

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

Bogotá, D.C, veintiocho (28) de octubre de dos mil veintidós (2022)

Expediente	110013336035201800167 00
Medio de control	Reparación Directa
Demandante	Berta Matilde Botero de Martínez y otros
Demandada	Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional

SENTENCIA

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

1. ANTECEDENTES

1.1. LA DEMANDA

Mediante apoderado judicial, los señores Berta Matilde Botero de Martínez, Paola Andrea Martínez Botero, Raúl Ignacio Martínez Botero y María Fernanda Martínez Botero, presentaron demanda de reparación directa en contra de la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad, con el fin de que fueran declaradas administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios causados por la muerte de Raúl Arturo Martínez Garnica.

1.2. PRETENSIONES

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

"PRIMERA: Se declare a la "NACION-MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICIA NACIONAL"; responsable civil, administrativa y patrimonialmente responsable de los perjuicios materiales, inmateriales, morales, fisiológicos, vida en relación y demás, que se ocasionaron a los actores con la muerte del Especialista Primero (Pensionado) RAUL ARTURO MARTINEZ GARNICA, ocurrida el 28 de octubre de 2017 a las 05:45 horas, luego de afrontar quebrantos de salud ocasionados por fallas en la atención médica y quirúrgica que le fue brindada en las instalaciones del Hospital Central de la Policía Nacional.

SEGUNDA: Que como consecuencia de la anterior declaración contra la NACIÓN MINISTERIO DE DEFENSA- POLICIA NACIONAL, se proceda a indemnizar integralmente los perjuicios generados a mis representados señores BERTA MATILDE BOTERO DE MARTINEZ, PAOLA ANDREA MARTINEZ BOTERO, RAUL IGNACIO MARTINEZ BOTERO, y MARIA FERNANDA MARTINEZ BOTERO, cónyuge supérstite e hijos biológicos del extinto Especialista Primero (Pensionado) RAUL ARTURO MARTINEZ GARNICA, todos los daños y

perjuicios: materiales, a la vida de relación y morales ocasionados a todos ellos, como consecuencia del deceso del causante ocurrida el 28 de octubre de 2017 a las 05:45 horas, luego de afrontar quebrantos de salud ocasionados por fallas en la atención médica y quirúrgica que le fue brindada en las instalaciones del Hospital Central de la Policía Nacional.

B. CONDENAS

Como consecuencia de la anterior declaración, solicito en forma respetuosa al señor Juez, se sirva:

1º. Condenar a la NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA, a indemnizar y pagar a los aquí demandantes, los daños y perjuicios materiales, morales subjetivos y de vida de relación a que haya lugar, ocasionados como consecuencia del deceso del causante ocurrida el 28 de octubre de 2017 a las 05:45 horas, luego de afrontar quebrantos de salud ocasionados por fallas en la atención médica y quirúrgica que le fue brindada en las instalaciones del Hospital Central de la Policía Nacional, conforme se expondrá en los hechos, teniendo en cuenta las siguientes o similares pautas o factores.

(...)

Teniendo en cuenta esta disposición legal y jurisprudencial en relación con los perjuicios morales de mis poderdantes por la muerte del Especialista Primero (Pensionado) RAUL ARTURO MARTINEZ GARNICA, se tiene:

*BERTA MATILDE BOTERO DE MARTINEZ 100 SMLMV.
PAOLA ANDREA MARTINEZ BOTERO 100 SMLMV.
RAUL IGNACIO MARTINEZ BOTERO 100 SMLMV.
MARIA FERNANDA MARTINEZ BOTERO. 100 SMLMV.*

(...)

1.2. - PERJUICIOS A LA VIDA DE RELACION

Se solicitan para la cónyuge supérstite y sus hijos:

*BERTA MATILDE BOTERO DE MARTINEZ 100 SMLMV.
PAOLA ANDREA MARTINEZ BOTERO 100 SMLMV.
RAUL IGNACIO MARTINEZ BOTERO 100 SMLMV.
MARIA FERNANDA MARTINEZ BOTERO. 100 SMLMV.*

(...)

1.3. - PERJUICIOS MATERIALES

*SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE PERJUICIO MATERIAL CAUSADOS Y FUTUROS
\$76.026.620,00*

TERCERO: Que se dé cabal cumplimiento a la sentencia condenatoria en los términos establecidos en los artículos 189 y 192 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo

CUARTO: Que se condene en costas del proceso a "LA NACION-MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-POLICIA NACIONAL".

QUINTO: Que se me reconozca personería en calidad de apoderado judicial de la parte demandante. (...)"

1.3. FUNDAMENTO FÁCTICO

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

- Mediante la Resolución No. 08692 del 17 de agosto de 1994 el señor Especialista Primero Raúl Arturo Martínez Garnica le fue reconocida por parte de la Policía Nacional pensión de jubilación.
- Que dada la calidad de pensionado la atención en salud la asumió la Policía Nacional.
- El 26 de octubre de 2017 a las 9:44 horas ingresó a las instalaciones del Hospital Central de la Policía Nacional para la realización del procedimiento de prostatectomía laparoscópica.
- A las 12:19 horas el profesional de medicina en la especialidad de Urología consignó la siguiente nota operatoria:

“PROCEDIMIENTO: PROSTATECTOMIA POR LAPAROSCOPIA (ALDA)

CIRUJANO: DR. OTERO

AYUDANTE: DRA PEREZ.

HALLAZGOS: PROSTATA PARA 80GR. SANGRADO INTRAOPERATORIO 300CC POR FALTA DE VISUALIZACION INTRAOPERATORIA POR FALLA DE LA CAMARA Y LA TORRE SE REQUIERE (sic) AMPLIAR INSICION SUPRAPUBICA, IDENTIFICANDO RESTOS DE PROSTATA QUE SE EXTRAEN SIN COMPLICACIONES SE (sic) ABUNDANTES COAGULOS EN VEJIGA LOS CUALES SE EXTRAEN, SE REALIZA CISTORRAFIA EN 2 PLANOS PREVIO PASO DE Sonda VESICAL CONFIRMANDO CIERRE HERMETICO DE LA MISMA AL INICIAR CISTOIRRIGACION. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES SE INDICA HOSPITALIZAR POR UROLOGIA”

- A las 4:34 p.m. el señor Raúl Arturo Martínez Garnica ingresó a piso en buen estado general sin signos de irritación peritoneal y sin deterioro neurológico.
- El 27 de octubre de 2017 a las 12:41 a.m. el médico general Rodolfo Alberto Briceño Díaz advirtió la presencia del episodio convulsivo, rigidez generalizada, alteración en el estado de conciencia, siendo valorado inmediatamente por el médico internista quien consideró que *"el paciente presenta alta probabilidad de ACV posible hemorrágico, ordenando traslado para la Unidad de Cuidados Intensivos"*.
- A las 2:52 horas el paciente fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente su estado de salud se fue deteriorando, siendo entubado por presentar inestabilidad hemodinámica, hipertensión arterial severa e hipotensión arterial con sospecha de sangrado intraabdominal.
- A las 03:28 horas el urólogo Sergio Nicolas Rubiano Vanegas encontró al paciente en condiciones normales ordenando vigilancia clínica estricta; luego a las 06:45 horas la uróloga Andrea Estrada Guerrero evidenció que la herida quirúrgica se encontraba en buen estado sin signos de infección ni sangrado.
- A las 10:55 horas el médico anestesiólogo William Rodríguez Díaz indicó que el paciente debía ser trasladado inmediatamente a la sala de cirugías en virtud del criterio del médico tratante.
- A las 2:51 pm la uróloga y médico cirujana Andrea Estrada Guerrero evidenció los siguientes hallazgos en la sala de cirugía:

“EDEMA IMPORTANTE DE TEJIDOS BLANDOS, ERITEMA EN PIEL, EDEMA DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, FASCIAS VITALES, NO EFICEMA NI NECROSIS, LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD PERITONEAL, DEHISCENCIA HACIA EXTREMO IZQUIERDO DE LA CAPSULOTOMIA, COAGULOS EN CELDA PROSTÁTICA APROXIMADAMENTE 50 CC. VEJIGA Y CARA POSTERIOR DE LA CAPSULA INTEGRAS, MEATOS URETERERALES, EYACULANDO ORINA CLARA AL INICIO Y FINAL DEL PROCEDIMIENTO PRUEBA AZUL DE ETILENO, NEGATIVA TRAS LA CISTOSTOMIA. SANGRADO DIGESTIVO ALTO, EMESIS EN CUNCHO DE CAFÉ.”

- El 28 de octubre de 2022 el médico anestesiólogo William Gutiérrez Lombana efectuó la valoración del paciente en los siguientes términos:

"(...) PTE QUE DURANTE LA NOLCHE (sic) PERMANECE ESTABLE CON SOPORTE VASOPRESOR ALTO CON SIGNOS DE HIPOPERFUSION SITEMICA SE LOGRA PASAR BICARBONATO POR ACIDOSI (sic) METABOLICA SEVERA SE RESERVA GRE CON HB DE 11- A LAS 4 AM PRESENTA GRAN INESTABILIDAD HEMODINAMICA QUE RESPONDE PARCIAlMnTE A CRISTALOIDES Y AUMENTO DE VASOPERSOR – CONTINUA CON DETERIORO PROGRESIVO Y SE ORDENA PASARA 2 U DE GRE POR BAJA E HB DE 11 A 9 – SE NOTA DISTENSION ABDOMINAL SIN APARENTE SANGRADO EXTERNO SE CONTINUA AUMENTO PROGRESIVO DE VASOPRESORES HASTA QUE A LAS 05:15 AM HACE PARO CARDIACO SE INICIA RCCP AVANZADA POR 30 MINUTOS – SIN RESPUESTA A MANEJO MEDICO Y FALLECE A LAS 05:45 AM – SE INFORMARA A LA FAMILIA. (...)"

- El 28 de octubre de 2022 a las 5:45 am el paciente fallece.

1.4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DEMANDA

La parte demandante principalmente invoca como fundamento jurídico de sus pretensiones los artículos 1, 2, 4, 5, 6, 13, 21, 25, 29, 42, 53, 83, 90, 121, 122, 123, 124, 125, 129, 209, 211, 218, 222 y 278 numeral 1 y demás normas complementarias y concordantes a la Constitución Política; en concordancia con los artículos 1, 3, 103, 104, 140, 179 a 186 y 187 a 195 del CPACA.

A su vez, expuso que la causa del deceso del señor Raúl Arturo Martínez Garnica tuvo origen en la cirugía prostatectomía laparoscópica realizada el 26 de octubre de 2022 toda vez que la cámara al presentar fallas los médico tratantes se vieron en la necesidad de ampliar la incisión suprapúbica y posteriormente el paciente empezó a presentar patologías de tipo cerebrovascular y con signos y síntomas de infección que conllevó a que fuera nuevamente intervenido. En la segunda intervención fueron evidenciados, entre otros hallazgos, la dehiscencia hacia extremo izquierdo de la capsulotomía; por tal razón debido al rompimiento de la sutura en el punto se hizo la prostatectomía laparoscópica que conllevó a la gangrena por grave infección intra abdominal.

Hizo énfasis en que en la segunda intervención realizada el 27 de octubre de 2017 la uróloga y la médica cirujana, Andrea Estrada Guerrero, observó i) edema importante de tejidos blandos; ii) eritema en piel; iii) edema de tejido celular subcutáneo; iv) fascias vitales; iv) líquido libre en cavidad peritoneal; v) dehiscencia hacia extremo izquierdo de la capsulotomía; vi) coágulos en celda prostática aproximadamente de 50 C.C.; vii) sangrado digestivo alto; y viii) emesis en cuncho de café; y que todas estas situaciones constituyeron las complicaciones de la prostatectomía laparoscópica debido a que derivó una grave infección intraabdominal conllevando a su inestabilidad hemodinámica.

Tales circunstancias las considera como la causa de la muerte del paciente que derivan en una falla del servicio médico.

1.5. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El apoderado judicial de la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional dio contestación a la demanda y puso en entredicho la gran mayoría de los hechos. Se opuso rotundamente a las pretensiones, porque la atención médica brindada al paciente Raúl Arturo Martínez Garnica desde el ingreso al servicio del Hospital Central de la Policía Nacional fue el adecuado, de acuerdo al diagnóstico realizado por los médicos tratantes.

En esa medida, tras hacer un recuento de la historia clínica, señaló que el 26 de octubre de 2017 el paciente ingreso para prostatectomía laparoscópica – ALDA –, pero que dicho procedimiento fue convertido en cirugía abierta por falla en equipo realizándose sin

complicaciones. Que posteriormente fue hospitalizado, pero al presentar deterioro en su estado hemodinámico fue trasladado a UCI, y al día siguiente le fue diagnosticada hiponatremia dilucional, por lo cual fue intervenido nuevamente. En tal intervención fue advertida dehiscencia hacia el extremo izquierdo de la cápsula prostática, motivo por el cual fue realizada rafia de cápsula más cistografía, sin evidenciarse enfisema ni necrosis. No obstante, encontraron edema de tejido blandos y de tejido celular subcutáneo libre en cavidad peritoneal con sangrado digestivo alto y emesis en cuncho de café; y que nuevamente fue ingresado a UCI. Finalmente, el 28 de octubre del mismo año a las 5:15 a.m. presentó paro cardíaco por lo que fueron realizadas maniobras de reanimación avanzada durante 30 minutos, declarándose su fallecimiento a las 5:45 a.m.

En ese orden de ideas, explicó que la causa de la muerte del paciente fue por hiponatremia, y que tal evento presentado por el paciente es una complicación del procedimiento por concurrir factores predisponentes como el tiempo quirúrgico empleado, la edad del paciente y el peso de la próstata. Indicó que el tiempo quirúrgico fue de 90 minutos, con peso de próstata de 80 gramos, edad de paciente 73 años, y que la literatura médica determina que la hiponatremia tiene una tasa de mortalidad del 0.8 al 1% de los casos.

Así las cosas, reiteró que la hiponatremia constituye una complicación prevista en la literatura médica cuya complejidad se incrementó por las comorbilidades del paciente, razón por la cual estas circunstancias no constituyen una falla del servicio médico. Por consiguiente, pidió la negación de las pretensiones de la demanda.

1.6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.6.1. Parte Accionante

El apoderado judicial de la parte demandante reiteró los argumentos de la demanda.

1.6.2. Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección Sanidad

El apoderado judicial de la Policía Nacional reiteró los planteamientos expuestos en la contestación de la demanda.

1.6.3. Ministerio Público

No emitió concepto.

2. CONSIDERACIONES

2.1. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo¹, en adelante CPACA, consagra un criterio mixto para establecer los litigios que debe conocer la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. De un lado, fijó el criterio material, disponiendo que son de conocimiento de esta jurisdicción las controversias originadas en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones sujetos al derecho administrativo y particulares cuando ejerzan funciones administrativas, es decir, aquellos que se causen por el ejercicio de dicha función; y de otro, un criterio orgánico, según el

¹ CPACA artículo 104

La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas, o los particulares cuando ejerzan función administrativa. Igualmente conocerá de los siguientes procesos:

1. Los relativos a la responsabilidad extracontractual de cualquier entidad pública, cualquiera que sea el régimen aplicable [...]

cual basta la presencia de una entidad sujeta al derecho administrativo para que el proceso sea tramitado ante esta jurisdicción.

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

Este Juzgado es competente para conocer el presente asunto de acuerdo con el artículo 155 del CPACA², que dispone que los juzgados administrativos son competentes en los casos de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de las entidades públicas, cuando la cuantía no exceda de 500 SMLMV.

2.2. TRÁMITE RELEVANTE DEL PROCESO

- La demanda fue presentada el 22 de mayo de 2018, y mediante auto de 1 de agosto de 2018 fue admitida³.
- La demandada Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional contestó demanda en tiempo⁴.
- El 23 de julio de 2020 se celebró la audiencia inicial⁵; en dicha audiencia se evacuaron los tópicos de saneamiento del proceso, fijación de litigio y decreto de pruebas.
- El 18 de febrero de 2020⁶ en audiencia de pruebas se surtió la contradicción del dictamen pericial rendido por el médico Rubén Darío Angulo González. Enseguida, fue cerrado el debate probatorio, concediéndose el término respectivo para presentar los alegatos de conclusión.
- Vencido el término de los alegatos de conclusión, el expediente fue ingresado el 11 de octubre de 2021 al Despacho para proferir sentencia.

2.3. PROBLEMA JURÍDICO

Conforme a lo establecido en la audiencia inicial, el Despacho resolverá si la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad es administrativa y patrimonialmente responsable por falla en la atención médica brindada al señor Raúl Arturo Martínez Garnica, lo que conllevó a su muerte.

2.4. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIA APLICABLE AL CASO

2.4.1. De la responsabilidad extracontractual del Estado

El artículo 90⁷ de la C.P, constituye la cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano, de acuerdo con el cual se acogió la teoría del daño antijurídico; entendiéndolo no como *“aquel que es producto de una actividad ilícita del Estado, sino como el*

2 "Artículo 155. Competencia de los jueces administrativos en única instancia 6. De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía no exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes..."

³ Folio 138 del Cuaderno 1

⁴ Folios 143 – 173 del Cuaderno 1

⁵ Folios 298 – 301 del Cuaderno 1 incluido 1 DVD – R contentivo de la audiencia inicial del 23 de julio de 2020

⁶ Documentos Digitales 13 y 14 de expediente digital

⁷ El artículo 90: El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que les sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales años, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste"

*perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo*⁸; siempre y cuando exista título de imputación, por acción u omisión a una autoridad pública⁹.

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

2.4.2. Del daño y sus presupuestos

El daño es entendido como *"la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrido por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja"*¹⁰. Este concepto señala dos situaciones, la primera consiste en que el daño es la lesión del derecho ajeno; y la segunda, que el daño conlleva o genera una merma patrimonial, haciendo referencia a sus consecuencias negativas o adversas.

Sobre los elementos del daño, el Consejo de Estado¹¹ ha indicado que éste existe, en la medida que cumpla varias características; una de ellas es que sea cierto e incuestionable; así mismo debe ser personal, en atención a que el que lo haya sufrido sea el que manifieste interés en su reparación, y subsistente, en tanto no haya sido reparado.

2.4.3. De la imputación fáctica y jurídica del daño

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

La imputación fáctica o material del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima.

En la actualidad, la imputación fáctica del daño se construye habitualmente desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada del mismo; teoría por medio de la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada, o si por el contrario dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o el azar.

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

(....) "2. Aunque en el tema de definir si determinado daño puede imputarse a una autoridad pública, estudiado como el elemento "relación de causalidad", cuando el perjuicio ha sido producto de causas concurrentes, no pueden señalarse reglas absolutas, ni desecharse el peso que tiene en el punto la valoración subjetiva del juzgador, sí estima la sala que sobre él pueden establecerse las siguientes pautas generales:

a. No puede determinarse, como única causa de un daño, aquella que corresponde al último suceso ocurrido en el tiempo. Este criterio simple, que opone la causa inmediata a la causa remota, implicaría, en últimas, confundir la causalidad jurídica con la causalidad física y no tomar en cuenta hechos u omisiones que, si bien no son la última causa del daño sí contribuyeron a determinar su producción.

A objeto de diferenciar las causas físicas de las jurídicas, el profesor Soler, enseña:

⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-333/96. Magistrado Ponente. Alejandro Martínez Caballero.

⁹ Ibidem: "Son dos las condiciones indispensables para la procedencia de la declaración de la responsabilidad patrimonial con cargo del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del año a alguna de ellas."

¹⁰ Fernando Hinestroza Forero. Derecho Civil obligaciones. Pág. 538

¹¹ Entre otras: Sentencia 14 de marzo del 2012. Rad. 21859 C.P. Enrique Gil Botero. Sentencia 1 de julio del 2015. Rad. 30385 C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

"Así, no debe sorprendernos que la solución jurídica concreta de tal cuestión se detenga, a veces, en un punto determinado, situado más acá de donde iría el examen físico de una serie causal, y se desinterese de causas anteriores. Otras veces, en cambio, va más allá de la verdadera causación física y hace surgir responsabilidad de una relación causal hipotética, basada precisamente en la omisión de una causa." (Soler, citado por Ricardo Luis Lorenzetti, en la obra *De la Responsabilidad Civil de los médicos*, Rubinzal, Culzoni, editores, 1.986, pag. 257.)

b. Tampoco puede considerarse que todos los antecedentes del daño son jurídicamente causas del mismo, como se propone en la teoría de la equivalencia de condiciones, o de la causalidad ocasional expuesta por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 17 de septiembre de 1.935, según la cual "en estos casos si la persona culpable se hubiera conducido correctamente, el perjuicio no habría ocurrido", a la cual se refiere también un salvamento de voto del Dr. Antonio J. de Irisarri del 8 de octubre de 1986 (exp. 4587), en el cual se expresa que "con fines simplemente analíticos, para verificar esa relación de causa a efecto, puede examinarse qué ocurriría o habría ocurrido, si el suceso - causa no se hubiera dado. Si la respuesta es en el sentido de que el efecto no habría sucedido, ha de admitirse que aquél sí constituye causa de éste, porque justamente para que el efecto se dé en la realidad, tiene que ocurrir aquél. En la hipótesis contraria no existiría esa relación de causalidad."

Tal posición llevaría a que en el clásico ejemplo citado por José Melich, el sastre que retrasa por negligencia la entrega de un abrigo de viaje, tendría que responder por el accidente ferroviario que sufrió su cliente que debió por tal motivo aplazar su viaje. Como lo señala el doctor Javier Tamayo Jaramillo, "deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito." Lorenzetti puntualiza aquí:

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

c. Tal concepción debe entonces complementarse en el sentido de considerar como causas jurídicas del daño, sólo aquellas que normalmente contribuyen a su producción, desechando las que simplemente pueden considerarse como condiciones." (...).¹² (Se subraya)

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

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

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

Es del caso precisar que el tema relacionado con la responsabilidad médica ha sido dinámico; sin embargo, luego de un largo trasiego con diferentes criterios, se ha vuelto a la dirección clásica de falla probada, lo que implica que, para poder declarar la responsabilidad de la Administración, la parte actora tiene el deber de acreditar, además del daño, la falla en el acto médico y el nexo causal. Así lo ha sostenido el Consejo de Estado:

"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño"¹³.

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de septiembre once de mil novecientos noventa y siete; Consejero ponente: Carlos Betancur Jaramillo; Radicación número: 11764; Actor: Olimpo Arias Cedeño y otros; Demandado: La Nación- Ministerio de Obras, Intra y Distrito Especial de Bogotá.

¹³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101.

2.5. CASO CONCRETO

Tomando en cuenta el marco normativo y jurisprudencial reseñado, que señala que la responsabilidad médica, en casos como el que nos ocupa, debe analizarse bajo el régimen de la falla probada, procede el Despacho a verificar si se encuentra acreditada la existencia del daño alegado, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, de tal modo que resulte atribuibles a las entidades demandadas.

2.5.1. Hechos probados

De acuerdo con las pruebas allegadas al proceso, resultan probados los siguientes hechos relevantes¹⁴ relacionados con la atención médica brindada al paciente:

Fecha	Descripción Evento
15-08-2017	El paciente consulta por la especialidad de Urología, Dr. Andrés Arturo García Guerrero. Se registra que <i>"asiste a control de próstata, refiere adecuada fuerza y calibre del chorro urinario, no hematuria, no incomodidad en calidad de vida. Hace dos años PSA de 17N/ML con dos sets de biopsias de próstata negativas para malignidad. Valorado por urólogo externo (David Duarte) el día de ayer quien le realizó examen físico según refiere por ahora no desea nuevo tacto rectal"</i> estableciéndose como diagnóstico hiperplasia de la próstata. Como plan de manejo ordenó uroanálisis, creatinina y PSA y ECO vías urinarias. Asimismo, fue ordenado control posterior con paraclínicos y recomendaciones cambios hábitos alimentarios. ¹⁵
30-09-2017	El paciente ingresa por servicio de urgencias siendo atendido por medicina general, Álvaro Enrique Fábregas Escorcia. Motivo: <i>"obstrucción urinaria resuelta con cateterismo vesical"</i> , estableciéndose como diagnostico el de hiperplasia de la próstata. El mismo día se dio salida con orden de prostatectomía transvesical por laparoscopia ¹⁶ .
11-10-2017	En consulta externa por la especialidad de anestesiología, Stella Milena Bermudez Bermúdez, realizó valoración preanestésica para prostatectomía transvesical. Análisis y plan: paciente ASA II, clase funcional IB/IV con procedimiento de riesgo bajo, predictores clínicos de riesgo cardiovascular menores. Nota médica: <i>"explicó técnica anestésica y posibles complicaciones, aclaro dudas, entrego consentimiento informado para leer y firmar"</i> . ¹⁷
26-10-2017	Dr. Fabio Ernesto Otero Andrade realiza cirugía de prostatectomía por laparoscopia – ALDA – de la que se hacen los siguientes registros: <i>"próstata para 80 gr. Sangrado intraoperatorio 300 C.C. por falta de visualización intraoperatoria por falla de la cámara y la torre se requiere ampliar incisión suprapúbica, identificando restos de próstata que se extraen sin complicaciones se (sic) abundantes coágulos en vejiga los cuales se extraen, se realiza cistografía en 2 planos previo paso de sonda vesical confirmando cierre hermético de la misma al iniciar cistoirrigación. Se realiza procedimiento sin complicaciones."</i> ¹⁸ Como plan de manejo fue ordenada hospitalización y cistoirrigación continua.
26-10-2017	A las 9:44 a.m. fue valorado por medicina general, Dra. María Cristina Niño, encontrando <i>"actualmente paciente ingresa a piso en buen estado general, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, con signos vitales controlados, sin deterioro respiratorio con cistoirrigación funcional, paciente con derechos al 8 piso, por no disponibilidad de cama, se recibe en cuarto piso, se explica a los familiares y paciente conducta a seguir el cual dicen entender y aceptar, estaremos atentos al llamado para cama"</i> . ¹⁹ Con registro de ingreso a piso en la habitación 405B. Entre otras ordenes, fueron prescritos cuidados del POP, terapia respiratoria, control de seguimiento de signos vitales y seguimiento por el servicio de urología ²⁰ .
	A las 12:41:21 a.m. el médico de medicina general, Rodolfo Alberto Briceño Díaz, atendió el llamado de enfermería, porque el paciente presentaba episodio de rigidez generalizada con seguimiento de movimientos anormales

¹⁴ Folios 115 - 295 del Cuaderno 1

¹⁵ Ver folio 185 del Cuaderno 1

¹⁶ Ver folio y vuelto folio 187 del Cuaderno 1

¹⁷ Ver folio y vuelto folio 188 del Cuaderno 1

¹⁸ Ver folio 190 del Cuaderno 1

¹⁹ Ver folio 191 del Cuaderno 1

²⁰Folio 191 del Cuaderno 1

27-10-2017	con una duración de 5 minutos. Nota médica registra: "E/ Se valora con Dr. Cárdenas Med. Internista de turno quien considera paciente cursa alta probabilidad de ¿ACV posible hemorrágico?". Es trasladado inmediatamente para el área de reanimación urgencias, y posterior monitorización en UCI. Asimismo, fue ordenado TAC de Cráneo con carácter urgente ²¹ .
27-10-2017	A las 2:40 a.m. obra nota de reanimación noche, "paciente masculino de 73 años de edad que ingresa a las salas de reanimación y trasladado de pisos por cuadro de hemiparesia izquierdo asociado a AFASIASUBITA y pérdida de la fuerza muscular. Ingresa al servicio de urgencias con TA d 225/12 FC 85 FR 22 SA90% FIO2 AL 21%. Se valora por parte de médico internista de turno, quien ordena toma de TAC Cráneo simple de urgencias para descartar posible ECV en cursos vs. AIT. Se revisa imágenes sin evidencia de sangrado agudo. Sin embargo, persiste deterioro neurológico. Se inicia infusión con Labetalolo 0,5 Mg/Kg/Min con posterior hipotensión masiva, incremento deterioro de patrón respiratorio. Se decide manejo vía área con TOT previa relajación con midazolam y sedación fentanil, procedimiento realizado por médico internista de turno y sin complicaciones se sugiere valoración inmediata por servicio tratante para determinar posible sangrado POP dado que se toma ECO Portatil evidenciado liquido libre en cavidad abdominal por PROSTATECTOMIA. Se evidencia POAREA (sic) POP ERITEMATOSA con calor local por lo que además sugiere alta sospecha de fascitis posquirúrgica. Además se inicia impregnación con fenitoína dado episodios tonicoclónicos generalizados presentados durante proceso de intubación OT. A espera de valoración por Urología para llevarlos a Salas y Exploración de sitio quirúrgico ²² ".
27-10-2017	A las 2:50 a.m. fue valorado por la médica de UCI, Martha Eugenia Quintana Zamora, por diagnóstico de hiperplasia de la próstata, y pop inmediato de prostatectomía abierto; asimismo, obra seguimiento de deterioro del estado de conciencia al parecer con focalización y con Glasgow 8/15, intubación por medicina interna con palidez mucocutánea EA severa, inestabilidad hemodinámica inicialmente por hipertensión arterial severa y posterior hipotensión arterial con mínima dosis de labetalol (0.45 mg). Obra nota médica de reanimación con cristaloideos con episodios de convulsiones tónico clónicas y sospecha de sangrado abdominal y fue realizado eco fast positivo con gasometría con evidencia severa de acidosis metabólica, lactato elevado, motivos por los cuales fue ordenado manejo en UCI cama 11. ²³
27-10-2017	A las 3:28 a.m. en valoración de urología, Sergio Nicolás Rubiano Vanegas, con seguimiento de diagnósticos considerando posible cuadro de hiponatremia dilucional, en el momento manejado con norepinefrina A1 MCG/kg/MIN, con acoplamiento a ventilador, sonda uretral funcional con drenación de orina clara con goteo lento. Fue realizado cambio de irrigación por solución normal, bolo 20 MG IV de Furosemia y reanimación hídrica con solución de salida normal ordenándose vigilancia clínica estricta ²⁴ .
27-10-2017	A las 3:34 a.m. valorado por medicina general, Dr. Magwill Tatiana Tang Velásquez ²⁵ , quien comentó con especialidad de urología por síndrome clínico compatible con hiponatremia dilucional. Se estableció como diagnóstico hiponatremia severa dilucional, síndrome convulsivo, hematuria secundaria pop de prostatectomía, choque hipovolémico vs. choque neurogénico, hemorragia post – operatorio de prostatectomía ¿coagulopatía? Plan de manejo: fue ordenado cabecera a 45 grados, SSN 0.9% 80 CC/ Horas, ventilación mecánica, norepinefrina 0.5 mcg/kg/min, fenitoína post bolo continuar 125 mg cada 8 horas, fentanyl 50 mcg/horas, s/s electrolitos de control en 4 horas, s/s toma de PVC cada 2 horas, s/s gases arteriales 7 am, s/s hemograma, pruebas de función renal, pendiente reporte rx tórax, pendiente reporte de TAC cráneo simple, seguimiento con medicina interna y urología, control de signos vitales. Obra nota médica "SE DEJA PACIENTE EN REANIMACIÓN ESTABLE HEMO DINÁMICAMENTE AC A MEDICO REANIMACIÓN". Enseguida, fue corregida la orden médica de midazolam – fentanyl por quedar mal ordenada siendo prescrita como "midazolam 15 mg inyetable" ²⁶ y "fentanilo citrato 50 MCG/ML inyetable" ²⁶
27-10-2017	A las 4:13 el médico general, Hugo Eduardo Barrios Orozco, efectuó valoración quien registra: "demuestra sodio 113 compatible con PVC elevada 24 con hallazgos de hiponatremia dilucional posible complicación de pop de prostatectomía por laparoscopia que termina abierta". Además, aparece registro que nuevamente se comenta caso con el especialista por síndrome clínico compatible con hiponatremia dilucional.

²¹ Vuelto folio 191 y folio 192 del Cuaderno 1
²² Ver folio 193 del Cuaderno 1
²³ Ver vuelto folio 194 Cuaderno 1
²⁴ Ver vuelto folio 195 y folio 196 del Cuaderno 1
²⁵ Ver folios 196 y 197 del Cuaderno 1
²⁶ Ver vuelto folio 100 del Cuaderno 1

27-10-2017	A las 4:32 a.m. fue valorado por el servicio de urología, Sergio Nicolás Rubiano Vanegas. Como evolución objetiva se determinó paciente con hiponatremia dilucional severa iniciándose reposición de sodio IV con solución salina normal. Noradrenalina en destete con adecuada tolerancia actualmente a 0.2 mcg kg min. Como plan de manejo fue ordenada la administración de bolo adicional de 10 mg IV de furosemida, reposición de sodio IV, sodio control en 4 horas, vigilancia clínica estricta, con pendiente de disponibilidad de UCI para traslado, manejo de trastorno hidroelectrolítico en conjunto con medicina interna²⁷.
27-10-2017	A las 6:45 a.m. fue realizado control por utología, Dr. Rodolfo Alberto Briceño Díaz²⁸ encontrando al paciente con hiponatremia dilucional severa con manejo conjunto con servicio de medicina interna; actualmente con reposición de sodio IV con solución salina normal persistencia de requerimiento de soporte vasopresor y ventilatorio ordenando continua vigilancia de clínica estricta y a la espera de concepto de neurología.
27-10-2017	A las 7:39 a.m. la médica internista, María Isabel López Pereira, atendió al paciente encontrando como diagnósticos choque mixto, convulsión por hiponatremia, riesgo edema cerebral²⁹. Asimismo, consideró cambiar el anticonvulsivante a ácido valproico 500 mg cada 8 horas, y dio inicio solución hipertónica al 7% pasando a 80MEQ/Hora por 4 horas. Obra registro de interconsulta con el servicio de urología por presentar cambios de coloración en área genital extendida a muslos y flancos. En la que fue descartado hematoma retroperitoneal. A su vez, el paciente en el momento se encontraba hemodinámicamente inestable, con soporte vasoactivo, con desequilibrio hidroelectrolítico continuándose con aporte hídrico y antibiótico. Sobresale nota médica de "alto riesgo de morbilidad SOFA 10, alto riesgo de riesgo de mortalidad a mediano plazo"³⁰
27-10-2017	A las 8:54 a.m. fue valorado por la especialidad de urología, Andrea Estrada Guerrero. Encontró al paciente en regular estado general presentando deterioro clínico evidente, en el examen físico se observó eritema en pared abdominal, matidez a la persecución con ecografía que muestra líquido libre en fosa hepatorenal y peri hepática. Igualmente, registró: "considero pertinente llevar a CX para revisión. Sin embargo, se comenta caso internista a cargo: María Isabel López, quien comenta que el paciente no se encuentra en condición óptima en el momento para ser llevado a CX ya que hasta ahora se inició infusión de solución hipertónica y las medias previas fueron insuficientes para el manejo de la hiponatremia". Por tal motivo, solicitó esperar 4 horas con laboratorios para control con el fin de definir paso a Cx de urgencia³¹, que por el momento demarcaron eritema continuando atentos a la evolución³¹.
27-10-2017	A las 10:05 a.m. la médica internista, María Isabel López Pereira, registra progresión rápida de eritema en piel, y que aun así sin signos de necrosis ni enfisema subcutáneo. El caso fue comentado con anestesióloga Dr. Díaz, con la finalidad de evaluar posibilidad de laparotomía exploratoria a pesar del alto riesgo quirúrgico. "Se espera concepto de anestesia. Se pasa boleta de cirugía. Se habla con familiares, se explican claramente alto riesgo quirúrgico y de mortalidad dadas condiciones clínicas del paciente. Se diligencia consentimiento informado". Como plan de manejo fue ordenado laparotomía exploratoria y valoración por anestesiología³².
27-10-2017	A las 10:55 a.m. el paciente es trasladado a salas de cirugía: "paciente que ingresa a quirófano como urgencia vital de acuerdo a concepto de urología, se considera paciente ASA V con riesgo alto de mortalidad intraoperatoria y perioperatoria". Igualmente, obra análisis objetivo que da cuenta que el paciente ingresa a quirófano como urgencia vital de acuerdo a concepto de urología y reiterando el alto riesgo³³.
27-10-2017	A las 2:51 p.m. la especialidad de Urología, Dra. Andrea Estrada Guerrero, contando con la colaboración de la Dra. Noreña, y del anestesiólogo Dr. Arcila, encontraron como hallazgos "edema importante de tejidos blandos, eritema en piel, edema de tejido celular subcutáneo, fascias, vitales, no enfisema ni necrosis, líquido libre en cavidad peritoneal, dehiscencia hacia extremo izquierdo de la capsulotomía, coágulos en celda prostática aproximadamente 50 cc, vejiga y cara posterior de la

²⁷ Folio 199 del Cuaderno 1
²⁸ Ver folio 200 del Cuaderno 1
²⁹ Ver vuelto folio 201 del Cuaderno 1
³⁰ Folio 202 del Cuaderno 1
³¹ Ver vuelto folio 204 del Cuaderno 1
³² Ver folio 205 y vuelto folio 205 del Cuaderno 1
³³ Ver vuelto folio 206 del Cuaderno 1

	<i>capsula integras, meatos ureterales (sic) eyaculando orina clara al inicio y final del procedimiento,. Prueba azul de etileno negativa tras la cistostomía. Sangrado digestivo alto, emesis en cuncho de café³⁴.</i>
27-10-2017	A las 3:32 a.m. obra registro de médica de UCI, María Rocío Lobo Ruíz, registra paciente en pop inmediato de procedimiento de laparotomía exploratoria + rafia de cápsula prostática + cistorrafia (27-10-2017) + pop inmediato de prostatectomía + SD convulsivo. Se evidenció hiponatremia severa con "osmolaridad efectiva 231 (sic) en el momento se manejo la convulsión con anti convulsionante acido valproico 500 MG C/8 H EV, se inicio le informaron al servicio de urología cambios de coloración en área genital que se extiende a muslos y flanco e hipocondrio bilateral realizan un secon look para descartar hematoma retroperitoneal, le retiraron puntos de sutura quirúrgica de pfannestiel y se retiró dren de Penrose, se amplía herida quirúrgica, disección por planos, se retiran puntos de capsulorrafia, se realiza cistotomía longitudinal, se realiza extracción de coágulos de capsula prostática, se realiza lavado de cavidad y revisión exhaustiva, se realizó trigonización de cuello vesical y se refuerzan punto hemostáticos a las 5 y 7 con VYCRIL, meatos ureterales eyaculando orina clara – se realiza paso de sonda uretral Foley 24 FR y se infla balón con 30 CC SSN. Se realiza paso de cistostomía por contrabertura con sonda Foley 24 FR y se infla balón con 30 cc SSN. Se realiza capsulorrafia + cistorrafia en 2 planos con VYCRIL se realiza capsulorrafia de desgarr lateral izquierdo en 2 planos con VYCRIL. Se realiza prueba de azul la cual es negativa, se realiza paso de HEMOVAC por contrabertura y se deja prevesical, se afrontó musculo recto abdominal con VYCRIL -2-0. Cierre fascial con VYCRIL, tejido celular subcutáneo con VYCRIL, piel con prolene intradérmica, se deja sonda uretral drenando orina clara a cystoflo con cistoirrigación continua con SSN 0.9%. En el momento se realizara vigilancia sobre posibles crepitaciones en región eritema, en el momento rojo cliente y duro. Se lleva a metas de reanimación, en el momento sin signos de SIRS. En conjunto con infectología se inicia metronidazol + meropenem + clindamicina el primer día DPSIS plenas luego ajustar a dosis renal, hemo-dinámicamente inestable hipertenso. TAM fuera de rangos hipotermia con inadecuada saturación de oxigeno por pulsioximetría, requiere SVM mod ACV no asiste acoplado y con parámetros ventilatorios elevados, sin adecuado control metabólico, gluco normal trastornos electrolíticos en corrección e hiperlactatemia sin signos de srs, requiere soporte vasoactivo – noradrenalina, se continua reanimación volumetría y antibiótico, alto riesgo de morbilidad, pronostico reservado, alto riesgo de mortalidad a mediano y corto plazo. Familiares informados.³⁵
27-10-2017	A las 6:38 p.m. el paciente es revalorado en la Unidad de Cuidados Intensivos, acoplado a ventilador, con soporte vasopresor, con noradrenalina 0.5 MCG/Kg/Min, abdomen levemente distendido, herida quirúrgica cubierta, no estigmas de sangrado, sonda de cistostomía, con cistoirrigación continua con SSN goteo lento. Hemovac sin producción, eritema sin progresión, hamaca escrotal y pene y escroto edematizados con equimosis. No hay evidencia de lesiones a nivel perineal, no se palpan crepitos ni enfisema subcutáneo, no evidencia de áreas de necrosis, sonda uretral drenando orina clara a Cystoflo, extremidades no edemas, adecuada perfusión distal. Como plan de manejo se dio la orden de continuar en UCI, vigilancia estricta, cubrimiento AB amplio espectro, reposición de sodio IV.
27-10-2017	A las 8:41 p.m. la especialidad de anestesiología, William Gutiérrez Lombano, al realizar evolución, evidencia eritema pobremente diferenciado en región anterolateral de abdomen, pene y testículos violáceos sangrado digestivo, emesis cuncho de café. Como diagnósticos se establecieron: i) choque mixto; ii) hiponatremia dilucional severa; iii) pop inmediato de prostactectomia (26/10/2017); iv) SD convulsivo secundario a hiponatremia en corrección; y v) gangrena de fornier?. Paciente se encontraba, en muy malas condiciones generales sedación profunda en Post inmediato de prostatectomía más desequilibrio hidroelectrolítico y posible gangrena de Fournier, presentando inestabilidad hemodinámica con soporte de noradrenalina manteniendo animación hemodinámica con cristaloides³⁶.
28-10-2017	Obra registro del anestesiólogo, William Gutiérrez Lombano: "Pte que durante la noche permanece estable con soporte vasopresor alto con signos de hipoperfusión sistema se logra pasar bicarbonato por acidosi metabólica severa se reserva GRE CON HB de 11 – a las 4 am presenta gran inestabilidad hemodinámica responde parcialmente a cristaloides y aumento de vasopresor – continua deterioro progresivo y se ordena pasar 2 U DE GRE POTR BAJA E HB DE 11 A 9 – se nota distensión abdominal sin aparente sangrado externo se continua aumento progresivo de

³⁴ Ver vuelto folio 208 del Cuaderno 1
³⁵ Ver folio 210 y vuelto folio 210 del Cuaderno 1
³⁶ Ver folio 214 y vuelto folio 214 del Cuaderno 1

	<i>vasopresores hasta que las 05:15 am hace paro cardiaco se inicia RCCP avanzada por 30 minutos – sin repuesta a manejo médico y fallece a las 05:45 am – se informa a la familia³⁷.</i>
--	--

2.5.2. Del daño en el caso concreto

Como se indicó ut supra, el daño se ha entendido como *"la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja"*³⁸. Así mismo, el Consejo de Estado ha referido que el daño *es "la afectación, vulneración o lesión a un interés legítimo y lícito"*³⁹.

En el caso *sub judice*, el daño consiste en la muerte del señor Raúl Arturo Martínez Garnica, a raíz de la cirugía prostatectomía laparoscópica realizada el 26 de octubre de 2022. En esa medida, de acuerdo con la historia clínica y el registro civil de defunción, se encuentra acreditado el carácter cierto y personal del daño.

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

2.5.3. Atribución o imputación del daño

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima. A su vez, debe tenerse en cuenta que la imputación del daño debe ser analizada desde un doble aspecto: la imputación fáctica o material y la imputación jurídica.

La imputación fáctica se construye desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada¹ del daño, teoría por la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada; o si, por el contrario, dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o al azar. Por su parte, la imputación jurídica tiene relación con la identificación del régimen jurídico aplicable; esto es, si el daño demostrado tuvo como causa un daño especial sufrido por la víctima, el riesgo excepcional al que se le sometió, o la falla del servicio.

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

En el sub lite, la parte accionante le atribuye responsabilidad a la entidad demandada por la falla en que habrían incurrido en la prestación del servicio médico, pues considera que la muerte del señor Raúl Arturo Martínez Garnica fue consecuencia de la dehiscencia presentada con posterioridad a la intervención quirúrgica de prostatectomía laparoscópica, que conllevó a la gangrena, causándole grave infección intra abdominal; además, porque durante la intervención al presentar fallas la cámara, los médicos tratantes se vieron en la necesidad de ampliar la incisión suprapúbica, y posteriormente el paciente empezó a presentar patologías de tipo cerebrovascular y con signos y síntomas de infección que conllevó a que fuera nuevamente intervenido. En esa medida, para establecer si el daño alegado en la demanda le es atribuible a la entidad demandada, es pertinente analizar, a partir de las pruebas allegadas al proceso, la atención médica brindada al paciente.

Como antecedente clínico sobresale los resultados de ultrasonografía de vías urinarias del 29 de septiembre de 2017⁴⁰ en los siguientes términos:

³⁷ Folio 217 del Cuaderno 1
³⁸ Derecho Civil obligaciones. Pág. 538
³⁹ Sentencia 14 de marzo de 2019 Exp 39325 Consejera Ponente María Adriana Marín.
⁴⁰ Folio 223 del Cuaderno 1

"(...) Se observa vejiga distendida de paredes de esfuerzo regulares. Con unas medidas longitudinales: 101 mm AP: 74 mm Transversal 80 mm para un volumen de 318 cc.

Próstata aumentada de tamaño de bordes lobulados, con unas medidas longitudinal: 55 mm AP 66 mm Transversal: 71 mm para un peso de 137 gramos.

RIÑÓN DERECHO: De tamaño y forma normal, con unas medidas de corticomedular de 12 mm, Longitudinal: 82 mm AP: 39 MM Transversal: 54 mm. Se observa imagen anecoica dependiente del polo superior con unas medidas de 27 x 30 x 31 mm para un volumen de 13, cc

RIÑÓN IZQUIERDO: De tamaño, forma y ecogenicidad normal, con unas medidas de cortico medular de 14 mm, Longitudinal: 88 mm AP: 46 mm Transversal: 63 mm. No se observa patologama en su interior, ni imágenes que sugieran litiasis renal.

OPINIÓN:

Paredes vesicales de esfuerzo

Hipertrofia prostática

Quiste simple dependiente del polo superior del riñón derecho. (...) ⁴¹

En el expediente obra consentimiento informado para el procedimiento de prostatectomía simple por laparoscopia firmado por el paciente y por su esposa en los siguientes términos:

"(...) Procedimiento: PROSTATECTOMIA SIMPLE POR LAPAROSCOPIA

2. El Doctor me ha explicado la naturaleza y propósitos la intervención quirúrgica o procedimiento especial. También me ha informado de las ventajas y de las complicaciones, entre estas:

DOLOR SANGRADO INFECCIÓN REINTERVENCIÓN PERSISTENCIA DE LOS SINTOMAS FUERTES UCI LESIÓN INTESTINAL DERIVACIÓN URINARIA DERIVACIÓN INTESTINAL INCONTINENCIA URINARIA

Así como las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico arriba mencionado o a los asistentes, los juzgan necesario.

4. Reconozco que no me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimiento especial.

5. Certifico que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y que los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío. (...) ⁴²

De acuerdo con el consentimiento informado y aceptado por el paciente, el 26 de octubre de 2017 le fue realizada la cirugía, para lo cual se registró lo siguiente: "próstata pesa 80 gr. Sangrado intraoperatorio 300 C.C. por falta de visualización intraoperatoria por falla de la cámara y la torre se requiere ampliar incisión suprapúbica, identificando restos de próstata que se extraen sin complicaciones se (sic) abundantes coágulos en vejiga los cuales se extraen, se realiza cistografía en 2 planos previo paso de sonda vesical confirmando cierre hermético de la misma al iniciar cistoirrigación. Se realiza procedimiento sin complicaciones." ⁴³ Posteriormente, a las 4:34 p.m. el paciente fue trasladado a piso de forma estable con cistoirrigación funcional con indicaciones de antibiótico, cefazolina, analgesia, heparina de bajo peso molecular, cistoirrigación continua, cuidados del posoperatorio, terapia respiratoria para incentivo respiratorio.

Luego el 27 de octubre de 2017 presentó episodio de rigidez generalizada y movimientos anormales con una duración de 5 minutos, cifras tensionales alta taquicardia, alteración de

⁴¹ Folio 223 del Cuaderno 1

⁴² Folio 273 del Cuaderno 1

⁴³ Ver folio 190 del Cuaderno 1

su estado de conciencia siendo interpretado en su momento como un síndrome convulsivo con sospecha de ACV. Enseguida fue trasladado a urgencias del servicio de reanimación presentando hemiplejía izquierda y afasia estatus convulsivo, alteración de conciencia, bradicardia, hipotensión, falla ventilatoria requiriendo a su vez de intubación orotraqueal.

A las 3:28 a.m. del 27 de octubre de 2017, nuevamente fue valorado considerando un posible cuadro de hiponatremia dilucional ordenando cambio de irrigación, reanimación hídrica, con solución salina normal, solicitando electrolitos, hemograma, lectura de TAC de cráneo y valoración por neurología. Así, entonces, se tiene como reportes de paraclínicos, sodio en 113 mEq/L y en gases arteriales de 110, confirmándose de esta manera el diagnóstico de hiponatremia dilucional y, que, además, presentó acidosis metabólica severa, alcalosis respiratoria, hiperlactatemia.

En horas de la mañana, la urgencióloga valoró al paciente, quien en ese momento presentó cifras bajas de presión arterial, genitales edematizados, equimosis que comprometía área genital, parte superior de muslos y flanco izquierdo conceptuando de esta manera como causa de la convulsión, hiponatremia; asimismo, le prescribió solución hipertónica de sodio al 7%, con cambio de anti convulsionante. Por su parte, la especialidad de urología descartó hematoma retroperitoneal, pero se indicó el alto riesgo de mortalidad a mediano plazo, SOFA 10.

Luego de tales valoraciones, el servicio de urología solicitó pasar el paciente a cirugía para revisión, pero el médico internista conceptuó sobre la necesidad de esperar por no encontrarse en buenas condiciones ya que recientemente se había reiniciado solución hipertónica para la corrección de la hiponatremia. A las 10:30 horas, al evidenciarse cierto grado de estabilización de cifras tensionales fue solicitado concepto de anestesiología ordenándose pasar por laparotomía como urgencia vital.

En la nota operatoria sobresale como hallazgo el de dehiscencia hacia el extremo izquierdo de la cápsula prostática, motivo por el cual fue realizada rafia de cápsula más cistografía, sin evidenciarse enfisema ni necrosis; no obstante, encontraron edema de tejidos blandos, y de tejido celular subcutáneo libre en cavidad peritoneal con sangrado digestivo alto y emesis en cuncho de café.

A las 3:32 p.m. el paciente fue traslado a UCI siendo escalonado con antibiótico (metronidazol + meropenem + clindamicina), continuando con manejo de reposición de sodio siendo ordenada endoscopia de vías digestivas altas, iniciándose con omeprazol IV y con cistoirrigación continuo con solución salina normal y vigilancia clínica continua.

A las 8:41 p.m., la especialidad de anestesiología, en el seguimiento de la evolución del paciente y durante el examen físico, advirtió eritema pobremente diferenciado en región anterolateral de abdomen, pene y testículos violáceos sangrado digestivo, emesis cuncho de café. A su vez, consignó como diagnóstico: i) choque mixto; ii) hiponatremia dilucional severa; iii) pop inmediato de prostactectomía (26/10/2017); iv) SD convulsivo secundario a hiponatremia en corrección; y v) gangrena de forrier? Asimismo, sobresale análisis del médico tratante referente a que el paciente se encontraba, en muy malas condiciones generales sedación profunda en post inmediato de prostatectomía más desequilibrio hidroelectrolítico y posible gangrena de Fournier, presentando inestabilidad hemodinámica con soporte de noradrenalina manteniendo animación hemodinámica con cristalóide.

Posteriormente, el 28 de octubre de 2017 el paciente presentó deterioro metabólico progresivo y por ello realizaron transfusiones de sangre, requiriendo además aumento progresivo de vasopresores. A las 5:15 a.m. presentó paro cardíaco por lo que fueron realizadas maniobras de reanimación avanzada durante 30 minutos, declarándose su fallecimiento a las 5:45 am.

De acuerdo con lo anterior, respecto de la atención del paciente se evidencia que se presentan dos momentos claves: Uno, el referente al procedimiento de prostatectomía y otro, referente a la reintervención por la complicación que se presentó luego de la cirugía.

En lo que concierne al procedimiento quirúrgico de prostatectomía, este fue realizado sin ningún tipo de complicación. Si bien hubo necesidad de cambiar el procedimiento que se tenía previsto consistente en prostatectomía laparoscópica por el de cirugía abierta, debido a fallas de la lámpara, tal hecho no tuvo incidencia en el desenlace final. A la postre, el procedimiento se desarrolló dentro de los términos previstos, en cuanto a resultado final, que era la extracción de la próstata (80 gramos), y tiempo, que fue de 90 minutos. Luego de la cirugía, el paciente fue trasladado a piso bajo permanente observación estricta y cuidados postoperatorios indicados, evidenciando que estaba en condiciones normales de recuperación.

Posteriormente, el paciente presentó rigidez generalizada, movimientos anormales, taquicardia, alteración del estado de conciencia, entre otros síntomas, ante lo cual el personal médico interpreta como síndrome convulsivo y posible ACV y ordena TAC. Luego, la especialidad de urología valora nuevamente al paciente y considera posible cuadro de hiponatremia dilucional, que efectivamente fue confirmada y se encontró que tenía los niveles de sodio en 113 mEq/L, muy por debajo del nivel normal. Después de estabilizarle las cifras tensionales, fue reintervenido, donde se encontró hallazgo de dehiscencia hacia el extremo izquierdo de la cápsula prostática.

Así, entonces, se encuentra que fueron dos las complicaciones que se presentaron con ocasión de la prostatectomía realizada al paciente: una, consistente en la hiponatremia dilucional severa⁴⁴, que consiste en el descenso sustancial en los niveles de sodio del

⁴⁴ La resección transuretral (RTU) prostática es la técnica quirúrgica de elección en el paciente con HBP. El uso de electrodos monopares como método de electrocauterización requiere líquidos de irrigación no conductores, hipotónicos, para mantener una buena visibilidad de la óptica durante el procedimiento. Estos fluidos no contienen electrolitos, provocando su absorción a la circulación sanguínea, resultando en una hipervolemia e hiponatremia dilucional que conduce a alteraciones neurológicas y/o cardiovasculares.

En general, el síndrome post-RTU se define como el descenso de la concentración plasmática de sodio por debajo de 125 mmol/l junto con manifestaciones cardiovasculares y neurológicas, aunque, eventualmente, puede ocurrir con concentraciones de sodio por encima de 125 mmol/l. En base a esta definición, este síndrome aparece en torno al 0.5-10.5% de las RTU.

(...)

Hiponatremia Los síntomas de la hiponatremia se relacionan con la severidad y la velocidad con la que cae la concentración plasmática de sodio. La hiponatremia suele aparecer de forma más pronunciada a las 2-4h postquirúrgicas, pero puede ocurrir hasta 24h postquirúrgicas. Este descenso genera un gradiente osmótico entre el espacio intra y extracelular cerebral resultando en la salida de líquido del compartimento intra al extracelular lo que conlleva la aparición de edema cerebral, aumento de la presión intracraneal y clínica neurológica. Hipoosmolaridad El principal determinante del deterioro del SNC no es sólo la hiponatremia, sino también la hipoosmolaridad aguda. Ésta es debida a que la barrera hematoencefálica es virtualmente impermeable al sodio, pero permeable al agua. El cerebro reacciona al estrés hipoosmótico con un descenso de las concentraciones intracelulares de sodio, potasio y cloro, lo que ayuda a reducir la osmolaridad intracelular y a prevenir el edema. El edema y la herniación cerebrales son las principales causas de muerte en el postoperatorio inmediato de la RTU. Hipotermia La irrigación de la vejiga es una importante fuente de pérdida de calor de aproximadamente 1-2°C siendo aún más acusado en paciente ancianos, probablemente en relación a cierto grado de disautonomía. (...). La resección transuretral (RTU) prostática es la técnica quirúrgica de elección en el paciente con HBP. El uso de electrodos monopares como método de electrocauterización requiere líquidos de irrigación no conductores, hipotónicos, para mantener una buena visibilidad de la óptica durante el procedimiento. Estos fluidos no contienen electrolitos, provocando su absorción a la circulación sanguínea, resultando en una hipervolemia e hiponatremia dilucional que conduce a alteraciones neurológicas y/o cardiovasculares.

En general, el síndrome post-RTU se define como el descenso de la concentración plasmática de sodio por debajo de 125 mmol/l junto con manifestaciones cardiovasculares y neurológicas, aunque, eventualmente, puede ocurrir con concentraciones de sodio por encima de 125 mmol/l. En base a esta definición, este síndrome aparece en torno al 0.5-10.5% de las RTU.

(...)

Hiponatremia Los síntomas de la hiponatremia se relacionan con la severidad y la velocidad con la que cae la concentración plasmática de sodio. La hiponatremia suele aparecer de forma más pronunciada a las 2-4h postquirúrgicas, pero puede ocurrir hasta 24h postquirúrgicas. Este descenso genera un gradiente osmótico entre el espacio intra y extracelular cerebral resultando en la salida de líquido del compartimento intra al extracelular lo que conlleva la aparición de edema cerebral, aumento de la presión intracraneal y clínica neurológica. Hipoosmolaridad El principal determinante del deterioro del SNC no es sólo la hiponatremia, sino también la hipoosmolaridad aguda. Ésta es debida a que la barrera hematoencefálica es virtualmente impermeable al sodio, pero permeable al agua. El cerebro reacciona al estrés hipoosmótico con un descenso de las concentraciones intracelulares de sodio, potasio y cloro, lo que ayuda a reducir la osmolaridad intracelular y a prevenir el edema. El edema y la herniación cerebrales son las principales causas de muerte en el postoperatorio inmediato de la RTU. Hipotermia La irrigación de la vejiga

paciente y otra, en la dehiscencia encontrada con ocasión de la reintervención quirúrgica. Al respecto, es preciso señalar que, de acuerdo con la literatura médica⁴⁵, ambas complicaciones están contempladas, es decir, que se pueden presentar en ese tipo de procedimientos quirúrgicos, sin que ello indique que su resultado o presencia se deba a un defecto en el procedimiento médico. Y en el caso del paciente Martínez Garnica, previo a la cirugía, le fueron informados tanto los beneficios que se esperaban del procedimiento de prostatectomía como de las complicaciones que se podían presentar, ante lo cual aceptó.

Obsérvese que la hiponatremia que presentó el paciente fue tan severa que, asociada a las demás preexistencias o comorbilidades, edad, y peso de la próstata produjo la complicación y que, al final fue la causa de la muerte. Ahora, en lo que concierne a la dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que se encontró en la reintervención quirúrgica, igualmente, es una complicación prevista en el caso de la prostatectomía realizada, lo que puede conllevar a infecciones en sus diferentes grados de gravedad. En esa medida, no le asiste razón al perito Rubén Darío Ángulo González al señalar que la causa única de la muerte fue la gangrena de Fournier (grave infección intraabdominal) que es una forma de fascitis necrotizante. Esto por cuanto en los hallazgos de la reintervención no fueron encontrados signos de enfisema ni necrosis; en cambio, sí fue confirmada la hiponatremia severa que le generaba convulsiones, la acidosis metabólica hiperlactémica, edema dilucional y cambios de coloración en área genital. La gangrena de Fournier solo fue planteada como una hipótesis, que no fue confirmada, pues los cambios de coloración son aspectos de la piel y secundarios a la hiponatremia hipervolémica, tal como lo señaló el Jefe (E) del Servicio de Urología del Hospital Central, Dr. Mauricio Moreno Jiménez⁴⁶. Además, téngase en cuenta que la familia consideró no realizarle la necropsia al cadáver. En todo caso, como se indicó, ambas complicaciones estaban previstas antes del procedimiento quirúrgico.

Establecido lo anterior, queda claro que la muerte del señor Raúl Arturo Martínez Garnica tuvo causa directa la hiponatremia severa que presentó luego de la intervención quirúrgica inicial, lo que le desencadenó las múltiples complicaciones anotadas. La complicación de la dehiscencia que habría dado lugar a la gangrena Fournier, apenas fue contemplada como una hipótesis que no fue confirmada, pues en la reintervención quirúrgica no fueron encontrados signos de necrosis, y los aspectos de coloración de la piel son efectos secundarios a la hiponatremia hipervolémica.

En ese orden de ideas, no le asiste razón a la parte actora al decir que las complicaciones que se presentaron con ocasión de la prostatectomía se deban a una falla médica de la entidad demandada, pues como ha quedado acreditado, están previstas en la literatura médica, de lo cual, previo al acto quirúrgico, fue informado el paciente y dio su consentimiento para el mismo. En todo caso, al revisar la historia clínica, se observa la debida diligencia con que actuó el personal médico para atender de manera oportuna y con criterio profesional idóneo al paciente frente a las complicaciones que se presentaron.

En tales condiciones, la atención médico asistencial brindada al paciente, antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos, en términos de oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad estuvo acorde con lo exigido en la lex artis, Así que es preciso recordar lo dicho por la jurisprudencia del Consejo de Estado que, en temas de responsabilidad médica, la obligación que se asume es de medios y no de resultado. Es decir, la institución hospitalaria y los profesionales médicos solo están obligados a poner al servicio del paciente todos los medios de los que disponen para procurar la recuperación de su salud, pero en manera alguna se les obliga a que el paciente efectivamente se

es una importante fuente de pérdida de calor de aproximadamente 1-2°C siendo aún más acusado en paciente ancianos, probablemente en relación a cierto grado de disautonomía. (...)” Síndrome post resección transuretral. Revista electrónica de Anestesia. Mayo 2016. Consulta efectuada en la <http://revistaanestesiari.org/index.php/rear/article/view/104/272>.

⁴⁵ Fls. 161 a 172

⁴⁶ Folio 160 del Cuaderno 1

recupere, pues ello depende de múltiples factores ajenos a ellos, entre otros, la manera como responda el cuerpo del paciente al tratamiento.

En conclusión, como el daño, consistente en la muerte del señor Raúl Alberto Martínez Garnica, no tuvo como causa la falla médica alegada en la demanda, no le resulta atribuible jurídicamente a la entidad demandada. Por consiguiente, se denegarán las pretensiones de la demanda porque la parte accionante no cumplió con la carga afirmativa de la prueba, señalada en el artículo 167⁴⁷ del Código General del Proceso, tendiente a acreditar la falla del servicio.

2.7. COSTAS

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

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

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

RESUELVE

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO: NO CONDENAR en costas, conforme a lo indicado.

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

CUARTO: De no ser apelada esta providencia y ejecutoriada la misma, por Secretaría, **liquídense** los gastos del proceso y en caso de existir remanentes, entréguese a la parte interesada. **Archívese** el expediente, haciéndose las anotaciones del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JOSÉ IGNACIO MANRIQUE NIÑO
JUEZ

dmap

⁴⁷ Artículo 167. Carga de la prueba. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

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

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

Código de verificación: **66c934a6691e28279e62c7c9c6985ac1ac244e1b1a6bad2fbd059e923d89c400**

Documento generado en 31/10/2022 12:23:13 PM

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