

Rama Judicial del Poder Público
Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo del
Atlántico

TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL ATLÁNTICO
SECCIÓN C

Barranquilla, cinco (05) de junio de dos mil veintiuno (2021)

RADICADO	08-001-23-33-701-2004-01831-00 ESCRITURAL
MEDIO DE CONTROL	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE	ALEJANDRO ORTIZ GERALDINO Y OTROS
DEMANDADO	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA Y OTROS
TESIS	No se demostró la falla médica
MAGISTRADO PONENTE	JAVIER EDUARDO BORNACELLY CAMPBELL

I.- PRONUNCIAMIENTO

Procede la Sala a dictar sentencia dentro de la demanda de la referencia, en los siguientes términos:

II.- ANTECEDENTES

DEMANDA

En ejercicio del medio de control de Reparación Directa, el señor ALEJANDRO ORTIZ GERALDINO Y OTROS, actuando por conducto de apoderado convencional, elevó las siguientes súplicas:

1.- Se declare que Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Organización Clínica General del Norte S.A., son solidariamente responsables de los daños morales y materiales causados a los demandantes con ocasión de la falla en el servicio médico que determinó la muerte de la señora Adela Cristina Orellano de Ortiz.

2. Como consecuencia de la anterior declaración, en calidad de reparación del daño, se condene a los demandados, a pagar a cada uno de los demandantes por los daños morales y materiales (lucro cesante y daño emergente).
3. Que la liquidación de las condenas deberá efectuarse mediante sumas líquidas de dinero tomando como base el IPC.
4. Que para el cumplimiento de la sentencia se ordene dar aplicación a los artículos 176 y 177 del C.C.A.

La parte actora sustentó la demanda en los supuestos fácticos que se sintetizan así:

Narra la parte actora que el señor Alejandro Ortiz Geraldino, tiene la calidad de pensionado de Foncolpuertos, y en virtud de ese vínculo fue y está afiliado al FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA, y como quiera que contrajo nupcias con la señora Adela Orellano de Ortiz, ésta por derecho propio y cumplidos los requisitos de ley, tuvo la calidad de beneficiaria de los servicios de salud que ofrece dicho ente.

Narra que la señora Adela Orellano de Ortiz el 06 de agosto de 2002, debido a un dolor acudió a la Clínica General del Norte, entidad a través de la cual recibía la atención en salud con cargo a su condición de beneficiaria, ya que es la entidad contratada por el aludido fondo.

Narra que el 06 de agosto de 2002, los médicos le diagnosticaron quiste en el ovario y estimaron que debían operarle de emergencia, por tanto se procedió a la realización de exámenes de laboratorio, finalmente a la práctica de la cirugía que se llevó a cabo aproximadamente a las 11:30 am.

Narra que aproximadamente a las 3:30 pm del día de la práctica de la cirugía, el ginecólogo Andrés Molina, informó a los acompañantes que la cirugía se había complicado un poco y tuvo la necesidad de llamar al cirujano doctor Jarib Álvarez, además informó que el quiste estaba encapsulado por tanto no hizo colostomía porque la paciente estaba muy joven y que había dejado una parte del quiste, la cual desaparecería con un tratamiento.

Narra que después de practicada la cirugía, la señora Orellano de Ortiz se sintió en peores condiciones de salud, de lo cual le manifestaron los médicos que se trataba de una migraña, por tanto el día 08 de agosto de 2002, le dieron de alta.

Narra que en atención que el estado de salud de la señora Orellano de Ortiz empeoraba, fue necesario llevarla nuevamente a la Clínica General del Norte el día 12 de agosto de ese año, quien fue atendida por el mismo ginecólogo que la intervino quirúrgicamente, doctor Andrés Molina, quien una vez la examinó encontró que ésta tenía la hemoglobina en 7, luego fue remitida a gastroenterología y a partir de ese momento la señora Orellano de Ortiz empezó a presentar fiebres altas, además de los malestares que se empezaron a desarrollar después de la cirugía.

Narra que no obstante que los problemas de salud se agudizaron con ocasión de la cirugía practicada el 06 de agosto de 2002, la señora Adela Orellano fue remitida al gastroenterólogo y después de la práctica de una gastroscopia le diagnosticaron una úlcera gástrica, según la cual se encontraba en proceso de cicatrización, así que el día 16 de agosto de 2002, nuevamente le dieron de alta, muy a pesar de las fiebres altas que presentaba, las cuales fueron imputadas a una flebitis motivada por la canalización de venas.

Narra que motivados por el empeoramiento del estado de salud de la señora Adela Orellano, fue nuevamente llevada por sus familiares a la Clínica General del Norte el día 19 de agosto de 2002, y en atención médica le diagnosticaron peritonitis fecaloide.

Narra que el 20 de agosto de 2002, la señora Adela Orellano fue llevada a cirugía y de allí pasó a cuidados intensivos.

Narra que el 24 de agosto de 2002, la señora Adela Orellano fue intervenida quirúrgicamente por parte del doctor Álvarez y pasó a polivalentes, donde permaneció hasta el 27 de agosto de ese año, fecha en que fue remitida a habitación.

Narra que el 27 de agosto de 2002, empezó a sangrar por el recto, pasando todo el día en esa condición anómala, y en horas de la noche el cirujano decide pasarla a

polivalentes y a las 02:00 am del 28 de agosto, es nuevamente intervenida quirúrgicamente, pasando a cuidados intensivos.

Narra que nunca le dejaron abierta la herida, pues después de cada intervención se la cerraban, hasta que finalmente el 17 de septiembre de 2002, la señora Adela Orellano falleció, habiendo contraído previamente dos bacterias propias de los quirófanos, lo cual determina la exigencia de controles permanentes, al parecer omitidos por la Clínica General del Norte.

Narra que informó al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, entidad que informó que había ordenado una investigación mediante auditoría médica, con el fin de establecer si hubo negligencia, pero hasta el momento de presentación de la demanda no le informaron de los resultados de esa investigación.

Como síntesis de los hechos, la parte actora sostiene que; i) la señora Adela Orellano ingresó el 06 de agosto de 2002, a la Clínica General del Norte con diagnóstico de quiste en el ovario, patología quirúrgica que era solucionable con cirugía u otro procedimiento menos invasivo, como drenaje percutáneo dirigido por ecografía o tac y posible terapia medicamentosa, en todo caso era una cirugía limpia, no contaminada; ii) el cirujano de la Clínica General del Norte, al momento de la intervención quirúrgica produce una lesión en colon sigmoides, en su intento por resecar toda la cápsula del quiste, generando un proceso infeccioso en la cavidad abdominal el cual no es diagnosticado en la segunda hospitalización, retrasándose así la solución al problema; iii) al tercer ingreso de la paciente por los datos clínicos, los laboratorios, el hallazgo ecográfico y la descripción quirúrgica, ya se evidencia la magnitud y gravedad del problema, como es una peritonitis fecal, debiendo el cirujano tomar la decisión de dejar el abdomen abierto con la bolsa de laparotomía para facilitar la revisión y drenaje de la cavidad abdominal sin maltratar los tejidos, lo que constituyó en impericia o falta de buen juicio quirúrgico; iv) el 24 de agosto de 2002, continúa el procesos de sepsis en la cavidad abdominal, pero se encontró una necrosis del segmento distal de la colostomía, teniendo necesidad de resecar un segmento del colon y deshacer o modificar el tipo de colostomía, siendo esto un error de procedimiento; v) el 26 de agosto de 2002, se realizó un nuevo lavado, desbridamiento de tejido necrótico y drenaje de pus, persistiendo el error de cerrar el abdomen y en esa ocasión agravado con la liberación de fascia

bilateralmente para afrontar, procedimiento que hizo que la infección se extendiera a tejidos que no estaban infectados, y como consecuencia fue la sepsis generalizada con trastornos de coagulación que se evidenció por sangrado hacia la cavidad y por recto que ameritó procedimientos desesperados como medidas de salvamento, el empaquetamiento de compresas de la cavidad abdominal y fue entonces cuando por primera vez se acudió a la opción de abdomen abierto, que continuó así hasta el 05 de septiembre de 2002; vi) la señora Adela Orellano continuó con cuadro séptico e inestabilidad hemodinámica que ameritó el uso de inotrópicos y soporte ventilatorio mecánico, porque se agrega a su condición una neumonía considerada de origen nosocomial, continuando ese cuadro hasta el 15 de septiembre de 2002, cuando presenta una gran distensión abdominal, insuficiencia respiratoria; vii) una ecografía reveló la presencia de una colección líquida en el abdomen por lo que de nuevo es laparostomizada y se deja el abdomen abierto por considerar que había un síndrome compartimental que era la causa del distrés respiratorio, finalmente la señora Adela Orellano entra en falla multisistémica o multiorgánica por la sepsis, fallece el 17 de septiembre de 2002, a causa de la impericia o faltas del juicio quirúrgico del médico cirujano que la atendió, sumado a ello, las bacterias adquiridas y conocidas como exclusiva de las salas quirúrgicas.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

La parte demandante invocó como norma de derecho, el artículo 90 de la Constitución Política y el artículo 86 del CCA.

CONTESTACIÓN

FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA

La apoderada del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, contestó la demanda, manifestando que para la época en que ocurrieron los hechos, el Fondo tenía suscrito contrato de prestación de servicios con la Organización Clínica General del Norte S.A., quedando facultada para prestar directamente o a través de contratos celebrados con terceros, los servicios de salud que requirieran los usuarios al cargo del Fondo y por lo tanto, es ésta la llamada a resistir las pretensiones de la demanda.

ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE

El apoderado especial de la Organización Clínica General del Norte S.A., contestó la demanda, oponiéndose a las pretensiones de la demanda, argumentando que no existe pruebas para demostrar el nexo de causalidad existente entre los servicios médicos hospitalarios integrales que en la IPS Clínica General del Norte le fueron suministradas a la paciente por parte del equipo de salud, y las patologías que le fueron diagnosticada a la paciente después de su primera cirugía.

Sustenta la demandada que las complicaciones que se presentaron en la paciente las cuales fueron *Adherencias y Pelvis congeladas*, están relacionadas de manera inherente al organismo de la paciente y que la predisponían, esto es, eran con antelación a que se atendiera a la paciente de urgencias, lo que equivale a decir, que las predisposiciones presentadas por la paciente se debieron a procedimientos quirúrgicos que se le practicaron a la paciente Adela Orellano tiempo antes de ingresar por urgencia y realizar la cirugía, por tanto, sostiene el apoderado de la demandada, que no existe nexo de causalidad entre la etiología y las graves complicaciones que sufrió la paciente que fueron la causa de los graves daños y posterior fallecimiento.

Finalmente, propuso las excepciones de: i) la inexistencia del obligatorio nexo de causalidad; ii) inexistencia de los elementos estructurales de la responsabilidad médica denominados falta de oportunidad, pertinencia o impericia y falta de diligencia y/o imprudencia; iii) caducidad de la acción para demandar, argumentando que los hechos por presunto error médico sucedieron entre el 6 y el 24 de agosto de 2002, y la demanda se presentó el 10 de septiembre de 2004, cuando se habían vencido los términos para demandar.

LLAMADOS EN GARANTÍA

ANDRÉS MOLINA TRESPALACIO

El apoderado convencional del llamado en garantía se opuso a las pretensiones de la demanda, argumentando que la parte actora pretende insinuar que el manejo de la señora Adela Orellano debió ser sin cirugía abierta, sugiriendo que podía hacerse a través de drenaje percutáneo de la lesión, sin embargo sostiene, que una masa

de más de 8 centímetros, sin histología definida y teniendo en cuenta su edad, podía tratarse de una lesión maligna, sosteniendo que el texto de obstetricia y ginecología de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología expresa que “la biopsia con aguja de una lesión potencialmente maligna se realiza en cualquier parte del cuerpo excepto en el ovario porque la punción de un quiste ovárico se considera equivalente a la ruptura, lo cual es un factor de empeoramiento del pronóstico”

Refiere que el demandante sostiene que se lesionó el colon con el intento por resecar toda la cápsula del quiste, lo cual, a su juicio es falso, por cuanto al contran las adherencias al mismo, se decidió dejar parte de la cápsula como consta en la descripción quirúrgica.

En relación a la segunda hospitalización, señala que no hubo datos clínicos ni paraclínicos que sugirieran que se tratara de una complicación postquirúrgica, por cuanto la ecografía descartó colecciones intrapélvicas y la sintomatología y signología de la paciente apuntaban hacia una enfermedad ácido péptica.

Respecto al probable manejo laparoscópico, señala que la literatura referente al tema, al mencionar los criterios que requieren cirugía convencional por laparotomía se incluye el tamaño de 8 centímetros como uno de ellos, y que el libro de ginecología quirúrgica recomienda que para correr el menor riesgo posible la paciente que se lleve a laparoscopia debe cumplir con los criterios de a) edad reproductiva y b) menor de 5 centímetros, y que es importante establecer si la masa es de origen ovárico o no y saber que una masa que hace que un ovario aumento de tamaño a mas de 6 cms de diámetro debe considerarse potencioalmente maligna hasta que se demuestre lo contrario.

JARIB ÁLVAREZ JIMÉNEZ

El apoderado judicial del llamado en garantía se opone a las pretensiones de la demanda, argumentando que al llegar al servicio de quirófano e ingresar al acto quirúrgico, se le informó de los hallazgos de la paciente, manifestándole el ginecólogo tratante que se encontraba en proceso inflamatorio más datos por pelvis congelada, término que se usa en procesos muy severos de tipo inflamatorio como la endometriosis.

Señala que en transoperatorio y postquirúrgico en la adherencia entre uno o varios órganos abdominales hacen difícil e incluso en ocasiones diferenciar un órgano de otro, razón por la cual se realizó la resección cápsula del quiste, la cual se podía resecar sin dificultad (cistectomía parcial), la cápsula adherida a otros tejidos se dejó en su posición debido a la posibilidad de lesionar otros órganos, concluyéndose así el procedimiento, después de revisar debidamente los órganos.

ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE S.A

La Organización Clínica General del Norte S.A., fue llamada en garantía por parte del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacional de Colombia, y a su vez solicitó se llamara en garantía dentro del presente proceso, a la aseguradora COLSEGUROS S.A., para que en caso que se demostrare la falla médica por parte de dicha organización y con fundamento en la obligación contractual de seguro amparado en la póliza núm. 123006, pague todas las sumas de dinero que pudieren ordenar en la sentencia o que pueda hacer del pago como tercero.

ASEGURADORA COLSEGUROS S.A.

El apoderado general de la Aseguradora COLSEGUROS S.A., contestó la demanda oponiéndose a que se accedan a las pretensiones formuladas en el llamamiento en garantía y la demanda, aduciendo que en caso de una condena en contra de la Organización Clínica General del Norte S.A, la aseguradora solo estaría llamada a responder por la condena, si la hubiere, solo si tanto el tomador como el asegurado cumplan con los deberes y obligaciones que la ley les imponga, así como las condiciones pactadas dentro de la póliza, entre ellas está que la condena tenga su origen en los riesgos amparados dentro de la póliza y estos no son extensibles a riesgos que no estén amparados expresamente dentro de la póliza y por fuera del límite del monto asegurado.

En el caso concreto, afirma la aseguradora, que la póliza de responsabilidad civil se extiende a los daños que cause el asegurado de manera directa, es decir, la Organización Clínica General del Norte S.A y no a terceros como se afirmó en los fundamentos de hecho de las pretensiones en donde se manifestó que el responsable de la prestación del servicio era el Fondo pasivo social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Finalmente, propuso la excepción de ausencia de título de imputación jurídica, ausencia de responsabilidad civil médica y falla en el servicio e inexistencia de la obligación de indemnizar, ausencia de relación causal, causa extraña que se deriva de la especie de la fuerza mayor y/o caso fortuito en el evento presentado como riesgo quirúrgico no imputable a la conducta del equipo médico tratante, así como también propuso excepciones de mérito derivadas del consentimiento manifestado por la paciente y/o sus familiares y temeridad e indebida tasación de perjuicios y la de cobro de lo no debido.

LIBERTY SEGUROS S.A.

La apoderada de Liberty Seguros S.A., contestó el llamado en garantía realizado por el doctor Jarib Álvarez Jiménez, oponiéndose a las pretensiones de la demanda por falta de sustento legal y fáctico, arguyendo que no existe obligación alguna de pagar sumas de dinero a los demandantes y de producirse un fallo condenatorio en contra de éste, la aseguradora estará en la obligación de reembolsar la suma de dinero que tuviese que cancelar conforme lo disponga la sentencia. Argumentó también la aseguradora Liberty Seguros S.A., que su obligación es condicional y dependerá del valor cuantificado de manera anual y no variable.

Frente a las excepciones, Liberty Seguros S.A., coadyuvó las excepciones propuestas por los apoderados de la parte demandada y los que fueron llamados en garantía.

ACTUACIÓN PROCESAL DE LA INSTANCIA

- La demanda fue presentada en la Oficina Judicial de Barranquilla el día 10 de septiembre de 2004, correspondiéndole por reparto al Despacho 01 de esta Corporación, quien, mediante auto de 14 de octubre de 2004, admitió la demanda, fijándose en lista desde el 21 de julio hasta el 03 de agosto de 2010.
- Mediante auto de 15 de agosto de 2014, se abrió el periodo probatorio.
- Mediante auto de 8 de septiembre de 2014, se adicionó y decretó prueba pericial a fin de que se hiciera valoración cotejada de la historia clínica con relación a la narración de los hechos.

- Mediante auto de 19 de febrero de 2021, publicado por estado electrónico el día 23 de febrero de 2021, se corrió traslado para alegar de conclusión por el término común de 10 días.

ALEGACIONES

La parte demandante alegó de conclusión reiterando los hechos y argumentos expuestos en su demanda.

CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO

El agente del Ministerio Público no rindió concepto dentro del presente proceso.

III.- CONTROL DE LEGALIDAD

El trámite procesal se adelantó con observancia de los preceptos de orden constitucional y legal sin que se advierta causal de nulidad que pueda invalidar lo actuado.

IV.- CONSIDERACIONES

COMPETENCIA

De conformidad con lo establecido en el artículo 132 del CCA, esta Corporación es competente para decidir en primera instancia el proceso de la referencia.

CUESTIÓN PREVIA- DECISIÓN DE EXCEPCIONES

CADUCIDAD

El apoderado judicial de la Organización Clínica General del Norte, formuló la excepción de caducidad, argumentando que las complicaciones médicas de la señora Adela Orellano de Ortiz, ocurrieron entre el 06 y 26 de agosto de 2002, y la demanda se presentó el 10 de septiembre de 2004, cuando ya había operado dicho fenómeno jurídico.

Al respecto es de indicar, que el artículo 136 del CCA, establece que la acción de reparación directa “caducará al vencimiento del plazo de dos (2) años, contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho, omisión u operación

administrativa o de ocurrida la ocupación temporal o permanente del inmueble de propiedad ajena por causa de trabajo público o por cualquiera otra causa.”

En el caso de autos, la señora Adela Orellano falleció el día 17 de septiembre de 2002, con ocasión a la presunta falla médica que se endilga, y la demanda se presentó el 10 de septiembre de 2004, esto es, dentro del término de los dos años que dispone la norma, razón por la cual no prospera esta excepción.

INEXISTENCIA DEL DERECHO – INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD- NO ACREDITACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD

Los apoderados judiciales de los demandados y llamados en garantía, formularon estas excepciones, argumentando que en el presente caso no se configuraron los elementos para declarar su responsabilidad patrimonial, sin embargo, las mismas no constituyen propiamente excepciones sino argumentos de defensa que se decidirán en esta sentencia.

PLANTEAMIENTO DEL CASO Y PROBLEMA JURÍDICO

Adela Orellano ingresó por urgencias a la Clínica General del Norte, al presentar dolores en el abdomen, presentando un quiste torcido de ovario, por lo que le realizaron una laparotomía y cistectomía parcial y procedieron a cerrar la herida. Durante la intervención, el ginecólogo encontró adherencias, pelvis congelada, con diagnóstico de endometriosis, requiriendo la asistencia del médico cirujano, terminando el procedimiento con resección del quiste. Días posteriores la paciente refiere dolor abdominal, se atiende con diagnóstico de gastritis severa, sin infección en la herida. 15 días después la paciente fue diagnosticada con peritonitis fecal, realizándosele diferentes lavados. La evolución de la paciente fue tórpida y presentó falla multisistémica que le produjo la muerte. Sostienen los demandantes que se debió realizar un procedimiento menos invasivo y que la peritonitis se debió a la impericia del médico tratante quien perforó el colon, además que la herida debió dejarse abierta. Los demandados sostienen que la paciente recibió todas las atenciones médicas, valorada por ginecólogo, gastroenterólogo, internista, intensivista, por lo que el servicio médico se prestó adecuadamente. ¿La prestación del servicio médico a la paciente no se prestó adecuadamente, bien porque no fue

oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso?

TESIS

La Sala sostendrá la tesis que en el presente caso, la parte actora no demostró que la actividad médica no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso.

MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

El artículo 90 de la Constitución Política de 1991, consagra que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

Se tiene entonces que, de conformidad con lo establecido en el precepto constitucional en cita, se erige como la cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado¹, la cual requiere dos elementos fundamentales para comprometer su responsabilidad, tales como: i) el daño antijurídico y ii) la imputación plena -fáctica y jurídica-.²

i) En cuanto al daño, este debe ser **antijurídico**, es decir, aquella lesión a un bien o interés jurídicamente tutelado que la persona no está en el deber jurídico de soportar; dicho daño tiene como características que sea cierto, presente o futuro, determinado o determinable, anormal y que se trate de una situación jurídicamente protegida; al respecto, el precedente constitucional ha precisado: “... *antijuridicidad del perjuicio no depende de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración sino de la no soportabilidad del daño por parte de la víctima. De otra lado, la concepción del daño antijurídico a partir de la consideración de que quien lo sufre no está obligado a soportarlo constituye otra forma de plantear el principio constitucional según el cual, la igualdad frente a las cargas públicas es sustento de la actividad de la administración pública*”³.

¹ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-864 de 2004.

² CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejero Ponente: Dra. Ruth Stella Correa Palacio, Radicación: 504222331000950196-01 (16.630).

³ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-254 de 2003.

De igual manera, el precedente jurisprudencial constitucional considera que el daño antijurídico tiene como fundamento los *“principios consagrados en la Constitución, tales como la solidaridad (Art. 1º) y la igualdad (Art. 13), y en la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, prevista por los artículos 2º y 58 de la Constitución”*.⁴

Queda claro entonces que es un concepto constante en la jurisprudencia contenciosa administrativa, que debe ser objeto de adecuación y actualización a la luz de los principios del Estado Social de Derecho, ya que como lo señala el precedente del Consejo de Estado un *“Estado Social de Derecho y solidario y respetuoso de la dignidad de la persona humana, no puede causar daños antijurídicos y no indemnizarlos”*⁵.

ii) En cuanto a la imputación plena, exige analizar dos niveles:

a) La imputación fáctica, la cual puede ser analizada a su vez desde dos campos: El primero comprende la conexión entre diversos elementos dentro del sistema o leyes de la naturaleza, denominada **causalidad material o física** en el plano óptico (hacer); y el segundo hace referencia a ingredientes normativos y sociales que permiten establecer cuando un resultado puede ser atribuido a alguien, denominado **causalidad hipotética o imputación** (no hacer) y, **b) La imputación jurídica,** la cual constituye el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y que se erige con fundamento en los regímenes de responsabilidad subjetivo -falla o falta del servicio- y objetivo -riesgo excepcional o daño especial-.⁶

De tal suerte, que a efectos de que sea declarada la responsabilidad patrimonial del Estado en un supuesto concreto, se hace necesario evidenciar: La existencia de una relación de causa - efecto entre un comportamiento que automáticamente generan un resultado (causalidad) o, la asignación de un resultado que pueden ser atribuido a alguien (imputación) -imputación fáctica-; así como la concurrencia de una serie de requisitos normativos de índole jurídico, que permitan determinar el

⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-832 de 2001, “La responsabilidad patrimonial del Estado en nuestro ordenamiento jurídico tiene como fundamento un principio de garantía integral del patrimonio de los ciudadanos”.

⁵ Sentencia de 9 de febrero de 1995. Exp.9550.

⁶ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, nueve (9) de mayo de dos mil once (2011), Radicación número: 54001-23-31-000-1994-08654-01(19976), “(...) la imputación jurídica, en la que se debe determinar: i) la atribución conforme a un deber jurídico (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada-; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal-; riesgo excepcional)”

fundamento del por qué debe responder un sujeto en razón a la producción de un daño -imputación jurídica-.

Es decir, que mientras el primer nivel de imputación (fáctica) hace referencia a la atribución de un resultado dañoso en cabeza de un determinado sujeto, el segundo nivel de imputación (jurídico) hace referencia al fundamento de porque ese sujeto se encuentra en la obligación de reparar el daño.

La imputación fáctica se concreta en: i) las acciones positivas desplegadas por los agentes estatales, que intervinieron en la producción causal del daño desde un punto de vista meramente naturalístico u ontológico (teorías de la relación de causalidad)⁷, o ii) como consecuencia de las omisiones derivadas del incumplimiento a los deberes consagrados en el ordenamiento jurídico cuando el omitente tenía el deber de evitar el resultado lesivo, poseyendo la acción y la capacidad para impedirlo (teorías de la imputación objetiva)⁸; mientras que la imputación subjetiva se refiere meramente a un nivel jurídico - valorativo sobre la cual se edificará el fundamento del porqué se debe responder.⁹

CASO CONCRETO

En el caso de autos, la parte demandante solicitó que se declarara administrativamente y extracontractualmente responsable al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacional de Colombia y a la Organización Clínica General del Norte, por la presunta falla médica que se incurrió en la atención de la señora Adela Orellano de Ortiz, que produjo su muerte, puntualmente, a causa de la impericia o faltas del juicio quirúrgico del médico cirujano que la atendió, sumado a ello, las bacterias adquiridas y conocidas como exclusiva de las salas quirúrgicas.

HECHOS PROBADOS

Ahora bien, a efecto de decidir el caso que nos ocupa, es necesario examinar los hechos probados de acuerdo a las pruebas aportadas en autos, no sin antes advertir

⁷ PALUDI, Osvaldo, "La relación de causalidad en la responsabilidad civil por el hecho propio", Buenos Aires, Ed. Astrea, 1976. **"II. Teorías jurídicas de la relación de causalidad."**

⁸ GIL BOTERO, Enrique, "Responsabilidad Extracontractual del Estado", Quinta Ed, Bogotá, Temis, 2011, Pág. 63 al 68.

⁹ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del veintiséis (26) de marzo de dos mil nueve (2009), Expediente 17.994.

que dentro del proceso obra copia auténtica de la historia clínica de la paciente, la cual en su gran mayoría resulta ilegible.

- La señora Adela Cristina Orellano de Ortiz, nació el 28 de octubre de 1951, y contrajo nupcias bajo el rito católico con el señor Alejandro Ortiz Geraldino, el 02 de mayo de 1970, de cuya unión nacieron Neira, Adelaida, Javier, María y Alexander Ortiz Orellano.

- La señora Adela Orellano de Ortiz se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, prestando sus servicios el Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

- El día 06 de agosto de 2002, la señora Adela Orellano ingresó al servicio de urgencias de la Organización Clínica General del Norte, cuyo motivo de consulta fue “dolor abdominal”, siendo atendida por el médico Juan José Castro Castro.

- En la valoración prequirúrgica, se consignó que la paciente se encontraba en estables condiciones generales, con abdomen peristales, doloroso a la palpación en hipogastrio, masa en este de 8 cms de diámetro.

- Ese mismo día, le fue practicada una laparotomía exploradora y cistectomía parcial, por el médico cirujano Andrés Molina, reportándose en los hallazgos y procedimientos, que se reseca capsula del quiste, sin embargo, debido a las adherencias y pelvis congeladas, fue necesaria la intervención del médico cirujano Jarib Álvarez.

- Luego de practicada la intervención, la paciente fue ingresada a piso, consignándose que “refiere sentirse bien, dolor en la herida QX, conciente (sic), orientada”.

- El día 07 de agosto de 2002, en la evolución médica se consignó que la paciente presenta una herida con vendaje limpio.

- El día 08 de agosto de 2002, en la referida evolución, se consignó que la paciente refería cefalea generalizada, consciente, agitada, hemodinamica estable, para lo cual se le suministró Dipirona.

- Ese mismo día, refirió la paciente “estar pasando bien, sin molestias”, con “abdomen plano, no doloroso a la palpación superficial, herida transversa hipostrio abierto sin signos de infección estable.”
- El día 08 de agosto de 2002, la paciente fue valorada por ginecología, diagnosticada con la patología de endometriosis.
- Ese mismo día a las 03:45 pm, fue nuevamente valorada, consignándose que “refiere cefalea en el día de hoy y de valoración occipital, manifiesta además antecedentes de migraña. (...) disminución de náuseas y vómitos, la cefalea no corresponde a cefalea por punción, sino a cefalea migrañosa, no se agudiza.” Finalmente, fue dada de alta.
- El día 12 de agosto de 2002, la paciente Adela Orellano nuevamente ingresó la Clínica General del Norte, por dolor abdominal, siendo valorada por el doctor Andrés Medina.
- En la evolución médica se informa al doctor Medina de los resultados de ecografía, que no muestra existencia patología, que se recomienda suministrar sulfato ferroso pero ante la gastritis severa que manifiesta la paciente, se ordena trasfundir 2 unidades de glóbulos rojos.
- El día 12 de agosto de 2002, la paciente fue valorada por gastroenterología, en el que se consignó que el “7º día post resección quiste de ovarios quien mediante el día de hoy refiere llenura, flatulencia, dolor como cólico generalizado, trae reporte de patología que muestra quiste endometrioso”
- El día 14 de agosto de 2002, le fue practicada a la paciente un Esofagastro duodenoscopia, consignándose respecto del estómago, que se exploró hasta el píloro fatiga mucosa fluidos valorado en retrovisión con mucosa normal, cuerpo valorado en visión directa con mucosa normal a nivel anterior en región meprilhica, se encuentra masa de aproximadamente 8 centímetros. Respecto al duodeno, bulbo y segunda porción duodenal normales, recomendándose manejo médico delicado.

- El día 15 de agosto de 2002, en la evolución médica se consignó que la paciente presente enfermedad ácido péptica más úlcera antral, sin soplos, pulmones claros, abdomen doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, peristalsis positiva, extremidades sin edema, evolución estable.
- Ese mismo día la paciente fue valorada por gastroenterología, consignándose que la paciente se encontraba estable, abdomen simétrico, sin fiebre, leve dolor abdominal, por lo que se decide darle salida.
- El día 19 de agosto de 2002, la paciente nuevamente ingresa a la Clínica General del Norte, con diarrea y dolor, presentando un cuadro de abundante líquidos y endurecimiento del lado superior.
- A las 9:49 pm, la paciente fue valorada por medicina interna- gastroenterología, en el que se consignó: “paciente femenina de 50 años de edad quien consulta por cuadro de deposiciones líquidas en N 6; asociado a leve dolor abdominal; no vómito, no náuseas, con leve dolor abdominal; con antecedentes patológicos de úlcera gástrica que le ocasionó HVA hace 10 días lo cual le causó descompensación hemodinámica requiriendo transfusiones sanguíneas con datos de HB:7,9”
- Nuevamente fue valorada ese mismo día, en el que se consignó que la paciente presenta antecedente de postquirúrgico de hace 1 mes por endometriosis y sangrado de tubo digestivo alto hace 10 días; quien al hallazgo físico presenta dolor abdominal expuesto a la palpación en mesogástrico con disminución de la peristalsis por lo cual “creemos se trata de proceso infeccioso intrabdominal por posibles colecciones relacionadas por causas relacionadas hace 1 mes + E.D.A posible causa funcional”. Razón por la cual se ordenó la hospitalización para observación.
- El día 21 de agosto de 2002, la paciente fue valorada en la UCI noche, en donde se consignó que presenta buena evolución postquirúrgica inmediata, estable, buena saturación de O₂, con gases compatibles con acidosis metabólica manejada con líquidos abundantes solamente y debido al absceso pélvico.

- El día 22 de agosto de 2002, la paciente fue ingresada a piso procedente de UCI con DX laparotomía exploratoria, apendicectomía, colostomía, la cual fue llevada a imagenología para ecografía vías biliares y hepáticas por hiperbilirrubina.
- El día 23 de agosto de 2002, la paciente fue valorada nuevamente, consignándose que se obtuvo “resultados de cultivo de líquido de cavidad abdominal preliminar. Se observa streptococo viridano sensible a penicilina y nanclocimicina”.
- El día 26 de agosto de 2002, se le evaluó a la paciente del POP de drenaje de absceso pélvico, resección de fístula mucosa, cierre de muñón distal y sepsis intrabdominal.
- El día 28 de agosto de 2002, la paciente nuevamente fue valorada por el doctor Álvarez, en donde se consigna que presenta sangrado moderado por el recto, con leve inflamación en abdominal, se trasfunde otra unidad de glóbulos rojos.
- El día 02 de septiembre de 2002, se hizo seguimiento a la evolución de la paciente en UCI con impresión diagnóstica de sepsis intrabdominal, POP laparotomía más lavado abdominal, insuficiencia respiratoria, lesión pulmonar aguda y ventilación mecánica, abdomen abierto valorado por cirugía general.
- El día 03 de septiembre de 2002, se le practicó RX tórax, encontrándose “silueta cardíaca magnificada en decúbito, disminución de transparencia basal izquierda, no hay neumotórax ni derrame pleural, cánula de intubación, catéter subclavio derecho. Proceso neumónico y/o atelectasia basal izquierda”
- El día 12 de septiembre de 2002, se le practicó nuevamente RX tórax, consignándose “infiltrados neumónicos bilaterales, espacios pleurales libres, silueta cardíaca magnificada, cánula de intubación, catéter subclavio derecho”
- El día 17 de septiembre de 2002, la señora Adela Orellano falleció, debido a una falla multisistémica.
- Mediante declaración del 21 de octubre de 2014, rendida ante esta Corporación por la señora Jacqueline Mercedes Garrido Mejía, manifestó:

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: ALEJANDRO ORTIZ GERALDINO Y OTROS
Demandado: FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA Y OTROS
Radicación: 08-001-23-33-701-2004-01831-00 ESCRITURAL

“Se le concede el uso de la palabra a la señora JACQUELINE MERCEDES GARRIDO MEJÍA, identificada con cédula de ciudadanía número 32.679.989 de Barranquilla, quien manifestó tener su domicilio en esta ciudad en la Carrera 52 # 100-105 Quintas de la Castellana Casa 7, y que es de estado civil casada, y de profesión Médico Ginecólogo.

Procede el testigo a hacer una narración de todo lo que sepa y le conste con relación a los hechos y causas que motivaron la demanda, a los que hace referencia así:

Un paciente que llegó por urgencias el día seis de agosto de dos mil dos, manifestando dolor abdominal, más específicamente región pélvica, fue valorada por el ginecólogo de turno quien solicita estudios incluyendo una ecografía transvaginal, que reporta un quiste de ovarios, de más o menos ocho (8) cms, y que por la clínica de la paciente daba para pensar en un quiste torcido de ovario, lo cual se convierte en una urgencia. El mismo día la paciente es llevada a cirugía por el ginecólogo de turno, Dr. ANDRES MOLINA, quien practica una laparotomía exploratoria, cirugía indicada en estos casos, encontrando según lo descrito un quiste endometriósico de ovario, el cual estaba ubicado por debajo del colon sigmoide, estando ante la presencia de una pelvis congelada por lo que solicitó la participación en el acto quirúrgico de cirujano de turno, Dr. JARIB ALVAREZ, lo cual efectivamente se dio y según lo descrito el Dr. ALVAREZ, tuvo que liberar fuertes adherencias que presentada el quiste al colon, y a otros órganos de la pelvis. La liberación fue tan difícil que no se pudo resecar todo el quiste por lo que parte de la cápsula del quiste quedó adherida al colon. El diagnóstico pos operatorio, concluye en endometrioma de ovario, pelvis congelada, hacen lavado y cierra a la paciente sin complicaciones. La paciente evoluciona satisfactoriamente y le dan de alta al segundo día posquirúrgico. Seis días después la paciente reingresa, manifestando dolor epigástrico, fue valorada por el Dr. ANDRES MOLINA, Ginecólogo, por el antecedente de la cirugía, solicitando estudios, como ecografía y exámenes de laboratorio, para verificar que todo estuviera bien, la ecografía fue normal y el hemograma no mostraba signos de infección pero llamaba la atención una hemoglobina de siete, por lo que se solicita valoración por gastroenterología, quien realiza una endoscopia y hace diagnóstico de gastritis aguda e inicia manejo médico, la paciente mejora y le dan de alta. La paciente reingresa nuevamente el diecinueve de agosto manifestando dolor, fiebre, por lo que es valorada por el cirujano general, quien considera un abdomen agudo, indican estudios y llevan a la paciente a cirugía, haciendo diagnóstico de peritonitis y perforación de colon. Realizando lavado exhaustivo de cavidad y practican colostomía más liberación de adherencias. La paciente queda hospitalizada en UCI, posterior a lo cual se le realizaron varios lavados quirúrgicos, presentando una evolución tórpida, la paciente realizó una neumonía, sepsis intrabdominal, falla multisistémica y fallece el 28 de agosto.

Se le concede el uso de la palabra a la apoderada de la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, quien cuestiona al declarante así:

PREGUNTADO: sírvase decir la declarante si la historia clínica de la paciente ADELA ORELLANO, se registra que meses antes de su ingreso a la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, que tuvo el 6 de agosto de 2002, se le había practicado histerectomía?

RESPONDE: Dentro de los antecedentes quirúrgicos de la paciente no se describía dicha cirugía.

PREGUNTADO: Según su relato inicial sírvase indicar al Despacho cuales fueron los hallazgos clínicos en la paciente ADELA ORELLANO durante el acto quirúrgico.

RESPONDE: Según la descripción quirúrgica encontraron un endometrioma (quiste endometrioso) el cual se encontraba adherido fuertemente al colon y una pelvis congelada.

PREGUNTADO: Sírvasse a decir la declarante si una paciente a la que le practican una histerectomía tiene alta, mediada o baja posibilidad de desarrollar adherencias y/o bridas y adicionalmente endometriosis, aclarándole al Despacho que son las adherencias y que es una endometriosis.

RESPONDE: las cirugías anteriores no producen endometriosis como tal, pero si pueden producir adherencias que pueden ir desde leves a severas, que se supone o se entiende que entre más cirugías más adherencias o bridas se pueden presentar, pero no necesariamente es así. Una paciente puede tener solo una cirugía anterior y tener un síndrome de adherencia severo, como hay otras que pueden tener tres o cuatro cirugías anteriores y no presentar adherencias, todo depende de cada paciente y la respuesta que su organismo de a la injuria de una cirugía.

Las adherencias en un síndrome que se presenta generalmente posterior a procesos quirúrgicos en donde un tejido se adhiere a otro y que en muchas ocasiones imposibilitan un acto quirúrgico (pelvis congelada). La endometriosis es una enfermedad que padecen algunas pacientes las cuales durante su menstruación, así como expulsan sangre sus genitales, parte de esa sangre cae a través de las trompas en cavidad, produce mucho dolor durante las menstruaciones, y con el tiempo va produciendo adherencias que pueden ir de leves a severas, igual o peor a como la puede producir una cirugía anterior. Con lo descrito aclaro que tanto las cirugías como la endometriosis pueden ser causantes de síndromes adherenciales severos que pueden llevar a una pelvis congelada.

PREGUNTADO: Según su respuesta anterior sírvase decir al Despacho si la paciente ADELA ORELLANO, presentaba adherencias, endometriosis y pelvis congelada.

RESPONDE: según lo escrito en la descripción quirúrgica la paciente presentaba endometriosis, endometrioma, síndrome adherencial y pelvis congelada.

PREGUNTADO: Explique al Despacho que es una pelvis congelada en un paciente de sexo femenino y que daños puede generar.

RESPONDE: la pelvis congelada es un síndrome adherencial severo en donde varios tejidos de la cavidad pélvica o abdominal se encuentran comprometidos, pegados un tejido al otro tejido, o una víscera a otra, lo que hace difícil realizar unas cirugías en estas pacientes con este tipo de patología, y en muchas ocasiones el cirujano decide no realizar ningún procedimiento previendo que puede lesionar los órganos vecinos al sitio de la patología, y se decide cerrar al paciente en muchas ocasiones sin hacer ningún procedimiento.

PREGUNTADO: Sírvasse decir al Despacho si la historia clínica de la paciente registra que mediante ecografía ordenada una vez ingresó por urgencias como resultado de la valoración que hizo el Dr. ANDRES MOLINA, y la sintomatología se confirmó que la paciente ADELA ORELLANO, tenía un quiste endometrioso de más o menos 8 cms de volumen.

RESPONDE: La ecografía confirma que tiene un quiste de 8 cms pero no concluye que sea endometrioso, por vía ecográfica no se puede concluir ese diagnóstico, en algunos casos se sugiere. Esta confirmación lo hace el cirujano durante el acto quirúrgico por la característica del contenido del quiste y lo confirma el reporte de patología.

PREGUNTADO: Sírvase decir al Despacho según su experiencia médica si el hecho que el Dr MOLINA llamara al DR. JARIB ALVAREZ, como especialista en cirugía para que le ayudara en la recesión del quiste indica un error médico o falta de pericia o si por el contrario era la conducta adecuada según lo que presentaba la paciente.

RESPONDE: según mi experiencia y los protocolos de la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, la conducta del Dr. MOLINA fue la correcta, porque él necesitaba en ese momento al cirujano general para que le ayudara a liberar las adherencias, puesto que el colon estaba comprometido y había una pelvis congelada. Mal hubiera hecho el haber realizado solo la cirugía.

PREGUNTADO: según sus conocimientos científicos indique al Despacho que hubiese sucedido medicamente si a la paciente ADELA ORELLANO, se le perfora el colon durante el acto quirúrgico.

RESPONDE: si en el acto quirúrgico hay perforación del colon el cirujano inmediatamente debe hacer una corrección del mismo y problemente la conducta posquirúrgica hubiese sido diferente en cuanto a que la paciente se hubiere quedado más días hospitalizada para vigilar su evolución.

PREGUNTADO: Explique al Despacho si es posible que una paciente a quien se le perfora el colon y hay salida de materia fecal que ingresa a cavidad abdominal, puede estar por más de 15 días sin presentar signos de irritación peritoneal y mucho menos sin desarrollar complicaciones severas y aumento de los leucocitos.

RESPONDE: No. En el evento que se hubiese dado perforación de colon con salida de materia fecal a la cavidad la paciente inicia con síntomas de irritación peritoneal en un lapso no mayor de 48 horas.

PREGUNTADO: Diga al Despacho si lo recuerda si cuando usted valora a un paciente encontró que presentaba abdomen quirúrgico y adicionalmente síntomas que obligaban a cualquier médico pensar en una posible perforación intestinal.

RESPONDE: En el momento de valorar a la paciente esta manifestaba síntomas más que todo de tipo gástrico y no tenía abdomen agudo para pensar en una perforación de colon, por lo que se manejó con gastroenterología quien siguió el manejo médico con la paciente.

PREGUNTADO: Describa al Despacho según los protocolos médicos cual es la sintomatología evidente en un paciente con perforación intestinal.

RESPONDE: dolor abdominal severo, distensión abdominal, fiebre, vómitos, taquicardia, dificultad para eliminar gases, y a veces el paciente no puede defecar, con deterioro de su estado general.

PREGUNTADO: explique al Despacho si la literatura médica indica que pacientes que han sido sometidas a una histerectomía y posteriormente a una cirugía para la extirpación de un quiste endometrioso con pelvis congelada puede presentar en forma espontánea perforación intestinal, en caso afirmativo nos amplíe los motivos por los cuales se puede dar una perforación espontánea.

RESPONDE: hay un síndrome que se conoce como ogilve en el cual algunas pacientes posterior a una cesárea o histerectomía hacen múltiples perforaciones en el colon, las cuales no son perceptibles en el acto quirúrgico

y que no corresponden a una mala conducta médica quirúrgica, sino que son espontáneas.

PREGUNTADO: Explique al Despacho si un quiste endometrioso sangrante que tiene un volumen de más de 8 cms se debe extirpar por laparoscopia dirigida o si por el contrario lo recomendable es por cirugía abierta.

RESPONDE: lo ideal en un quiste simple es hacerlo por laparoscopia. Entiendo que en esta paciente se hace un diagnóstico de torsión de quiste de ovario, con abdomen quirúrgico y que por este motivo la cirugía es abierta.

PREGUNTADO: según su experiencia médica considera usted que fue correcto por parte del Dr MOLINA y del Dr ALVAREZ, cuando decidieron no recesar la totalidad del quiste.

RESPONDE: cuando hay un quiste endometrioso lo ideal es sacar toda la cápsula del quiste, pero en algunos casos como el que nos ocupa, entiendo que ellos no pudieron disecar toda la capsula por estar ante una pelvis congelada y decidieron dejar parte del mismo para evitar daños a órganos vecinos.

PREGUNTADO: Explique al Despacho si en todos los casos en que se hace una cirugía como la que practicó el Dr ALVAREZ, se debe dejar el abdomen abierto o por el contrario se puede cerrar, cuando se ha evidenciado que no hay ninguna complicación.

RESPONDE: mientras no se evidencia ninguna complicación y el cirujano considere que todo está bien no hay necesidad de dejar el abdomen abierto, cuando ya hay evidencia de lesión o que posteriormente haya que hacer lavado quirúrgico generalmente el cirujano hace uso de la bolsa de Bogotá, y está indicando la paciente abierta.

Se le concede el uso de la palabra a la apoderada de ALLIANZ SEGUROS S.A., llamado en garantía, quien cuestiona al declarante así:

PREGUNTADO: Diga la declarante con base en el manejo que tuvo a su cargo de la paciente ADELA CRISTINA ORELLANO, conforme a lo registrado en la historia clínica como fue la calidad, oportunidad y pertinencia en el tratamiento médico brindado a la paciente en mención en la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE?

RESPONDE: Considero que la paciente fue atendida oportunamente brindándosele de forma rápida atención médica, estudios y cirugía en un lapso de menos de 4 horas en su primer ingreso, en los ingresos siguientes también se le brindó atención oportuna interdisciplinaria, ya que fue valorada por ginecólogo, cirujano general, gastroenterólogo y médicos de UCI. En cuanto a la calidad y pertinencia de igual forma fue una paciente que mantuvo el interés por parte de los cirujanos que la habían operado en primera instancia y quienes se apersonaron de su caso.

PREGUNTADO: Teniendo en cuenta el tratamiento brindado a la paciente sírvase indicar la declarante si era posible medicamente garantizar un resultado satisfactorio frente a las complicaciones presentadas en el organismo de la paciente ADELA CRISTINA ORELLANO?

RESPONDE: Toda intención de un tratamiento quirúrgico y/o médico es que nos lleve a un resultado satisfactorio con una paciente que egrese sana. En este caso a la paciente se le hizo todo lo posible para sacarla adelante, con

medicamentos indicados para su patología, pero la paciente tuvo una evolución tórpida y no se alcanzó lo esperado.”

- Mediante declaración del 21 de octubre de 2014, rendida ante esta Corporación por el señor Ruben Darío Camargo Rubio, manifestó:

“(…) Se le concede el uso de la palabra al señor RUBEN DARIO CAMARGO RUBIO identificado con cedula de ciudadanía numero 3.182.751 de Bogotá, quién manifestó tener su domicilio en esta ciudad en la Calle 68 No. 54-38 Apto 404, y que es de estado civil soltero, y de profesión Médico Internista-Intensivista.

Procede el testigo a hacer una narración de todo lo que sepa y le conste con relación a los hechos y causas que motivaron la demanda, a los que hace referencia así:

Realmente soy citado aquí para tratar de dar una información relacionada con un caso clínico que la relación que puedo tener en ese caso, es la atención que yo hubiese podido tener de la Sra. ADELA ORELLANO en la unidad de cuidados intensivos. Para eso solicito mirar la historia clínica de la paciente.

Se le concede el uso de la palabra a la apoderada de la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, quien cuestiona al declarante así:

PREGUNTADO: Teniendo en cuenta que usted valoró a la paciente en la unidad de cuidados intensivos de la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, sírvase decir al Despacho cual fue la evolución médica de la paciente ADELA ORELLANO desde el punto de vista físico, hemodinámico, diagnóstico, tratamiento.

RESPONDE: De acuerdo a la pregunta la relación de la paciente con la atención en cuidados intensivos de acuerdo al folio 24 de la H.C. se trató de una paciente que ingresó a la unidad con diagnóstico de sepsis abdominal procedente de quirófano, donde se le realizó una laparotomía más drenaje de hemoperitoneo. Ingresó con apoyo ventilatorio, líquidos y se inicia todo el soporte a órganos vitales, esa fue la situación por la cual ingresa a la unidad de cuidados intensivos. Durante su estancia en la unidad fue sometida a varios lavados quirúrgicos por su mismo cuadro de infección intrabdominal.

PREGUNTADO: Sírvase decir el declarante que es una sepsis abdominal y si sabe o le consta por que esta se originó en la paciente ADELA ORELLANO?

RESPONDE: La sepsis abdominal es una infección que se ocasiona en la cavidad peritoneal. Esta es secundaria a procesos locales como: tras locación bacteriana/o perforación intestinal. Puede ser ocasionada por un agente que no necesariamente esté dentro del abdomen, pero se asocia a gérmenes que tenemos en la flora intestinal.

PREGUNTADO: Sírvase explicar el declarante si la literatura médica indica que en un paciente puede presentarse en forma espontánea perforación intestinal, en caso afirmativo indique los casos en que esta puede darse.

RESPONDE: la perforación intestinal siempre será secundaria a algo, no obedece a una causa primaria intrínseca. Dentro de las entidades que pudiesen ocasionar están patologías clínicas como una salmonelosis o situaciones

quirúrgicas propias de patologías como endometriosis, un acto quirúrgico como tal.

PREGUNTADO: Diga el declarante que complicaciones puede generar en una paciente la aparición y desarrollo de adherencias y/o bridas y el desarrollo de endometriosis.

RESPONDE: la endometriosis es una patología en la cual el tejido endometrial que normalmente sale en la menstruación, en ocasiones puede de forma retrograda a través de las trompas de Falopio llegar hasta los ovarios y producir una siembra e este tejido que es de útero (endometrio) fuera de la cavidad uterina. Este es uno de los mecanismos que la literatura médica tiene para explicar por qué tejido endometrial (útero) se encuentra en otras partes del peritoneo. Ocasionando síntomas específicos en la mujer como dolor abdominal y cambios en las relaciones con la pareja.

Las bridas son adherencias que se forman en los tejidos del abdomen después de un proceso quirúrgico en donde la anatomía de los tejidos se pierde y estas adherencias se pueden unir a la mucosa de cualquier órgano intestinal (intestino delgado o grueso) y en un momento de manipulación generar una perforación.

PREGUNTADO: Explique al Despacho si es posible que una paciente a quien se le perfora el colon y hay salida de materia fecal que ingresa a cavidad abdominal, puede estar por más de 15 días sin presentar signos de irritación peritoneal y mucho menos sin desarrollar complicaciones severas y aumento de los leucocitos.

RESPONDE: la perforación de colon con salida de materia fecal es una situación de extrema urgencia por dolor abdominal intenso y por la presencia de materia fecal dentro del abdomen, lo que hace que una persona ante esta situación y no siendo atendida evolucionará en 48 – 72 horas hacia la muerte, o quizás menos dependiendo del estado previo de salud. Esto debido a que el abdomen es una cavidad totalmente aséptica.

PREGUNTADO: Diga al Despacho si sabe o le consta si en la IPS CLÍNICA GENERAL DEL NORTE existe un comité de infectología, en caso afirmativo cuales son las funciones y que especialistas lo conforman.

RESPONDE: si existe desde el año 1992, sus funciones es detectar infecciones asociadas a la salud, como catéteres, sondas vesicales, tubos orotraqueales y todas las infecciones relacionadas con el sitio operatorio. Las cuales se clasifican en limpias, limpias-contaminadas y sucias. Una perforación intestinal está dentro de las infecciones del sitio operatorio y se denominan sucias por la presencia de materia fecal previo al hacer la incisión quirúrgica, o sea la persona perforada ya está infectada.

Este comité lo componen la Dirección científica, Dirección Médica, bacteriología, infectología, farmacología y el grupo de vigilancia epidemiológica.

PREGUNTADO: Según lo que se observa en la historia clínica diga usted como fue la evolución de la paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, a su vez explique si sabe o le consta cual fue la causa probable de su fallecimiento.

RESPONDE: la evolución fue tórpida puesto que la sepsis abdominal severa que presentaba la paciente, requirió muchos lavados peritoneales que prolongaban la estancia que perpetuaban el uso de la ventilación mecánica y

entre más estancia y no solución de su problema de base en una unidad de cuidados intensivos del motivo del ingreso (sepsis abdominal, abdomen abierto) será imposible tener una adecuada evolución clínica. Por eso esta paciente evolucionó a shock séptico, falla multisistémica y muerte.

Se le concede el uso de la palabra a la apoderada de ALLIANZ SEGUROS S.A., llamada en garantía, quien cuestiona al declarante así:

PREGUNTADO: Diga la declarante con base en el manejo que tuvo a su cargo de la paciente ADELA CRISTINA ORELLANO, conforme a lo registrado en la historia clínica como fue la calidad, oportunidad y pertinencia en el tratamiento médico brindado a la paciente en mención en la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE?

RESPONDE: Se considera que la atención en la UCI se fundamentó en la razón de ser del cuidado intensivo que es el monitoreo de constantes vitales que son finalmente el cuidado que se realiza en el paciente. De este hecho lo pueden soportar las hojas de monitoreo de la ventilación mecánica en UCI, hojas estas que permiten controlar los parámetros para el manejo de dicho dispositivo y que permiten plantear una estubación. Como bien se logró en la paciente, pero al no tener controlado desde el punto de vista quirúrgico su motivo de ingreso y el proceso infeccioso la paciente requiere continuar con ventilación mecánica. Durante el soporte ventilatorio también existen evidencias de monitoreo de la sedación que se tuvo con la paciente para poder apoyarla durante su estancia en UCI, y esperar la corrección de su patología de base. Consta en la historia clínica además las evoluciones clínicas de UCI que informan día a día la situación de la paciente. Además se cuenta con un monitoreo de indicador de morbi-mortalidad entre los cuales están APACHE, el TIS, que siempre en la paciente se mantuvieron en cifras altas que orienta la evolución diaria que la paciente tenía y son pronóstico de morbi-mortalidad. Con lo anterior se soporta en la historia clínica que hubo monitoreo tanto de indicadores de morbi-mortalidad, ventilación mecánica y sedación. Oportunidad en la atención médica en relación a los requerimientos de los lavados quirúrgicos, estudios complementarios, laboratorios, interconsultas.

PREGUNTADO: Teniendo en cuenta el tratamiento brindado a la paciente sírvase indicar el declarante si era posible medicamente garantizar un resultado satisfactorio frente a las complicaciones presentadas en el organismo de la paciente ADELA CRISTINA ORELLANO?

RESPONDE: De acuerdo al tratamiento que recibió la paciente estuvo dirigido al germen causante de la peritonitis severa que requirió varios lavados quirúrgicos para lograr erradicar el germen ACINETOBACTE BAUMANNII que fue aislado dentro de la cavidad abdominal y que es procedente del umen intestinal. Recibiendo antibiótico que corresponde y en cuanto a los demás soportes son los que corresponden ante un paciente en el cual el tener el diagnóstico de sepsis ya está generando una mortalidad entre el 40 y 60%. Y si esta sepsis evoluciona a falla orgánica múltiple y shock séptico las probabilidades de sobrevivir disminuyen."

Análisis crítico de las pruebas frente al marco jurídico

En el punto de decidir el caso que nos ocupa, es menester tener en cuenta las pruebas aportadas dentro del proceso, para poder determinar si, conforme al marco

normativo y jurisprudencial, existe o no la existencia de un daño antijurídico, y si se le puede atribuir a las entidades demandadas.

De la responsabilidad estatal en el caso concreto

El Daño

En el presente asunto, la parte accionante estructura el daño en la presunta falla médica que se incurrió en la atención de la señora Adela Orellano de Ortiz, que produjo su muerte, puntualmente, a causa de la impericia o faltas del juicio quirúrgico del médico cirujano que la atendió, sumado a ello, las bacterias adquiridas y conocidas como exclusiva de las salas quirúrgicas.

Por consiguiente, considera la Sala que el daño, como primer elemento para estructurar la responsabilidad del Estado, se encuentra suficientemente acreditado, por lo que se debe analizar si el mismo es imputable a la entidad demandada.

Imputación Plena: Imputación Jurídica

A partir de esa causa *petendi*, la parte demandante estructuró su argumentación hacia la configuración de una falla del servicio, régimen que supone, para la prosperidad de las pretensiones de la demanda, tanto la acreditación del daño, como de los elementos constitutivos de la responsabilidad de la Administración.

La Sección Tercera del Consejo de Estado, ha señalado que la falla del servicio ha sido en el derecho colombiano el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda de que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual¹⁰.

También ha sostenido que el mandato que impone la Carta Política en el artículo 2º inciso 2º, consistente en que las autoridades de la República tienen el deber de proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades *“debe entenderse dentro de lo que*

¹⁰ Sentencias del 13 de julio de 1993, expediente No. 8163 y del 10 de marzo del 2011, expediente 17.738, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

*normalmente se le puede exigir a la administración en el cumplimiento de sus obligaciones o dentro de lo que razonablemente se espera que hubiese sido su actuación o intervención acorde con las circunstancias tales como disposición del personal, medios a su alcance, capacidad de maniobra etc., para atender eficazmente la prestación del servicio que en un momento dado se requiera*¹¹, así, las obligaciones que están a cargo del Estado –y por lo tanto la falla del servicio que constituye su trasgresión–, han de mirarse en concreto frente al caso particular que se juzga, teniendo en consideración las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo¹².

Se le exige al Estado la utilización adecuada de todos los medios de que está provisto, en orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de tales medios, surgirá su obligación resarcitoria; por el contrario, si el daño ocurre pese a su diligencia no podrá quedar comprometida su responsabilidad.

Ahora bien, la falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo. El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente ante la ciudadanía en prestar el servicio; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma diferente a como debe hacerse en condiciones normales, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan y la ineficiencia se da cuando la Administración presta el servicio pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal. Y obviamente se da la omisión o ausencia del mismo cuando la Administración, teniendo el deber legal de prestar el servicio, no actúa, no lo presta y queda desamparada la ciudadanía¹³.

Considera la Sala relevante destacar los fundamentos jurisprudenciales sobre los cual se erige la responsabilidad del Estado por los actos médicos, a efectos de determinar el régimen de responsabilidad en el caso bajo examen y las reglas probatorias aplicables en el presente asunto, veamos:

¹¹ Sentencia del 8 de abril de 1998, expediente No. 11837.

¹² Sentencia del 3 de febrero de 2000, expediente No. 14.787

¹³ Sentencia del 30 de noviembre de 2006, expediente No. 14.880.

Respecto al régimen de responsabilidad médica y la carga de la prueba, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero sentencia del trece (13) de noviembre de dos mil catorce (2014), Expediente: 050012331000199903218-01 (31182), precisó¹⁴:

"(...) Teniendo en consideración que el apelante alega que el presente asunto debe abordarse a partir del régimen de responsabilidad de "falla presunta", según el cual, la entidad prestadora del servicio de salud debe probar que actuó de manera adecuada y oportuna en la atención médica que dispensa a sus pacientes; la entidad demandada -clínica Las Américas- alega que el presente asunto concierne al régimen de responsabilidad de "falla probada", según el cual, el demandante debe probar la falta, el daño y el nexo causal frente al caso concreto; y por último, la sentencia de primer grado hace un análisis a partir de la "carga dinámica de la prueba", según la cual, dicha carga corresponde a la parte que se encuentre en mejores condiciones de hacerlo. La Sala considera pertinente, en primer lugar, dilucidar estos aspectos a la luz de la sentencia del 27 de marzo del 2014¹⁵ expedida por esta misma Sección, sobre las reglas aplicables en la actualidad en materia de responsabilidad médica, y en segundo lugar, pronunciarse respecto al problema jurídico planteado.

A. Las reglas probatorias aplicables en responsabilidad médica y su estado actual a la luz de la jurisprudencia de la Sección Tercera

7.1. El desarrollo inicial de la jurisprudencia estuvo orientado por el estudio de la responsabilidad estatal bajo un régimen subjetivo de falla probada del servicio. En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio¹⁶.

7.2. A partir del segundo semestre de 1992, la Sala acogió el criterio, ya esbozado en 1990¹⁷, según el cual los casos de responsabilidad por la prestación del servicio médico se juzgarían de manera general bajo un régimen subjetivo pero con presunción de falla en el servicio. En ese segundo momento jurisprudencial se consideró que el artículo 1604 del Código Civil¹⁸ debía ser aplicado también en relación con la responsabilidad extracontractual y, en consecuencia, la prueba de la diligencia y cuidado correspondía al demandado en los casos de responsabilidad médica¹⁹. Esta postura se fundamentó en la capacidad en que se encuentran los profesionales de la medicina, dado su "conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta", de satisfacer las inquietudes y cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos²⁰.

¹⁴ LEY 153 DE 1887, Artículo 10. Artículo subrogado por el artículo 4, de la Ley 169 de 1889, el nuevo texto es el siguiente: "Tres decisiones uniformes dadas por la Corte Suprema, como tribunal de casación, sobre un mismo punto de derecho, constituyen doctrina probable, y los jueces podrán aplicarla en casos análogos, lo cual no obsta para que la Corte varíe la doctrina en caso de que juzgue erróneas las decisiones anteriores." Ver sentencia c-836/2001.

¹⁵ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia del veintinueve (29) de julio del dos mil trece (2013), Rad. 31508, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

¹⁶ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, sentencia del trece (13) de septiembre de mil novecientos noventa y uno (1991), Rad. 6253, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; Sentencia del catorce (14) de febrero de mil novecientos noventa y dos (1992), Rad. 6477, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; Sentencia de veintiséis (26) de marzo de mil novecientos noventa y dos (1992), Rad. 6255, M.P. Julio César Uribe Acosta; Sentencia del veintiséis (26) de marzo de mil novecientos noventa y dos (1992), Rad. 6654, M.P. Daniel Suárez Hernández, entre otras.

¹⁷ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia del veinticuatro (24) de octubre de mil novecientos noventa (1990), Rad. 5902, C.P. Gustavo de Greiff Restrepo.

¹⁸ CÓDIGO CIVIL, "Artículo 1604. (...) La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito al que lo alega".

¹⁹ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia del veinticuatro (24) de agosto de mil novecientos noventa y dos (1992), Rad. 6754, M.P. Carlos Betancur Jaramillo.

²⁰ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia del treinta (30) de julio de mil novecientos noventa y dos (1992), Rad. 6897, M.P. Daniel Suárez Hernández.

7.3. Posteriormente, en una sentencia del año 2000, se cuestionó la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio y se postuló la teoría de la carga dinámica de las pruebas, según la cual el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia, pues no todos los debates sobre la prestación del servicio médico tienen implicaciones de carácter técnico o científico. En estos términos se pronunció la Sala:

*"No todos los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente tienen implicaciones técnicas y científicas. Habrá que valorar en cada caso, si estas se encuentran presentes o no. Así, habrá situaciones en las que, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva. Allí está, precisamente, la explicación del dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla del servicio presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio"*²¹

7.4. El abandono de la presunción de falla como régimen general de responsabilidad y la aceptación de la carga dinámica de la prueba, al demandar de la parte actora un esfuerzo probatorio significativo, exige la aplicación de criterios jurisprudenciales tendientes a morigerar dicha carga. Por ejemplo, frente a la relación de causalidad entre la falla y el daño antijurídico, se ha señalado que cuando resulte imposible esperar certeza o exactitud en esta materia, no solo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, el nexo de causalidad queda acreditado "cuando los elementos de juicio suministrados conducen a un grado suficiente de probabilidad"²², que permita tenerlo por establecido.

7.5. En ese sentido, también se han precisado ciertos criterios sobre la carga de la prueba en los casos de responsabilidad médica: **(i) por regla general, al demandante le corresponde probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los que resulte "excesivamente difícil o prácticamente imposible" hacerlo; (ii) de igual manera, corresponde al actor aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los casos en los cuales "resulte muy difícil –si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar"; (iii) en la apreciación de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa efectiva del daño; (iv) la valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas con alteraciones en su salud; (v) el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio**²³.

7.6. Finalmente, en 2006 se abandonó definitivamente la presunción de falla en el servicio para volver al régimen general de falla probada²⁴. Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, **el daño, la actividad médica y el nexo causal entre**

²¹ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia del diez (10) de febrero del dos mil (2000), Rad. 11878. M.P: Alier Hernández Enríquez. Esta línea se reiteró, entre otras, en Sentencia del siete (7) de diciembre de dos mil cuatro (2004), Rad. 14421, M.P: Alier Hernández Enríquez; Sentencia del once (11) de mayo del dos mil seis (2006), Rad. 14400, M.P: Ramiro Saavedra Becerra.

²² CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia de tres (3) de mayo de mil novecientos noventa y nueve (1999), Rad. 11169, M.P: Ricardo Hoyos Duque. Se dijo en esa oportunidad que si bien no existía certeza "en el sentido de que la paraplejía sufrida (...) haya tenido por causa la práctica de la biopsia", debía tenerse en cuenta que "aunque la menor presentaba problemas sensitivos en sus extremidades inferiores antes de ingresar al Instituto de Cancerología, se movilizaba por sí misma y que después de dicha intervención no volvió a caminar", de manera que existía una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la institución.

²³ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia del veintiocho (28) de abril de dos mil cinco (2005), Rad. 14786, M.P: Ruth Stella Correa Palacio.

²⁴ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia del treinta y uno (31) de agosto de dos mil seis (2006), Rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia de 30 de noviembre de 2006, rad. 15201- 25063, M.P. Alier Hernández Enríquez; Sentencia del treinta (30) de julio de dos mil ocho (2008), Rad. 15726, M.P: Myriam Guerrero de Escobar. El consejero Enrique Gil Botero aclaró el voto en el sentido de señalar que no debe plantearse de forma definitiva el abandono de la aplicación del régimen de falla presunta del servicio.

esta y aquel²⁵, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria:

"De manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño. Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente. La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el álea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa. En efecto, no debe perderse de vista que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre los médicos y sus pacientes, hace a veces más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio. (...) La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimiento técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes"²⁶.

7.7. Por lo anterior, la actividad médica capaz de comprometer la responsabilidad de la administración es la falla probada; sin embargo, no solamente se estructura la responsabilidad cuando se contrarían los postulados de la *lex artis* o, esto es, por funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico, **sino también cuando la actividad que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar objetivamente a que ello ocurra.**²⁷

7.8. Así las cosas, como esta Subsección lo recordó en sentencia del 29 de julio del 2013²⁸, en relación con la carga de la prueba tanto de la falla del servicio como del nexo causal, se ha dicho que corresponde exclusivamente al demandante, pero dicha exigencia se

²⁵ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia del treinta y uno (31) de agosto del dos mil seis (2006), Rad. 15772, M.P: Ruth Stella Correa Palacio; Sentencia del treinta (30) de julio del dos mil ocho (2008), Rad. 15726, M.P: Myriam Guerrero de Escobar; Sentencia del veintiuno (21) de febrero del dos mil once (2011), Rad. 19125, M.P: (E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras.

²⁶ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia del treinta y uno (31) de agosto de dos mil seis (2006), Rad. 15772, M.P: Ruth Stella Correa Palacio; Sentencia del veintiocho (28) de septiembre de dos mil doce (2012), Rad. 22424, M.P: Stella Conto Díaz del Castillo.

²⁷ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Sentencia de veintinueve (29) de agosto de dos mil trece (2013), Exp. 30283, M.P: Danilo Rojas Betancourth. En esta oportunidad, la Subsección señaló que "la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar". Un criterio similar se utilizó en la sentencia del veintiocho (28) de septiembre de dos mil doce (2012), Rad. 22424, M.P: Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: "la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente "pertusis" de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba"

²⁸ CONSEJO DE ESTADO, Sentencia del veintinueve (29) de julio del dos mil trece (2013), Rad. 20157, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

atenúa mediante la aceptación de la prueba indirecta de estos elementos de la responsabilidad a través de indicios. En palabras de la Sala²⁹:

"La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la *lex artis* y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo (subrayado no original).

La prueba de la relación causal entre la intervención médica y el daño sufrido por el paciente reviste un grado de complejidad a veces considerable, no sólo por tratarse de un dato empírico producido durante una práctica científica o técnica, comúnmente ajena a los conocimientos del propio paciente, sino porque, además, por lo regular, no queda huella de esa prestación, diferente al registro que el médico o el personal paramédico consigne en la historia clínica, la que, además, permanece bajo el control de la misma entidad que prestó el servicio³⁰.

Las dificultades a las que se enfrenta el afectado cuando pretende acreditar el nexo causal, no han sido soslayadas por la jurisprudencia; por el contrario, para resolver los casos concretos, en los cuales no se cuente con el dictamen serio y bien fundamentado de un experto, que establezca o niegue esa relación, se ha buscado apoyo en las reglas de prueba desarrolladas por la doctrina nacional y foránea.

Así, se ha acudido a reglas como *res ipsa loquitur*, desarrollada en el derecho anglosajón; o de la culpa virtual elaborada por la doctrina francesa, o la versión alemana e italiana de la prueba *prima facie* o probabilidad estadística³¹, que tienen como referente común el deducir la relación causal y/o la culpa en la prestación del servicio médico a partir de la verificación del daño y de la aplicación de una regla de experiencia, conforme a la cual existe nexo causal entre un evento dañoso y una prestación médica cuando, según las reglas de la experiencia (científica, objetiva, estadística), dicho daño, por su anormalidad o excepcionalidad, sólo puede explicarse por la conducta negligente del médico y no cuando dicha negligencia pueda ser una entre varias posibilidades, como la reacción orgánica frente al procedimiento suministrado o, inclusive, el comportamiento culposo de la propia víctima.

Cabe destacar que la aplicación de esas reglas probatorias, basadas en reglas de experiencia guardan armonía con el criterio adoptado por la Sala en relación con la teoría de la causalidad adecuada o causa normalmente generadora del resultado, conforme a la cual, de todos los hechos que anteceden la producción de un daño sólo tiene relevancia aquel que, según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata³². La elección de esa teoría se ha hecho por considerar insatisfactoria la aplicación de otras, en particular, la de la equivalencia de las condiciones, según la cual basta con que la culpa de una persona haya sido uno de los antecedentes del daño para que dicha persona sea responsable de él, sin importar que entre la conducta culposa y el daño hubieran mediado otros acontecimientos numerosos y de gran entidad.

En varias providencias proferidas por la Sala se consideró que cuando fuera imposible demostrar con certeza o exactitud la existencia del nexo causal, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que probaran dicha relación, el juez podía "contentarse con la probabilidad de su existencia"³³, es decir, que la relación de causalidad quedaba probada cuando los elementos de juicio que obraran en el expediente

²⁹ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia del veintidós (22) de marzo de dos mil doce (2012), Rad. 23132, M.P: Ruth Stella Correa Palacio, citada por la sentencia del veintinueve (29) de julio del dos mil trece (2013), Rad. 20157, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

³⁰ Sobre el tema, ver por ejemplo, Ricardo de Angel Yagüez. Responsabilidad Civil por actos médicos. Problemas de pruebas. Ed. Civitas S.A., Madrid, 1999, pág. 111".

³¹ Sobre el tema: Andrés Domínguez Luelmo. Derecho sanitario y responsabilidad médica. Valladolid, Ed. Lex Nova, 2ª.ed. 2007".

³² Sobre el tema ver, por ejemplo, Ricardo de Ángel Yagüez. Responsabilidad Civil por actos médicos. Problemas de pruebas. Civitas, 1ª. ed., 1999, pág. 112"

³³ Cfr. Ricardo de Ángel Yagüez. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño), Ed. Civitas S.A., Madrid, 1995, p. 42".

conducían a “un grado suficiente de probabilidad”³⁴, que permitían tenerla por establecida.

De manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar responsabilidad a la entidad que presta el servicio, sino que esta es una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal puede ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios³⁵. Así la Sala ha acogido el criterio según el cual para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, los indicios se erigen en la prueba por excelencia, dada la dificultad que en la mayoría de los casos se presenta de obtener la prueba directa. Indicios para cuya construcción resulta de utilidad la aplicación de reglas de la experiencia de carácter científico, objetivo o estadístico, debidamente documentadas y controvertidas dentro del proceso.”

En sentencia más reciente el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Consejero Ponente: Alberto Montaña Plata, en sentencia del diez (10) de abril de dos mil diecinueve (2019), Radicación: 25000-23-26-000-2005-01794-01 (40916), se refirió a la responsabilidad médica estatal en los siguientes términos:

“2.3.1 De la responsabilidad patrimonial por daños en la prestación del servicio médico

35. Esta Corporación 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 artis³⁶. Al respecto, la jurisprudencia ha precisado que³⁷:

“Es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso³⁸. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance”³⁹

36. Así, en materia de responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, la imputación del daño se hace, por regla general, desde la perspectiva

³⁴ Ibídem, págs. 77. La Sala acogió este criterio al resolver la demanda formulada contra el Instituto Nacional de Cancerología con el objeto de obtener la reparación de los perjuicios causados con la práctica de una biopsia. Se dijo en esa oportunidad que si bien no existía certeza “en el sentido de que la paraplejia sufrida...haya tenido por causa la práctica de la biopsia”, debía tenerse en cuenta que “aunque la menor presentaba problemas sensitivos en sus extremidades inferiores antes de ingresar al Instituto de Cancerología, se movilizaba por sí misma y que después de dicha intervención no volvió a caminar”. Por lo cual existía una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la misma. Ver sentencia de 3 de mayo de 1999, exp. 11169, C.P. Ricardo Hoyos Duque”.

³⁵ Ver, por ejemplo, sentencias de 14 de julio de 2005, rad. 15276 y 15332, [M.P. Ruth Stella Correa Palacio]”.

³⁶ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del once (11) de mayo de dos mil seis (2006), Exp. 14400.

³⁷ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia del veintisiete (27) de abril de dos mil once (2011), Exp. 20315.

³⁸ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del veinticinco (25) de febrero de dos mil nueve (2009), Radicación No. 52001233100019950793301, Expediente No. 17149.

³⁹ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del once (11) de febrero de dos mil nueve (2009), Radicación No. 54001-23-31-000-1993-08025-01(14726).

de una prestación de medios y no de resultados, ya que su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso.

37. Esto significa que, para que la administración pueda ser declarada responsable de los daños ocasionados por el ejercicio de la actividad médica hospitalaria, el demandante tiene la carga de demostrar que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, salvo en lo relativo a los deberes que tienen que ver directamente con el servicio y cuyo cumplimiento depende enteramente del prestador, al margen de la condición y evolución de la salud del paciente, como los relativos al acto médico documental y, en especial, al consentimiento informado, y al suministro de la información necesaria para que el paciente propenda por su autocuidado, caso en el que corresponde al servicio médico demandado demostrar su cumplimiento.

38. En relación con el nexo de causalidad que debe existir entre la atención médica y el daño, en circunstancias en las que la prueba de esta relación fuera una exigencia demasiado alta para los demandantes se han admitido 3 posturas: una, referente a la carga dinámica de la prueba⁴⁰; posteriormente, se habló de la inversión de la carga de la prueba⁴¹, con fundamento en que la prueba resulta imposible para la víctima, quien se encontraba inconsciente y, para sus familiares que no estaban presentes en el procedimiento, aunado al hecho que se trataba de demostrar actividades de contenido técnico y científico; en un tercer momento, se determinó que la prueba corresponde al demandante, pero que dicha carga puede atenuarse mediante la aceptación de la prueba indiciaria que debe ser estudiada en conjunto con la conducta de las partes⁴².

39. Así, la jurisprudencia reciente ha considerado que el nexo causal puede demostrarse por vía indirecta, es decir, a través de indicios, sin que se trate de una excepción al deber que le asiste a la parte demandante de acreditar lo que, tradicionalmente se ha denominado como el nexo de causalidad que debe existir entre la atención médica y el daño para que se estructure la responsabilidad de la Administración.⁴³

De conformidad con la línea jurisprudencial arriba transcrita, se tiene que en materia de responsabilidad medica estatal, la aplicación del criterio de la carga probatoria de los elementos de la responsabilidad no ha sido pacífica, pues esta ha ido cambiando al pasar los años, así: i) en un primer estadio histórico se concibió este tipo de responsabilidad por falla probada (1991 - 1992); ii) luego en un segundo periodo se ventiló la responsabilidad por la falla presunta (1992 - 2000); iii) en un tercer estadio se observó la responsabilidad aplicando el principio de la carga dinámica de la prueba (2000 - 2013); iv) posteriormente se retomó la teoría de la falla probada, sin embargo se le empezó a dar aplicación a la teoría de la

⁴⁰ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del diez (10) de febrero de dos mil (2000), Exp. 11878. – hoy consagrada normativamente en el inciso segundo del artículo 167 del Código General del Proceso.

⁴¹ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del quince (15) de agosto de dos mil dos (2002), Exp. 11605.

⁴² CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del trece (13) de noviembre del dos mil catorce (2014), Exp. 31182 y Exp. 33140 A del primero (1º) de mayo del dos mil dieciséis (2016).

⁴³ *Ibidem*.

"probabilidad suficiente" para acreditar los elementos de la responsabilidad (2013 a la fecha), precisando que para la aplicación de dicha tesis se deberá dar aplicación a reglas de la experiencia de carácter científico, objetivo o estadístico, de conformidad con las pruebas allegadas al proceso.

Quiere decir lo anterior, que como regla general el régimen de responsabilidad aplicable en los casos de responsabilidad médica es la falla del servicio, radicando la carga en cabeza del demandante; es decir, que este tipo de juicios se ventila bajo la tesis de la "falla probada del servicio" con aplicación de la teoría de la "probabilidad suficiente"; sin embargo, debe aclararse que este criterio de asignación probatoria puede variar dependiendo de cada caso en particular.

Imputación material

De acuerdo a las pruebas aportadas en el expediente, se puede colegir que la señora Adela Orellano de Ortiz, el día 06 de agosto de 2002, ingresó a urgencias de la Clínica General del Norte, con un dolor abdominal, el cual, luego de los exámenes prequirúrgico, se determinó que presentaba un quiste torcido de ovario, con una dimensión de 8 centímetros, razón por la cual fue necesaria practicarle una laparotomía y cistectomía parcial ese mismo día, encontrando el médico ginecólogo Andrés Medina, adherencias y pelvis congelada, por lo que tuvo que llamar al médico cirujano Jarib Álvarez para su resección, concluyendo el procedimiento en resecar la cápsula del quiste y cerrar la herida.

En el posquirúrgico, la señora Adela Orellano, al ser valorada clínicamente, se determinó que se encontraba con abdomen plano, no doloroso a la palpación superficial, sin signos de infección, sin embargo de acuerdo a la valoración por ginecología, la paciente presentaba endometriosis.

Ese mismo día la paciente presentó cefalea, pero en la posterior valoración refirió mejorías, por lo que fue dada de alta.

Posteriormente, seis (06) días después de practicada la intervención quirúrgica, la paciente nuevamente ingresó a la clínica por presentar dolor abdominal, siendo valorada por el ginecólogo Andrés Medina, quien luego de ordenar la práctica de

unos exámenes, ordenó trasfundir dos (02) unidades de glóbulos rojos, concluyendo además que los síntomas de la paciente se referían a gastritis severa.

El día 12 de agosto de 2002, la paciente fue remitida al gastroenterólogo quien consignó las mismas conclusiones anteriores, POP resección quiste de ovarios y quiste endometrioso.

Ante las diferentes valoraciones, el 14 de agosto de 2002, le fue practicada a la paciente un Esofagastro duodenoscopia, en donde se exploró el estómago y duodeno, presentado mucosa y duodeno normal.

El día 19 de agosto de 2002, la paciente nuevamente ingresa a la Clínica General del Norte, con diarrea y dolor, presentando un cuadro de abundante líquidos y endurecimiento del lado superior, siendo valorada por medicina interna-gastroenterología, en el que se consignó: “paciente femenina de 50 años de edad quien consulta por cuadro de deposiciones líquidas en N 6; asociado a leve dolor abdominal; no vómito, no náuseas, con leve dolor abdominal; con antecedentes patológicos de úlcera gástrica que le ocasionó HVDA hace 10 días lo cual le causó descompensación hemodinámica requiriendo transfusiones sanguíneas con datos de HB:7,9”

Nuevamente fue valorada ese mismo día, en el que se consignó que la paciente presenta antecedente de postquirúrgico de hace 1 mes por endometriosis y sangrado de tubo digestivo alto hace 10 días; quien al hallazgo físico presenta dolor abdominal expuesto a la palpación en mesogástrico con disminución de la peristalsis por lo cual “creemos se trata de proceso infeccioso intrabdominal por posibles colecciones relacionadas por causas relacionadas hace 1 mes + E.D.A posible causa funcional”, razón por la cual se ordenó la hospitalización para observación.

Posteriormente la paciente fue valorada nuevamente, consignándose que se obtuvo “resultados de cultivo de líquido de cavidad abdominal preliminar. Se observa streptococo viridans sensible a penicilina y nandomicina”, y el 26 de agosto de 2002, se evaluó del POP de drenaje de absceso pélvico, resección de fístula mucosa, cierre de muñón distal y sepsis intrabdominal.

El día 28 de agosto de 2002, la paciente nuevamente fue valorada por el doctor Álvarez, en donde se consigna que presenta sangrado moderado por el recto, con leve inflamación en abdominal, y ordenó la transfusión de otra unidad de glóbulos rojos.

El día 02 de septiembre de 2002, se hizo seguimiento a la evolución de la paciente en UCI con impresión diagnóstica de sepsis intrabdominal, POP laparotomía más lavado abdominal, insuficiencia respiratoria, lesión pulmonar aguda y ventilación mecánica, abdomen abierto valorado por cirugía general.

Finalmente, el día 17 de septiembre de 2002, la señora Adela Orellano de Ortiz falleció debido a la evolución tórpida por falla multisistémica o multiorgánica.

Sostienen los demandantes que la muerte de la señora Adela Orellano fue producto de la impericia de los médicos tratantes al: i) que la patología presentada por la paciente se podía tratar por procedimientos menos invasivos; ii) que los médicos produjeron una lesión en el colon, produciéndose su perforación y en consecuencia una peritonitis fecal y que además cerraron la herida, cuando se debía dejar abierta; iii) que se hicieron unos lavados, produciendo que la infección se extendiera y, iv) la presencia de colección líquida, sumada a las bacterias adquiridas.

Conforme quedó consignado en la imputación jurídica, para atribuirle responsabilidad a la administración por fallas en la atención médica, “es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso⁴⁴. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance”

En el caso de autos, la parte actora se limitó a realizar las afirmaciones arriba mencionadas, para endilgar la responsabilidad a los demandados por el fallecimiento de la señora Adela Orellano de Ortiz, sin aportar ningún medio de convicción para demostrar su dicho.

⁴⁴ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del veinticinco (25) de febrero de dos mil nueve (2009), Radicación No. 52001233100019950793301, Expediente No. 17149.

Por el contrario, de acuerdo a la declaración rendida por la médico ginecóloga se descarta la posibilidad que en evento de haber perforación del colon y haya salida de materia fecal pueda estar un paciente con más de 15 días sin presentar signos de irritación, pues este se presenta en un lapso no mayor de 48 horas.

Sostiene además la especialista, que en atención que la paciente tiene un diagnóstico de torsión de quiste de ovario con abdomen quirúrgico motivó a realizar la cirugía abierta “mientras no se evidencia ninguna complicación y el cirujano considere que todo está bien no hay necesidad de dejar el abdomen abierto, cuando ya hay evidencia de lesión o que posteriormente haya que hacer lavado quirúrgico generalmente el cirujano hace uso de la bolsa de Bogotá, y está indicando la paciente abierta.”

En cuanto a la calidad, oportunidad y pertinencia en el tratamiento, sostuvo la galena: “Considero que la paciente fue atendida oportunamente brindándosele de forma rápida atención médica, estudios y cirugía en un lapso de menos de 4 horas en su primer ingreso, en los ingresos siguientes también se le brindó atención oportuna interdisciplinaria, ya que fue valorada por ginecólogo, cirujano general, gastroenterólogo y médicos de UCI. En cuanto a la calidad y pertinencia de igual forma fue una paciente que mantuvo el interés por parte de los cirujanos que la habían operado en primera instancia y quienes se apersonaron de su caso.”

De igual manera, el médico internista intensivista que atendió a la señora Orellano en la Sala de UCI, fue contundente al afirmar que “la perforación de colon con salida de materia fecal es una situación de extrema urgencia por dolor abdominal intenso y por la presencia de materia fecal dentro del abdomen, lo que hace que una persona ante esta situación y no siendo atendida evolucionará en 48 – 72 horas hacia la muerte, o quizás menos dependiendo del estado previo de salud. Esto debido a que el abdomen es una cavidad totalmente aséptica”

En relación a la causa probable del fallecimiento de la señora Orellano de Ortiz, sostuvo que se debió a “la evolución fue tórpida puesto que la sepsis abdominal severa que presentaba la paciente, requirió muchos lavados peritoneales que prolongaban la estancia que perpetuaban el uso de la ventilación mecánica y entre

más estancia y no solución de su problema de base en una unidad de cuidados intensivos del motivo del ingreso”

Finalmente, sostuvo que “de acuerdo al tratamiento que recibió la paciente estuvo dirigido al germen causante de la peritonitis severa que requirió varios lavados quirúrgicos para lograr erradicar el germen ACINETOBACTE BAUMANNII que fue aislado dentro de la cavidad abdominal y que es procedente del umen intestinal. Recibiendo antibiótico que corresponde y en cuanto a los demás soportes son los que corresponden ante un paciente en el cual el tener el diagnóstico de sepsis ya esta generando una mortalidad entre el 40 y 60%. Y si esta sepsis evoluciona a falla orgánica múltiple y shock séptico las probabilidades de sobrevivir disminuyen.”

Conforme a lo anterior, para la Sala la parte actora no demostró que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica, razón por la cual habrá que negar las pretensiones de la demanda.

COSTAS

La Sala se abstendrá de condenar en costas a la parte demandante, habida cuenta que no se evidencia temeridad, ni mala fe de las partes, de conformidad con lo reglado en el artículo 171 del C.C.A., modificado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998.

En mérito de lo expuesto, el **TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL ATLÁNTICO-SECCIÓN C**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

V.- FALLA

PRIMERO: DECLARAR no probada la excepción de caducidad, formulada por la parte demandada, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: NIEGUÉNSE las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en esta providencia.

TERCERO: Sin condena en costas.

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: ALEJANDRO ORTIZ GERALDINO Y OTROS
Demandado: FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA Y OTROS
Radicación: 08-001-23-33-701-2004-01831-00 ESCRITURAL

CUARTO: Notifíquese personalmente el presente fallo a la Procuraduría Judicial Delegada ante este Tribunal.

QUINTO: Ejecutoriada la presente providencia, ARCHIVAR el expediente previas las anotaciones del caso.

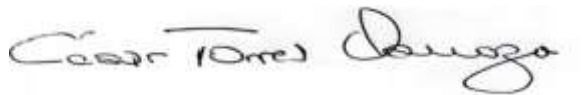
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Constancia: el proyecto de esta providencia fue estudiado y decidido en sesión de la fecha.

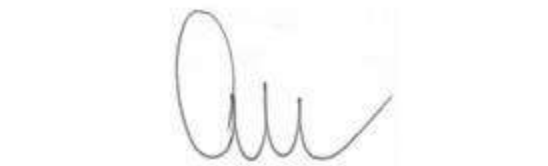
LOS MAGISTRADOS,



JAVIER EDUARDO BORNACELLY CAMPBELL



CÉSAR AUGUSTO TORRES ORMAZA



JORGE ELIÉCER FANDIÑO GALLO