10.2 CC.
  LCC 7.6 CMS para 14.5 semanas
  Opinión: Embarazo de aproximadamente 14.5 semanas vitalidad fetal satisfactoria"

- Consulta del 20 de agosto de 2012 en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central:

  "Consulta de Urgencias, 20 de agosto de 2012 Hora: 07:51 am
  Motivo de consulta: "Tengo 39 semanas y sangrado"
  Enfermedad actual: Paciente con embarazo de 38,4 semanas por FUR confiable consulta por cuadro clínico de aproximadamente 6 h de evolución caracterizado por sangrado de leve cantidad, asociado a dolor pélvico y contracciones uterinas irregulares 1/30 min, movimientos fetales (+) no síntomas vasoespasmos, diuresis positiva, deposiciones normales, tampoco refiere síntomas gastrointestinales o genito urinarios.
  (…)
  Examen físico:
  Paciente en buen estado general, hidratada, afebril, normocéfalo conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda.
  Cuello móvil, no (ilegible) no adenopatías
  Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, respiratorios conservados, abdomen globoso por útero grávido AU: 34 cm, dorso derecho longitudinal, cefálico ECF (+)

  Especuloscopia: *cuello aspecto sano no se evidencian lesiones, no hay sangrado genital activo, no hay amniorrea.*

  TV: cuello posterior, blando cerrado, expulsión de tapón mucoso.

  Extremidades sin edema neurológico sin déficit.

  Impresión diagnóstica:
  1. *Embarazo de 38 semanas 4 días por fecha ultima confiable.*
  2. *Grávida 3 Partos o Abortos 1 Cesárea 1*
  3. *Preparto*

  Ordenes médicas:
  1. *Se solicita Monitoria Fetal*
  2. *Revalorar con resultado*

  (…)

  Interconsulta:

  Monitoria fetal del 20 de agosto de 2012. No se encuentra registro de la hora en la fue tomada en la historia clínica. Tiene la siguiente interpretación: Líneas de base 150 latidos por minuto. Variabilidad conservada, aceleraciones positivas, no desaceleraciones, no registra actividad uterina. Monitoria Categoría I. (…) Control en 72 horas"[31]

- Monitoria fetal del 20 de agosto de 2012[32].

[30] Folio 38 del cuaderno 2
[31] Folio 44 del Cuaderno 2
[32] Folios 45 – 46 del Cuaderno 2

- Consulta del 21 de agosto de 2012 en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central:

  "Consulta de Urgencias, 21 de agosto de 2012

  Motivo de consulta: "No siento mover a mi bebé"

  Enfermedad actual: Paciente en embarazo de 38.5 semanas por FUR y 40.3 semanas por ecografía. Que consulta posterior ausencia de movimientos fetales de ***más de 12 horas de evolución,*** *refiere actividad uterina irregular y 1 contracción cada 20 minutos.*

  Revisión por sistemas: No amniorrea no sangrado vaginal. (…)

  Otros: refiere paciente de diagnóstico de diabetes gestacional. (…)

  Examen físico TA 133/ 79 FC 72 por minuto, FR 20 por minuto, temperatura 37C, peso 72 Kg. Mucosa oral húmeda, cardio-pulmonar normal abdomen globoso por útero grávido altura uterina de 29 cm feto cefálico de dorso izquierdo no se ausculta frecuencia cardiaca fetal al tacto vaginal cuello central, largo permeable 1 dedo a cavidad, no amniorrea, no sangrado vaginal, estación menos 3, extremidades normales.

  Impresión diagnóstica:
  1. Embarazo de 38. 5 semanas por FUR y 40. 3 por ecografía
  2. Óbito fetal
  3. Diabetes gestacional manejada con dieta
  4. G3P1A1V1C1

  Ordenes médicas:
  Perfil biofísico Dr. Zabala – Soto

  Reporte de perfil biofísico de las 15:30 placenta fúndica anterior, de implantación normal, de aspecto normal, tono fetal hipotónico, Líquido amniótico disminuido de 4.2, movimientos corporales y respiratorios ausentes, conclusión Óbito fetal, perfil biofísico. Se hospitaliza para desembarazar por cesárea. (…)"[33]

- Nota quirúrgica del 21 de agosto de 2012 en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central contentivo de los siguientes hallazgos:

  "(…) Hallazgos quirúrgicos:

  Útero grávido, feto muerto cefálico, intrauterino, femenino a las 20+50 PM, de 2845 GR, tallas 51 cm, líquido amniótico teñido de meconio Grado III reciente, anexo de aspecto sano, fibrosis de la pared abdominal, placenta madura, cavidad eutérmica, amniótico no fétido. (…)"[34]

- Reporte de perfil biofísico del 21 de agosto de 2011 contentivo de los siguientes resultados: *"ausencia de movimientos fetales, E.G.T: 38 SEM 4/7, Feto: Único Cefálico, Act. Cardiaca: Ausente"*[35].

- Informe Pericial de Necropsia N° 2012010111061093193 del 22 de agosto de 2012 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses[36]:

  "(…) Principales hallazgos de necropsia:
  1. Feto de 36 semanas, sexo femenino
  2. Signos de maceración fetal moderada
  3. Signos de hipoxia:
  - Hemorragia laminar de predominio occipital

[33] Folio 48 del Cuaderno 2
[34] Folio 52 del Cuaderno 2
[35] Folio 66 del Cuaderno 2
[36] Folio 81 – 85 del Cuaderno 2

- Presencia de petequias pleurales
- Presencia de petequias subepicárdicas
- Suprarrenales hemorrágicas
4. No se observan lesiones traumáticas

(…) Causa de muerte: Cambios hipóxico en feto y placenta que deben correlacionarse con información clínica. Se descartan malformaciones y trauma.

Manera de muerte: Natural

Análisis macroscópico de la placenta: Peso de 343 gramos, cordón umbilical de inserción para – central que mide 46 cm de longitud x 1,5 cm de diámetro; al corte trivascular, las membranas ovulares son opacas, la cara materna no tiene lesiones macroscópicas a los cortes.

LECTURAS DE PLACAS:
1. PLACENTA: Se observa hiperplasia sincitial, infarto reciente en vellosidades y eritrocitos nucleados circulantes
2. MEMBRANAS OVULARES: No se observa procesos inflamatorios: Se evidencia amnios reactivo como consecuencia de la cercanía con el meconio,
3. CORDON UMBILICAL: Trivascular sin alteraciones.
4. PULMON: Cambios autolíticos, sin focos inflamatorios.
5. GLANDULA SUPRARRENAL se observan cambios autolíticos en corteza hemorragias en zona medular.
6. PANCREAS se observan severos cambios autolíticos."[37]

- Dictamen pericial de la ginecóloga Nathalia Amaya Redond[38] contentiva de las siguientes conclusiones:

- La Historia clínica es adecuada con racionalidad científica, describe cronológicamente los síntomas del paciente, examen físico adecuado y completo, se solicitaron exámenes pertinentes que fueron interpretados y analizados adecuadamente y consignados en la historia clínica.
- Se utilizó la prueba Reina (Gold estándar) para determinar el bienestar fetal que es la monitoria fetal que tiene un bajo porcentaje de falsos negativos
- ***La paciente no tenía cambios en la frecuencia cardiaca fetal en el registro de monitoria fetal****, que ocurre en pacientes diabéticas con mal control de la glicemia en el 3 trimestre.*
- ***La paciente no mostraba los factores predictivos para una cesárea de urgencia que son una Monitoria fetal no reactiva o la presencia de desaceleraciones en la frecuencia cardiaca fetal o ambas****. El patrón de la monitoria fetal sin estrés (NST) que se le realizó fue de bienestar fetal.*
- Se siguió la recomendación para el método de vigilancia fetal semanal o dos veces por semana con monitoria fetal sin estrés NST para determinar el bienestar fetal en mujeres con todas las formas de diabetes.
- La paciente no presentaba los factores de riesgo de la paciente diabética para muerte fetal como control sub óptimo de glucosa y un gran intervalo desde último test de vigilancia fetal, parto antes de la semana 37, peso fetal menor de 2500 gr, de hecho, el test de bienestar fetal se realizó en un lapso menor a 24 horas.
- La diabetes Gestacional controlada conlleva un riesgo de muerte fetal igual a la población general
- La paciente se encontraba con valores de glicemia dentro de rangos normales, cumpliendo las metas del tratamiento para la Diabetes Gestacional manejada con dieta.
- El Manejo de esta paciente fue adecuado según el resultado de los exámenes realizados y conducta de acuerdo a la Lex Artis.
- A pesar de tratarse de un embarazo de alto riesgo por presentar Diabetes Gestacional, más bien intolerancia a la Glucosa y antecedente de cesárea, su Diabetes gestacional estaba bien controlado y esta condición no se asocia a mayor presencia de muerte fetal in útero.
- De la larga lista de factores de riesgo para óbito fetal en general la paciente no cumplía los requisitos para riesgo incrementado de óbito; no era gestante mayor, se

[37] Folios 8 y 82 del Cuaderno 2
[38] Folio 81 – 85 del Cuaderno 2

trataba de una paciente joven, delgada, no tenía sobrepeso, no era hipertensa, no tenía hábito de tabaquismo, no era de raza negra, era un embarazo a término.
El peso fetal estaba dentro de lo normal no tenía retardo del crecimiento intrauterino.
La madre no padecía enfermedades inmunológicas como síndrome de anticuerpos antifosfolipidos, no tenía antecedente de óbito fetal, sus niveles de Glucosa estaban dentro de límites normales después de recibir manejo con dieta.
- Las indicaciones para el parto en la paciente diabética incluyen incapacidad para adherirse al tratamiento, hiperglicemia a pesar de a pesar de esfuerzos intensivos para logra control, test fetal anormal (Monitoria fetal, perfil biofísico o doppler fetal), retardo del crecimiento intrauterino y sospecha de macrosomía fetal. En el caso estudiado no existían estas condiciones que indicaran una cesárea de urgencia
- Lo más probable es que se trate de un óbito de causa inexplicada que también ocurre en pacientes con Diabetes Gestacional de forma similar a la no diabética.
- La paciente consultó por actividad uterina y expulsión de tapón mucoso pero dado que no se encontraba en trabajo de parto no se realizó una cesárea de urgencia, de forma similar el patrón de la frecuencia cardiaca en la monitoria fetal era tranquilizador sin signos ominosos de compromiso fetal.
- El peso fetal se correlaciona con el nivel de insulina fetal y por ende con el nivel de glucosa fetal y materna, como se encontraba dentro de límites normales podemos inferir que el control de la glicemia materna era óptimo.
- No existía forma de sospechar la Hipoxia crónica relacionada con la Diabetes Gestacional ya que no cumple con los mecanismos propuestos para hipoxia fetal crónica en la Diabetes que son Hiperglicemia, Hiperinsulinemia, macrosomía fetal, retardo del crecimiento intrauterino, enfermedad vascular materna o insuficiencia placentaria.
- No había forma de detectar la Hipoxia crónica si se presentó ya que la prueba escogida para vigilancia fetal que es el método estándar en la paciente diabética reveló bienestar fetal.
- En el plan de salida de la consulta del 20 de agosto 2020 no se consignó si el plan de control a las 72 horas era para cesárea o para permitir parto vaginal
- Se anota que se dieron signos de alarma a la salida del 20 agosto 2020.(…)" [39]

- Testimonios técnicos de los médicos gineco obstetra, Álvaro Guzmán González y Daniel Moisés Zabala Castillo recibidos en audiencia del 2 de marzo de 2021[40].

2.5.2. Del daño en el caso concreto

Como se indicó ut supra, el daño se ha entendido como "*la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja*"[41]. Así mismo, el Consejo de Estado ha referido que el daño *es "la afectación, vulneración o lesión a un interés legítimo y lícito"*[42].

En el caso *sub judice*, de acuerdo con el acervo probatorio obrante en el expediente, se tiene certeza de la muerte intrauterina del feto de la señora Jenny Alexandra Camacho Torres, acaecida el 21 de agosto de 2012, según fue corroborado en el Hospital Militar Central. En tal virtud, se encuentra acreditado el carácter cierto y personal del daño.

Pero si bien se estableció lo anterior, la comprobación de la existencia de daño no genera *per se* la responsabilidad del Estado, pues, además, debe estar suficientemente acreditado el nexo de causalidad respecto de la acción u omisión de la entidad demandada y que el daño le sea jurídicamente imputable.

2.5.3. Atribución o imputación del daño

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima. A su vez, debe tenerse en cuenta que la imputación del daño debe ser

[39] Documento Digital N° 20 del expediente digital
[40] Documentos Digitales N° 62 – 64 del expediente digital
[41] Derecho Civil obligaciones. Pág. 538
[42] Sentencia 14 de marzo de 2019 Exp 39325 Consejera Ponente María Adriana Marín.

analizada desde un doble aspecto: la imputación fáctica o material y la imputación jurídica.

La imputación fáctica se construye desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada[43] del daño, teoría por la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada; o si, por el contrario, dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o al azar. Por su parte, la imputación jurídica tiene relación con la identificación del régimen jurídico aplicable; esto es, si el daño demostrado tuvo como causa un daño especial sufrido por la víctima, el riesgo excepcional al que se le sometió, o la falla del servicio.

Al respecto, es pertinente señalar que, de acuerdo con la reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado, el caso, dado que se trata de un asunto de responsabilidad médica, se analizará bajo el régimen de responsabilidad subjetiva.

En el sub lite, la parte accionante le atribuye el óbito fetal a la parte accionada, por falla del servicio médico fundada en la omisión de tramitar la remisión de la paciente por parte del Centro de Medicina Naval al Hospital Militar Central; y por falla médica ocurrida en el servicio de urgencias el 20 de agosto de 2011 por ordenar la salida sin tener en cuenta la proximidad del parto, la edad gestacional, el nivel del líquido amniótico, bishop desfavorable y los pródromos del parto manifestados por la usuaria referentes a sangrado vaginal y las contracciones uterinas.

Frente a ello, la Nación – Ministerio de Defensa Nacional - Dirección General de Sanidad Militar – Centro de Medicina Naval se opuso rotundamente a las pretensiones por cuanto la usuaria tuvo acceso a los servicios salud de forma oportuna y con calidad. Que en el curso de los controles prenatales fue ordenada la remisión al Hospital Militar Central y que por ello esta fue la Institución que atendió el preparto y la cesárea motivo por el cual fundamentó la falta de legitimación en la causa por pasiva.

Paralelamente, el Hospital Militar Central también se opuso a la prosperidad de las pretensiones porque la paciente Jenny Alexandra Camacho Torres acudió por voluntad propia al servicio de urgencias para los días 20 y 21 de agosto de 2012 en donde fue valorada por los gineco obstetras, Álvaro Guzmán González y Daniel Moisés Zabala Castillo, respectivamente, motivo por cual sí fue atendida por una Institución del nivel de complejidad al del Centro Médico Naval. A su vez, expuso que la orden de salida a la paciente en el primer ingreso por el servicio de urgencias fue precedida de la valoración del gineco obstetra Álvaro Guzmán González por encontrarse los signos vitales en parámetros normales y que del examen físico como del test de Bishop, no se evidenciaba trabajo de parto por cuanto el cuello uterino no se encontraba dilatado. Que aun cuando se le dio la orden de reconsultar dentro de las 72 horas le dieron signos alarma para acudir de forma inmediata y ella cuando acudió nuevamente al servicio de urgencias manifestó que llevaba 12 horas que no sentía movimientos fetales. En esa medida, si la paciente después de la primera consulta por el servicio de urgencias del 20 de agosto de 2012 evidenció ausencia de movimientos fetales le correspondía acudir de forma inmediata a la Institución y no al día siguiente cuando ya había transcurrido más de 12 horas. En tal virtud, en su sentir señala que se configura el eximente de responsabilidad de culpa exclusiva de la víctima.

Entonces, para establecer si el daño alegado en la demanda le es atribuible al Centro de Medicina Naval y al Hospital Militar Central, es pertinente analizar, a partir de las pruebas allegadas al proceso, la atención médica brindada a la paciente.

Efectivamente, se tiene que la paciente Jenny Alexandra Camacho Torres, según la ecografía del 17 de enero de 2012[44], se determinó su embarazo con una edad gestacional de 8 semanas y 6 días. Luego, fue valorada por la médica general, Laura Idrobo Mariño, el

[43] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de del 11 de septiembre de 1997; Sentencia Sección Tercera del 8 de marzo del 2007. Expediente 27434. CP. Mauricio Fajardo.
[44] Folio 101 del Cuaderno 2

28 de enero de 2012 quien determinó un embarazo de 10.3 semanas por eco I trimestre. Asimismo, con ocasión del antecedente de legrado y por cesárea sin complicaciones, su estado de embarazo fue clasificado como de alto riesgo.

Luego de la revisión del carnet de controles prenatales y de la historia clínica del Centro Médico Naval la paciente Jenny Alexandra Camacho Torres dio inicio a sus controles prenatales a partir del 14 de febrero hasta el 16 de agosto de 2012. Entre los cuales se tienen que todos fueron realizados por el mismo ginecólogo Juan Alberto Pinzón Rivadeneira.

El 21 de junio de 2012 en control prenatal fue ordenado el test de O'Sullivan y el 17 de julio del mismo año la señora Jenny Alexandra Camacho Torres reportó como glucosa por Test O'Sullivan, una glicemia basal de 86 mg/dl y glicemia 1 hora 15 mg/dl siendo analizados dichos resultados por el ginecólogo, Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[45], en control prenatal del 23 de julio del mismo año en el cual determinó un riesgo gineco obstétrico bajo. Asimismo, ordenó la práctica de curva de tolerancia a la glucosa, ecografía y control prenatal. De los resultados de los paraclínicos ordenados de la curva de glicemia se evidenció[46]: **i)** glicemia basal 85 mg/dl; **ii)** glicemia ½ hora NI mg/dl; **iii)** glicemia 1 hora 181 mg/dl; **iv)** glicemia 2 horas 143 mg/dl; **v)** glicemia 3 horas 136 mg/dl. De lo anterior, el ginecólogo Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[47] determinó como diagnóstico *"embarazo de 34.12 FUV 3 diabetes gestacional"* con riesgo gineco obstétrico alto, siendo ordenada valoración por nutrición, incapacidad, restricción calórica y control prenatal.

El 9 de agosto de 2012[48] obra reporte de glicemia pre y post prandial que da cuenta de la glicemia basal 68 mg/dl de muestra tomada el 8 de agosto a las 8:20 a.m.; y como pos desayuno reportándose en 85 mg/dl; y en prealmuerzo 74 mg/dl y post almuerzo 120 mg/dl. En la misma fecha, el ginecólogo Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[49] con ocasión del análisis de los anteriores resultados nuevamente reiteró como diagnósticos i) embarazo 37.1 semanas; ii) FUV; iii) diabetes gestacional controlada; y iv) G3P1A1. En esa medida, el ginecólogo del Centro Médico Naval determinó el nivel del riesgo gineco obstétrico alto[50].

A la semana siguiente, nuevamente fueron tomadas las muestras de glicemia pre y post, las cuales para el 16 de agosto reportaban[51] **i)** glicemia basal en 61 mg/dl; **ii)** glicemia 2 horas 91 mg/dl; **iii)** glicemia pre almuerzo en 60 mg/dl; y **iv)** glicemia 2 horas post almuerzo 150 mg/ dl. En atención a los niveles de glicemia, en control prenatal del 16 de agosto de 2012 el ginecólogo Juan Alberto Pinzón Rivadeneira[52] evidenció una diabetes gestacional pobremente controlada clasificando el riesgo gineco obstétrico alto, por lo cual, fue ordenada la remisión al Hospital Militar Central.

Sobre el particular el Acuerdo N° 002 de 2001 del CSSMP establece que para el tránsito de los niveles de atención se aplica el Sistema de Referencia y Contrarreferencia establecido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – CSSMP – exceptuándose únicamente las atenciones en urgencias[53]. De acuerdo con ello, aun cuando no se observa el trámite de remisión de la paciente al Hospital Militar Central se tiene que a los 4 días ingresó por el servicio de urgencias de la Institución por motivo del

[45] Folios 19 – 21 del Cuaderno 2
[46] Folio 95 del Cuaderno 2
[47] Folios 22 – 24 del Cuaderno 2
[48] Folios 108 y 112 del Cuaderno 2
[49] Folios 26 - 27 del Cuaderno 2
[50] Ver nota médica del folio26 del Cuaderno 2
[51] Ver folios 110 y 111 del Cuaderno 1
[52] Folios 28 – 30 del Cuaderno 2
[53] Acuerdo N° 002 de 2001. ARTICULO 3.- CONDICIONES DE ACCESO. Para acceder a los servicios contenidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial establecidos en el presente Acuerdo es indispensable y obligatorio el tránsito a través de la consulta de Medicina General, Odontología General, y primer nivel de otras áreas de la salud. PARAGRAFO 1. Para el tránsito entre diferentes niveles se aplicará el Sistema de Referencia y Contrareferencia que establezca el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP). PARAGRAFO 2. Se exceptúa de lo anterior únicamente las atenciones de urgencias. Consulta efectuada en la dirección file:///D:/Usuarios/davilap/Downloads/Acuerdo_002_de_2001_.pdf

leve sangrado presentado, siendo atendida por el gineco obstetra Álvaro Guzmán González.

En tal oportunidad, se estableció un embarazo de 38.4 semanas por FUR confiable y que la paciente consultó fue por cuadro clínico de aproximadamente 6 horas de evolución caracterizado por sangrado de leve cantidad, asociado a dolor pélvico y contracciones uterinas irregulares 1/30 min, movimientos fetales (+), no síntomas de vasoespasmos, diuresis positiva, deposiciones normales, tampoco refiere síntomas gastrointestinales o genito urinarios. Al examen de Especuloscopia se evidenció cuello uterino de aspecto sano, sin lesiones, sin sangrado genital activo, sin amniorrea, con expulsión de tapón mucoso. Para mejor diagnóstico se solicitó Monitoria Fetal, de la cual se evidenció líneas de base 150 latidos por minuto, variabilidad conservada, aceleraciones positivas, no desaceleraciones, no registra actividad uterina. Monitoria Categoría I, por lo cual se le dio salida con signos de alarma y control en 72 horas[54].

Lo anterior significa que todo estaba en condiciones de normalidad y que la materna aún no estaba en trabajo de parto, por eso se le dio salida, con signos de alarma, pues de presentarse alguno de ellos debería regresar inmediatamente. La única novedad era la expulsión del tapón mucoso, pero como lo indicaron en audiencia de pruebas del 2 de marzo de 2021[55] los médicos gineco obstetras Luz Nathalia Amaya, Álvaro Guzmán González y Daniel Moisés Zabala Castillo, el hecho de la expulsión del tapón mucoso y el contar con embarazo a término no significa que la paciente se encontrara en trabajo de parto, por cuanto con la especuloscopia se observó que el cuello uterino no estaba dilatado. Es decir, perder el tapón mucoso no es sinónimo de que el parto fuera inminente.

En esas condiciones, la paciente en su casa debía estar atenta a la evolución para entrar en el trabajo de parto, en particular a los movimientos fetales para que no se presentara ninguna novedad. Así que al otro día de la salida regresó al hospital manifestando que desde hacía más de 12 horas no sentía movimientos fetales. Efectivamente, tras ser auscultada el médico encontró que el feto no tenía frecuencia cardiaca, no había sangrado vaginal, por lo que se estableció el óbito fetal y se hospitalizó para desembarazar a la paciente por cesárea. En dicho procedimiento quirúrgico se encontró el feto muerto y líquido amniótico teñido de meconio[56] Grado III reciente. Al óbito fetal se le practicó la necropsia y se determinó como causa de la muerte cambios hipóxicos en el feto y placenta que deben correlacionarse con información clínica.

Para establecer el nivel de atención médica brindada a la paciente, se aportó al proceso dictamen pericial rendido por la ginecóloga Nathalia Amaya Redond[57], quien, dentro de las conclusiones a las que llegó, se resaltan las siguientes: Para el control de la gestante se solicitaron exámenes pertinentes que fueron interpretados y analizados adecuadamente y consignados en la historia clínica. Se utilizó la prueba Reina (Gold estándar) para determinar el bienestar fetal que es la monitoria fetal que tiene un bajo porcentaje de falsos negativos. La paciente no tenía cambios en la frecuencia cardiaca fetal en el registro de monitoria fetal, que ocurre en pacientes diabéticas con mal control de la glicemia en el 3 trimestre. La paciente no mostraba los factores predictivos para una cesárea de urgencia que son una monitoria fetal no reactiva o la presencia de

[54] Folio 44 del Cuaderno 2
[55] Documentos Digitales 62 – 64 de expediente digital
[56] *El meconio corresponde a las primeras heces eliminadas por un recién nacido poco después del nacimiento, antes de que el bebé empieza a digerir leche materna o leche maternizada en polvo.*
En algunos casos, el bebé elimina meconio mientras aún está dentro del útero. Esto puede suceder cuando los bebés están "bajo estrés", dado que el suministro de sangre y oxígeno disminuye. Esto con frecuencia se debe a problemas con la placenta o el cordón umbilical.
Una vez que el meconio ha pasado hacia al líquido amniótico circundante, puede aspirarlo hacia los pulmones. Esto puede suceder: Mientras el bebé aún está en el útero, Durante el parto, Inmediatamente después del nacimiento
El meconio también puede bloquear las vías respiratorias del bebé inmediatamente después del nacimiento. Esto puede causar problemas respiratorios debido a la hinchazón (inflamación) en los pulmones del bebé después del nacimiento.
Los factores de riesgo que pueden causar estrés en el bebé antes de nacer incluyen: "Envejecimiento" de la placenta si el embarazo se pasa de la fecha prevista para el parto, Disminución del oxígeno al bebé mientras está todavía en el útero, Diabetes en la madre gestante, Parto difícil o trabajo de parto prolongado, Presión arterial alta en la madre gestante, Infección en la placenta que afecta al bebé. .https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001596.htm
[57] Folio 81 – 85 del Cuaderno 2

desaceleraciones en la frecuencia cardiaca fetal o ambas. Se siguió la recomendación para el método de vigilancia fetal semanal o dos veces por semana con monitoria fetal sin estrés NST para determinar el bienestar fetal en mujeres con todas las formas de diabetes. A pesar de tratarse de un embarazo de alto riesgo por presentar Diabetes Gestacional, más bien intolerancia a la Glucosa y antecedente de cesárea, su diabetes gestacional estaba bien controlada y esta condición no se asocia a mayor presencia de muerte fetal en útero. La paciente consultó por actividad uterina y expulsión de tapón mucoso pero dado que no se encontraba en trabajo de parto no se realizó una cesárea de urgencia, de forma similar el patrón de la frecuencia cardiaca en la monitoria fetal era tranquilizador sin signos ominosos de compromiso fetal. De la larga lista de factores de riesgo para óbito fetal en general la paciente no cumplía los requisitos para riesgo incrementado de óbito; no era gestante mayor, se trataba de una paciente joven, delgada, no tenía sobrepeso, no era hipertensa, no tenía hábito de tabaquismo, no era de raza negra, era un embarazo a término. No existía forma de sospechar la hipoxia crónica relacionada con la Diabetes Gestacional ya que no cumple con los mecanismos propuestos para hipoxia fetal crónica en la Diabetes que son Hiperglicemia, Hiperinsulinemia, macrosomía fetal, retardo del crecimiento intrauterino, enfermedad vascular materna o insuficiencia placentaria. Lo más probable es que se trate de un óbito de causa inexplicada que también ocurre en pacientes con Diabetes Gestacional de forma similar a la no diabética. El Manejo de esta paciente fue adecuado según el resultado de los exámenes realizados y conducta de acuerdo a la Lex Artis.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que al momento en que la paciente acudió por urgencias al Hospital Militar Central el 20 de agosto, según los síntomas que presentaba, no se encontraba en trabajo de parto, por esa razón se le dio salida para que luego regresara en 72 horas. No obstante, se le dieron los signos de alarma para que regresara inmediatamente tan pronto se presentaran. La paciente regresó aduciendo que hacía más de 12 horas no sentía moverse el feto, y efectivamente, se encontró que había fallecido.

Sin embargo, tomando en cuenta las notas de atención registradas en la historia clínica y como lo corroboró la perito, la muerte del feto no puede ser atribuida al Hospital Militar Central, pues no incurrió en ningún tipo de error en el manejo del preparto. Obsérvese que cuando la paciente consultó se le hicieron loas valoraciones físicas pertinentes, se le realizó la especuloscopia y se hizo la monitoría fetal, estableciendo que aún no estaba en trabajo de parto, por eso, se le dio salida. Lo que sucedió en el interregno entre la salida y el regreso nuevamente al Hospital no resulta controlable para la entidad, máxime que la paciente indicó que hacía más de 12 horas no sentía moverse al feto, lo cual debió hacerle ella personalmente el mayor nivel de seguimiento.

En esas condiciones, no le asiste razón a la parte demandante al afirmar que el Hospital Militar Central incurrió en falla al haberle dado salida a la paciente, desconociendo la edad gestacional, el nivel del líquido amniótico, bishop desfavorable, y los pródromos del parto manifestados, pues tal como lo señalaron los médicos y lo confirmó la perito, la paciente para ese momento aún no se encontraba en trabajo de parto. En esa medida, podía retornar a su casa, pero seguir atenta y regresar cuando evidenciara los signos del parto inminente. Así que la causa de la muerte del feto no fue el haberle dado salida, pues, pese a los factores de riesgo, la paciente no cumplía los requisitos para riesgo incrementado de óbito.

Ahora, en lo que concierne a la falla que se le atribuye al Centro de Medicina Naval por no haber remitido a la paciente al Hospital Militar, es verdad que, pese a haber sido dada la orden por el médico tratante de remitir a la paciente, tal orden no se cumplió, o por lo menos no aparece acreditada dentro del proceso. Empero, en atención a que la paciente acudió por sus propios medios al Hospital Militar, allí fue atendida oportunamente, y en la atención brindada, como se indicó, es estableció que para ese momento la paciente no se encontraba en trabajo de parto. En ese orden de ideas, pese a la omisión del Centro de Medicina Naval, esa no fue la causa directa y eficiente del óbito fetal. Por tal razón, tampoco tiene éxito la responsabilidad que la parte demandante atribuye a dicho centro hospitalario.

De otra parte, respecto del nuevo argumento traído a colación por la parte demandante en el alegato de conclusión consistente en el síndrome de aspiración meconial encontrado en el óbito fetal, es pertinente señalar que ese tema no fue objeto de debate porque no fue puesto en discusión en la demanda, luego la parte demandada no pudo referirse a él. En esa medida, no resulta acorde con la lealtad procesal traer a último momento un tema que no fue inicialmente planteado. Sin embargo, para responder directamente a la parte demandante, baste señalar que la aspiración del meconio por parte del feto obedece a múltiples causas, entre ellas, el estrés que puede sufrir el feto por la diabetes de la madre gestante. Y en este caso, está suficientemente acreditado que la paciente tenía acentuados problemas de diabetes. Luego tampoco resulta posible atribuir falla alguna en ese sentido.

Bajo las anteriores consideraciones, no resulta procedente atribuir la muerte del feto a la atención médica brindada a la paciente. De un lado, porque la atención y los controles durante la gestación brindados por el Centro de Medicina Naval fueron oportunos, pertinentes y seguros. Solo se presentó la omisión en la remisión al Hospital Militar, pero como se anotó, dado que la paciente acudió a dicha Institución, ello permitió que se le continuara seguir prestando la atención médica que requería. De otro lado, en lo que concierne al Hospital Militar Central, tal como se estableció precedentemente, tampoco le es atribuible el daño, pues la muerte del feto obedeció a causas ajenas a la atención brindada.

En tales condiciones, la atención médico asistencial brindada al paciente, antes, durante y después de la cesárea, en términos de oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad estuvo acorde con lo exigido en la lex artis. Así que es preciso recordar lo dicho por la jurisprudencia del Consejo de Estado que, en temas de responsabilidad médica, la obligación que se asume es de medios y no de resultado. Es decir, la institución hospitalaria y los profesionales médicos solo están obligados a poner al servicio del paciente todos los medios de los que disponen, pero en manera alguna están obligados con el resultado final de la salud o bienestar del paciente, pues ello depende de múltiples factores ajenos a ellos, entre otros, la manera como responda el cuerpo del paciente al tratamiento.

En conclusión, como el daño, consistente en el óbito fetal de la señora Jenny Alexandra Camacho Torres, no tuvo como causa la falla médica alegada en la demanda y, por ello, no les resulta atribuible jurídicamente a las entidades demandadas. Por consiguiente, se denegarán las pretensiones de la demanda porque la parte accionante no cumplió con la carga afirmativa de la prueba, señalada en el artículo 167[58] del Código General del Proceso, tendiente a acreditar la falla del servicio.

2.7. COSTAS

En cuanto a la condena en costas, en aplicación del criterio objetivo valorativo señalado por el artículo 188 de la ley 1437 de 2011, en concordancia con el artículo 365 del Código General del Proceso, debe verificarse si hay lugar a condenar en costas a la parte vencida.

Se habla de un criterio «objetivo» porque en toda sentencia se «dispondrá» sobre costas, es decir, se decidirá, bien sea para condenar total o parcialmente, o bien para abstenerse. Y es «valorativo» porque se requiere que en el expediente el juez revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación, tal y como lo ordena el Código General del Proceso. En consideración a lo anterior, dado que no aparece acreditada su causación, el Despacho se abstendrá de condenar en costas a la parte vencida.

[58] *Artículo 167. Carga de la prueba. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.*

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Treinta y Cinco (35) Administrativo del Circuito de Bogotá D.C. - Sección Tercera**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DENEGAR las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: SIN CONDENA en costas, por lo expuesto.

TERCERO: Por Secretaría del Juzgado, procédase a la notificación de la sentencia en la forma dispuesta en el artículo 203 de la ley 1437 de 2011.

CUARTO: En firme esta sentencia, **liquídense** los gastos del proceso por la Oficina de Apoyo para los Juzgados Administrativos de Bogotá y en caso de existir remanentes, entréguense a la parte interesada. **Archívese** el expediente dejando las constancias pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JOSÉ IGNACIO MANRIQUE NIÑO
JUEZ

DMAP

Firmado Por:
Jose Ignacio Manrique Niño
Juez
Juzgado Administrativo
035
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **b49fb2f292a644a6d51585aa6e4c052f00c34b80d24b6befd079d8f6ee5f3d15**
Documento generado en 25/11/2022 06:58:29 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica