

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

Bogotá, D.C, veintiocho (28) de abril de dos mil veintitrés (2023)

Expediente	110013336035201500805 00
Medio de control	Reparación Directa
Demandante	Luisa Fernanda Contreras López y otros
Demandada	Hospital La María E.S.E. y Caprecom EPS -S

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 Luisa Fernanda Contreras López, Augusto López Monsalve y Cristina María López, presentaron demanda de reparación directa en contra del Hospital La María ESE y CAPRECOM EPS – S (ahora PAR CAPRECOM Liquidado), con el fin de que fueran declarados administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios causados por la muerte de Liliana Patricia López Manco (q.e.p.d.).

1.2. PRETENSIONES

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

"(...) 1ª. Se declaren solidaria, administrativa y extracontractualmente responsables a las demandadas E.S.E. Hospital La María Medellín y Caprecom EPS – S, por los perjuicios daños materiales e inmateriales), generados con el sufrimiento, dolor, y deterioro moral, físico y fallecimiento sufrido por la señora Liliana Patricia López Manco y su familia creados por la mala praxis médica por falla en el servicio médico consistente en evento adverso con perforación en procedimiento quirúrgico con filtración de material gástrico en sitio de cirugía – anastomosis -, peritonitis y sepsis secundaria al procedimiento y violación a la obligación de seguridad del contrato asistencial, con la evolución de lesiones corporales severas y definitivas hasta el fallecimiento.

2ª. Como consecuencia de la anterior declaración y a título de reparación integral, condenar solidariamente a la E.S.E. Hospital La María – Medellín y a Caprecom EPS -S a indemnizar a los demandantes Luisa Fernanda Contreras López – hija -, Augusto López Monsalve – padre y Cristina María López Manco – hermana – al pago de los perjuicios ocasionados en la siguiente forma:

- a) *Se reconozcan y paguen los perjuicios morales: el equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes o los máximos aceptados por la jurisprudencia¹ al momento de su reconocimiento y pago efectivo, para la víctima Liliana Patricia López Manco en acción hereditaria.*
- b) *Se reconozcan y paguen los perjuicios morales: el equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales o los máximos aceptados por la Jurisprudencia² al momento de su reconocimiento y pago efectivo, para cada uno de los demandantes en Iuris propio, en su condición de hija y padre. Y cincuenta (50) salarios mínimos mensuales vigentes para la hermana de la paciente fallecida, por la pena, el pesar y el dolor por la muerte de Liliana Patricia López Manco.*
- c) *Se reconozcan y paguen los perjuicios al daño a la vida de relación el equivalente a cuatrocientos (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes o los máximos aceptados por la Jurisprudencia³ al momento de su reconocimiento y pago efectivo. Para cada uno de los demandantes en su condición de hija, padre y hermana de la paciente fallecida señora Liliana Patricia López Manco.*
- d) *Se reconozcan y paguen los perjuicios al daño a la salud: el equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes o los máximos aceptados por la jurisprudencia⁴ al momento de su reconocimiento y pago efectivo, para cada uno de los demandantes en su condición de hija, padre y hermana de la paciente fallecida señora Liliana Patricia López Manco.*
- e) *Perjuicios Materiales. - Lucro Cesante debido y futuro, relacionado con la esperanza de vida de Liliana Patricia López Manco y lo que debía producir durante su vida si hubiera sido normal, para lo cual considera una esperanza de vida de 78,54 años y calcula (sic) sobre la base del salario mínimo legal.*
- f) *Perjuicios Materiales. - Daño Emergente. Relacionados con los gastos funerarios en que incurrieron mis representados por valor de dos millones ochenta y un mil pesos (2.081.442)*
- g) *Al reconocimiento y pago de los demás perjuicios que resulten probados.*
- h) *Los anteriores montos deberán ser indexados para el momento del pago efectivo.*

3ª. Se ordene a las demandadas, para que sobre las sumas reconocidas a mis poderdantes y solicitadas con la presente demanda, se paguen las sumas necesarias para hacer los ajustes de valor, conforme al índice de precios al consumidor o al por mayor, como lo preceptúa el C.P.A.C.A.

4ª. Se ordene a las demandadas, dar cumplimiento al fallo dentro del término previsto en el artículo 192 y 195 del C.P.A.C.A. realización de la Sentencia que deber ser ordenada por medio de los funcionarios responsables de la ejecución, quienes dictarán dentro de los 30 días siguientes a la comunicación de la misma, la Resolución, en la cual se debe adoptar las medidas necesarias para el cumplimiento del proveído. (...)"

1.3. FUNDAMENTO FÁCTICO

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

- La señora Liliana Patricia López Manco se encontraba afiliada a la EPS – S Caprecom en calidad de beneficiaria del Sisbén Nivel 1.
- Entre la EPS – S Caprecom y la ESE Hospital La María tenían suscrito contrato de prestación de servicios de salud para la atención de usuarios afiliados a dicha EPS.
- El 1 de agosto de 2013, la ESE Hospital La María le diagnóstico a la paciente Liliana Patricia López Manco obesidad mórbida extrema III – IV IMC: 48.6 % y que estaba desde hace 1 año en trámite del proceso de aprobación de cirugía de Bypass Gástrico por laparotomía.

¹ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Documento ordenado mediante acta N° 23 del 25 de septiembre de 2013, con el fin de recopilar la línea jurisprudencial y establecer criterios de unificación para la reparación de perjuicios inmateriales.

² *Ibidem*

³ *Ibidem*

⁴ *Ibidem*

- Luego con ocasión del fallo de tutela, le fue autorizado el procedimiento quirúrgico consistente en cirugía de tipo Bypass Gástrico por laparoscopia.
- El 24 de septiembre de 2013 el médico James Giraldo de la ESE Hospital La María realizó el procedimiento de bypass gástrico y para el 25 del mismo mes y año la paciente se encontraba en buen estado general y sin dolor.
- El 26 de septiembre de 2013 la paciente presentó dolor abdominal continuo, ardor para orinar, dificultad para respirar y vómito con pintas de sangre.
- El 27 de septiembre de 2013 a las 5:00 a.m. la paciente se encontraba polipneica, deshidratada, abdomen globoso con defensa siendo diagnosticada de "*POP Baypass. – Sepsis. Descartar filtración*". Enseguida, le fue practicado TAC encontrando extraluminización del contraste en la anastomosis. Ese mismo día, a las 4:29 p.m. le fue diagnosticada una "*peritonitis primaria por fuga anastomótica*". Posteriormente se le diagnóstico peritonitis secundaria filtración intestinal y septicemia no especificada.
- Frente a ello, la paciente fue reintervenida por cirugía laparoscópica encontrando colección en área adyacente a la anastomosis gástrica, dejándole los respectivos drenajes.
- Sin embargo, la paciente evoluciona con estado crítico con soporte ventilatorio invasivo y manejo vasoactivo presentando falla multisistémica secundaria a sepsis generalizada posterior a filtración intestinal.
- El 29 de septiembre de 2013 continuó con deterioro clínico presentando paro cardio respiratorio conllevando a su deceso.
- El fallecimiento de la paciente fue secundario a la perforación intestinal con filtración a cavidad abdominal que desencadenó peritonitis generalizada, sepsis y falla multisistémica.

1.4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DEMANDA

La parte demandante invoca como fundamento jurídico de sus pretensiones los artículos 1, inc. 3 del artículo 13, 49, 50, 86, 90 de la Constitución Política, en armonía con el artículo 1603 del Código Civil.

A su vez, trajo a colación el Decreto N° 3466 de 1982, artículo 577 de la Ley 9 de 1979, artículo 49 de la Ley 10 de 1990, artículo 7 de la Resolución N° 741 de 1997, los artículos 155 y 170 de la ley 100 de 1993, numeral 3° del artículo 3° del Decreto N° 1011 de 2006, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, Ley 1751 de 2015, Anexo Técnico de la Resolución N° 1446 de 2006 y el artículo 140 del CPACA.

La parte demandante les atribuye responsabilidad a las entidades demandadas por falla en el servicio, dado que la muerte de Liliana Patricia López Manco se produjo por falla multisistémica secundaria a la sepsis producto de peritonitis aguda por la perforación intestinal. La perforación intestinal en el procedimiento realizado es evento adverso que se presentó durante el procedimiento Bypass Gástrico y que conllevó en ser intervenida nuevamente. Tal evento implicó transgredir los protocolos y guías de manejo establecidos para casos como el de la paciente López Manco.

1.5. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1.5.1. PAR Caprecom Liquidado (antes CAPRECOM EPS – S)

Caprecom EPS – S en Liquidación dio contestación oponiéndose rotundamente a las pretensiones de la demanda y puso en entre dicho la gran mayoría de los hechos. Alegó para ellos que no hay nexos causal entre el daño y las responsabilidades asignadas en el

marco de competencia de una EPS -S debido a que la falla del servicio se enmarca en la prestación del servicio brindado por la ESE Hospital La María.

En esa medida, explicó que las consecuencias aludidas en la demanda con ocasión de la práctica de la cirugía Bypass Gástrico corresponden a complicaciones postoperatorias que ocurren en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación. Así que fueron circunstancias ajenas a CAPRECOM EPS – S, razón por la cual no es posible endilgar responsabilidad a la entidad.

Con apoyo en lo anterior propuso como excepciones de mérito las que denominó, *"inexistencia de la obligación"* y *"causa ajena"*, razón por la cual pidió negar las pretensiones de la demanda.

1.5.2. Hospital La María E.S.E.

El apoderado judicial del Hospital La María ESE se opuso a la prosperidad de las pretensiones porque la complicación que condujo al deterioro de la salud y muerte de la señora Liliana Patricia López Manco constituye un riesgo propio de la intervención quirúrgica, lo cual fue explicado y aceptado por la paciente, tal como se evidencia en el consentimiento informado.

De acuerdo a lo anterior, propuso como excepciones de mérito las que denominó, *"inexistencia de falla en la prestación del servicio médico"* y *"ausencia de prueba del nexo de causalidad"* basado en que el tratamiento brindado a la señora Liliana Patricia López Manco fue adecuado y oportuno tanto en la cirugía inicial de Bypass Gástrico como en su reingreso post operatorio. No obstante, señaló que no es cierto que la cirugía tipo Bypass Gástrico fuera practicada por laparotomía porque el cirujano bariátrico, oncólogo, gastrointestinal y endoscopista digestivo James Arnoldo Giraldo Seguro determinó que la paciente requería *"como única opción quirúrgica de curación, y por laparoscopia, no por laparotomía"*⁵, siendo ordenada para el 1º de agosto de 2012 y que después de 1 año fue programada la cirugía porque CAPRECOM EPS -S tardó en autorizar dicho procedimiento quirúrgico.

Así, entonces, expuso que el cirujano bariátrico, oncólogo, gastrointestinal y endoscopista digestivo James Arnoldo Giraldo Seguro practicó la cirugía de tipo Bypass Gástrico entre las 11:30 a.m. hasta la 1:30 p.m. sin ningún tipo de complicación, encontrando el hígado aumentado de tamaño. Pese a ello, el 26 de septiembre de 2013 a las 11:04 p.m. la paciente presentó ardor en hipogastrio y ardor para orinar, razón por la cual a las 2:55 a.m. fue ordenada la obtención de orina por sonda vesical siendo tomada de forma inmediata y manteniéndose hospitalizada para verificar su evolución.

Indicó que desde el ingreso al servicio de hospitalización le solicitaron líquidos endovenosos, analgésicos, protector gástrico, exámenes de orina, hemograma, pruebas renales, hepáticas, electrolitos y valoración por cirugía por tener abdomen globoso. A las 5:00 a.m. fueron reportados los resultados y ante las múltiples causas que podría tener la paciente el médico tratante ordenó la práctica del TAC.

En horas de la mañana del 27 de septiembre de 2013 le fue practicado el TAC con el que se evidenció extraluminización de medio de contraste en la anastomosis y neumoperitoneo residual, lo que significa aire en la cavidad peritoneal debido a que para facilitar dicho procedimiento laparoscópico se introducen gases para expandir su cavidad. Enseguida, a las 1:00 p.m. fue ingresada a UCI y luego a las 4:00 p.m. el médico intensivista con apoyo de los resultados del TAC diagnosticó peritonitis por fuga anastomótica siendo ordenada su reintervención quirúrgica. A las 7:00 p.m. fue ingresada al quirófano para practicarle laparoscopia, lavado peritoneal dejándole drenes peri anastomóticos, lo cual evidenció, entre otros hallazgos, colección de líquido intestinal, anastomosis gastroyeyunal sellada

⁵ Ver manifestación consignada en la contestación de la demanda a folio 215 del Cuaderno 1

con colección adyacente que no permitía visualizar la línea de grapado sellado, sin evidencia de sangrado en cavidad.

Que a las 10:00 p.m. fue reingresada a la UCI sin presencia de fuga activa, pero ante la insuficiencia respiratoria, cardiovascular y renal requirió de soporte de medicamentos vasopresores con ventilación mecánica; y el 29 de septiembre de 2013 a las 1:00 a.m. se halló salida de materia fecal por uno de los drenes que se le había instalado presentando falla orgánica múltiple con insuficiencia respiratoria, cardiovascular, renal y registrando paro cardio respiratorio a las 2:47 horas, conllevando a su muerte.

En esa medida, explicó que la filtración intestinal presentado en la paciente Liliana Patricia López Manco constituye una de las complicaciones Bypass Gástrico (BPG) también conocida como falla de anastomosis o insuficiencia anastomótica. De acuerdo con los estudios, tal hecho se presenta en el 1.4% de los BGO laparoscópicos. Hizo énfasis que este tipo de eventos adversos no es evitable por tratarse de una lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error y por ende es un resultado clínico no esperado y no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad.

Explicó que la causa de la muerte de la paciente fue por filtración intestinal, y que tal evento presentado por la paciente es una complicación del procedimiento prevista en la literatura médica cuya complejidad no constituye una falla del servicio médico. Por consiguiente, pidió la negación de las pretensiones de la demanda.

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

La Previsora S.A. en calidad de llamado en garantía de la entidad demandada se opuso a las pretensiones de la demanda, indicando que la actuación realizada por la E.S.E. Hospital La María fue la debida y con el cuidado requerido según el estado de salud que presentaba la señora Liliana Patricia López Manco, así como con la capacidad técnica con que se contaba en ese momento, como se observa en la historia clínica.

En ese orden de ideas, la aseguradora formuló como excepciones de mérito las que denominó (i) inexistencia del vínculo causal entre el supuesto daño producido y el agente que intervino en la atención médica – E.S.E. Hospital La María; (ii) inexistencia de culpa institucional de la E.S.E. Hospital La María ante la adecuada práctica médica bajo el cumplimiento de la *Lex Artis Ad Hoc*; (iii) ausencia de responsabilidad del E.S.E. Hospital La María por cuanto el cumplimiento de la obligación es de medio y no de resultado; (iv) cumplimiento por parte del asegurado E.S.E. Hospital La María respecto de los estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud exigidos; (v) que, el supuesto daño alegado, no reúne los requisitos legales e inexistencia de la obligación de pagar los perjuicios pretendidos; y (vi) ausencia de cobertura del lucro cesante en el contrato de seguro contenido en la póliza responsabilidad civil profesional para instituciones médicas N° 1010808; y (vi) límite de la responsabilidad de la compañía aseguradora.

Hizo énfasis en que el asegurado E.S.E. Hospital La María practicó la cirugía a la paciente Liliana Patricia López Manco de forma idónea y oportuna conforme a los protocolos y guías de manejo sin que existiera una falla del servicio médico por negligencia u omisión por parte de la ESE Hospital La María.

En lo que concierne al llamamiento en garantía, se opuso a hacer efectiva la póliza de responsabilidad civil profesional para instituciones médicas No. 1010808, toda vez que fue pactada la cláusula claims made por lo que no puede comprender riesgos expresamente prohibidos en el contrato de seguros.

Así mismo, manifestó que en la referida póliza se establecieron límites para los perjuicios extrapatrimoniales limitado al 20% por evento y 30% en el agregado anual de \$300.000.000 con un deducible pactado del 10 % mínimo de \$10.000.000.

1.6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.6.1. Parte Demandante

La parte demandante como sustento de sus alegaciones finales expuso que, conforme a la historia clínica y el testimonio del cirujano Juan Diego Gutierrez, se encuentra demostrada la falla del servicio médico porque fue evidenciada una filtración del material gástrico que generó una colección séptica en cavidad y posterior peritonitis, sepsis y falla multisistémica conllevando a la muerte de la paciente. Que, en su sentir, el médico cirujano James Arnoldo Giraldo Seguro al realizar la cirugía Bypass gástrico generó la lesión intestinal siendo catalogada como un evento adverso previsible y prevenible debido a que la muerte se hubiera podido evitar con la adecuada técnica quirúrgica.

En este sentido, argumentó que la "perforación" no fue diagnosticada oportunamente dado que inicialmente fue diagnosticado de forma errada una infección urinaria. Solo a raíz de las complicaciones post operatorias como consecuencia de la infección de sepsis de origen abdominal por la fuga de material gastrointestinal fue reingresada y reintervenida días después de haber sido intervenida por la cirugía By Pass. De esta manera, le atribuye responsabilidad a la E.S.E. Hospital La María por encontrarse evidenciado el nexo causal entre el hecho imputable a la entidad y el daño causado por el actuar médico de James A. Giraldo.

Indicó que tanto la E.S.E. Hospital La María como Caprecom EPS – S resultan responsables porque el servicio de salud no fue prestado bajo los términos de calidad, oportunidad y eficiencia. A su vez, hizo énfasis en que Caprecom EPS -S hoy PAR Caprecom Liquidado es responsable por responsabilidad directa en la gestión del riesgo en salud en la articulación de la red de instituciones prestadoras que permita el acceso efectivo a las IPS conforme lo dispone el artículo 14 de la ley 1122 de 2007. Por tal razón, pidió se accediera a las pretensiones de la demanda.

1.6.2. Hospital La María E.S.E.

El apoderado judicial del Hospital La María E.S.E. reiteró los planteamientos expuestos en la contestación de la demanda. Principalmente resaltó que, de conformidad con la historia clínica, el Hospital previamente a la práctica de la intervención quirúrgica de Bay Pass Gástrico tuvo en cuenta los exámenes paraclínicos previos. Además, medió concepto favorable del staff bariátrico por lo que fue programado el manejo quirúrgico de Bypass gástrico por laparoscopia, de lo cual fue informada la paciente de los riesgos del procedimiento, debido al antecedente patológico de obesidad extrema situado en el grado III – IV.

Sostuvo que, de acuerdo con lo dicho por el médico cirujano Juan Diego Gutiérrez Isaza en testimonio rendido, el antecedente patológico de obesidad extrema situado en el grado III – IV es un factor determinante de riesgo para complicaciones post quirúrgicas de ByPass Gástrico. Entonces la complicación presentada en la paciente referente a la fuga anastomica es considerada como recurrente en este tipo de procedimientos de alto riesgo, que puede presentarse por problemas nutricionales en los pacientes que tienen padecimientos de diabetes y obesidad que para el caso de Liliana Patricia López Manco era de grado III y IV. Por tal razón, pidió que se nieguen las pretensiones de la demanda y se declare la prosperidad de las excepciones propuestas por el E.S.E. Hospital La María.

1.6.3. PAR Caprecom Liquidado

El apoderado judicial de PAR Caprecom Liquidado, tras hacer un recuento de la atención médica brindada a Liliana Patricia López Manco y con apoyo en el testimonio de Juan Diego Gutiérrez Isaza, argumentó que la filtración intestinal no es la causa de la muerte ni

de la sepsis causante de la falla multisistémica porque fue sellada inmediatamente y de forma natural con la generación de plastrón como mecanismo de defensa del cuerpo. En ese orden de ideas, sostuvo que la única solución para el tratamiento de la obesidad mórbida era la cirugía bariátrica muy invasiva.

Sostuvo que la cirugía practicada no presentó complicación o anormalidad y que las difíciles condiciones de la paciente generaron la sepsis, por un sistema de multicausas que a su vez ocasionaron la falla multisistémica. Además, por las difíciles condiciones y alto riesgo de la operación lo sucedido no era lo esperado, pero si estaba dentro de la probabilidad y de los riesgos claramente informados.

Basado en ello, argumentó que no existe prueba de la falla de servicio por el actuar u omisión de la extinta Caprecom EPS – S, pues, en su sentir, considera que la demanda se fundamenta en hechos que no atienden a la verdad de la historia clínica. Además, se persigue la declaratoria de la responsabilidad a partir de un evento fortuito, inevitable y que en las condiciones que se presentó. Por consiguiente, pidió absolver de todas las pretensiones de la demanda a la extinta Caprecom EPS – S.

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

La apoderada judicial de la aseguradora reiteró los argumentos expuestos en las excepciones de mérito. Sostuvo la ausencia de responsabilidad de La Previsora S.A. Compañía de Seguros apoyada en la declaración del médico cirujano Juan Diego Gutiérrez Isaza, pues las complicaciones presentadas por la paciente Liliana Patricia López Manco en el post operatorio son propias e inherentes a la cirugía bariátrica como lo fue la presencia de una anastomosis.

En este sentido, señaló que la fuga anastomótica es considerada como recurrente en este tipo de procedimientos de alto riesgo, la cual puede presentarse por problemas nutricionales en los pacientes, padecimientos de diabetes y obesidad; que para el caso de Liliana Patricia López Manco era de grado III y IV. En ese orden, señaló que este tipo de cirugías es de aquellas catalogadas de mayor complejidad porque implica la realización de disecciones, resecciones y anastomosis en el estómago, según consta en el consentimiento firmado por la paciente. Insistió que la paciente presentó una falla de una anastomosis o fuga en el intestino que produjo salida del contenido intestinal hacia la cavidad abdominal y que la presencia de múltiples gérmenes genera un proceso inflamatorio severo y progresivo, denominado peritonitis, que a su vez trae como consecuencia que se desencadene, un choque séptico que en eventos graves puede producir la muerte, como en efecto aquí sucedió, sin que ello tenga por causa una indebida prestación del servicio médico.

1.6.5. Ministerio Público

No emitió concepto.

2. CONSIDERACIONES

2.1. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo⁶, en adelante CPACA, consagra un criterio mixto para establecer los litigios que debe

⁶ 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 [...]

conocer la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. De un lado, fijó el criterio material, disponiendo que son de conocimiento de esta jurisdicción las controversias originadas en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones sujetos al derecho administrativo y particulares cuando ejerzan funciones administrativas, es decir, aquellos que se causen por el ejercicio de dicha función; y de otro, un criterio orgánico, según el cual basta la presencia de una entidad sujeta al derecho administrativo para que el proceso sea tramitado ante esta jurisdicción.

Igualmente, conforme al numeral 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 CPACA⁷, 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 13 de mayo de 2015⁸, y mediante auto de 10 de febrero de 2016 fue admitida⁹.
- Caprecom EPS – S en Liquidación contestó la demanda en tiempo¹⁰.
- La ESE Hospital La María contestó demanda en tiempo¹¹. Paralelamente, llamó en garantía a la sociedad Endogastro Estudios S.A.S.¹² y la Previsora S.A. Compañía de Seguros¹³ siendo admitidos mediante autos del 29 de marzo de 2017¹⁴.
- La Previsora S.A. Compañía de Seguros¹⁵ dio contestación a la demanda, así como al llamamiento en garantía y propuso excepciones. Paralelamente mediante auto del 31 de julio de 2019¹⁶ se dispuso declarar el desistimiento tácito del llamamiento en garantía admitido en contra de Endogastro Estudios S.A.S.
- El 22 de enero de 2020 se celebró la audiencia inicial¹⁷; en dicha audiencia se evacuaron los tópicos de saneamiento del proceso, se declararon no probadas las excepciones previas de caducidad y falta de legitimación en la causa por pasiva, fijación de litigio y decreto de pruebas. En la misma audiencia fue concedido el recurso de apelación en el efecto devolutivo formulado en contra la negativa de allegarse la historia clínica.
- En audiencia de pruebas celebrada para 6 de mayo, 28 de julio de 2021 y 19 de enero de 2022¹⁸, se recibió el testimonio de Diego Gutiérrez Isaza. Igualmente fue aceptado el desistimiento del recurso de apelación contra aquella determinación de la negativa

7 "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..."

⁸ Ver folio 64 del Cuaderno 1

⁹ Folios 22 - 23 del Cuaderno 1

¹⁰ Folios 161 – 167 del Cuaderno 1

¹¹ Folios 213 – 231 del Cuaderno 1

¹² Folios 1 – 3 del Cuaderno 2

¹³ Folios 1 – 3 del Cuaderno 3

¹⁴ Folios 21 – 22 del Cuaderno 2 y folios 66 – 67 del Cuaderno 3

¹⁵ Folios 74 – 104 del Cuaderno 3

¹⁶ Folio 331 del Cuaderno 3

¹⁷ Folios 345 - 351 del Cuaderno 1 incluido 1 DVD – R contentivo de la audiencia inicial del 22 de enero de 2020

¹⁸ Documentos Digitales N° 29, 30, 38, 39, 55 y 56 del Expediente Digital

de allegarse la historia clínica, de lo cual fue informado al Superior Funcional. También fue aceptado el desistimiento del testimonio de los profesionales, Gonzalo Rendón Cardona, Leonardo Ballestas Maldonado y James Arnoldo Giraldo Segura; y del desistimiento del dictamen pericial del Dr. Walter Andrés Puello Ramos. 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 3 de mayo de 2022 al Despacho para proferir sentencia.

2.3. PROBLEMA JURÍDICO

Conforme a lo establecido en la audiencia inicial, el Despacho determinará si son administrativa y patrimonialmente responsables Caprecom EPS en Liquidación y Hospital La María E.S.E. y la llamada en garantía Previsora S.A. Compañía de Seguros por los perjuicios causados a los demandantes como consecuencia de la muerte de Liliana Patricia López Manco debido a una falla en la atención médica.

2.4. DE LA RESPONSABILIDAD EXTRACTRACONTRACTUAL DEL ESTADO

2.4.1. Del fundamento constitucional de la responsabilidad del Estado

El artículo 90¹⁹ de la C.P., constituye la cláusula general de responsabilidad del Estado Colombiano, de acuerdo con el cual se acogió la teoría del daño antijurídico, entendiéndolo no como *"aquel que es producto de una actividad ilícita del Estado, sino como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo"*²⁰; siempre y cuando exista título de imputación por acción u omisión a una autoridad pública²¹.

De esta manera, para declarar la responsabilidad extractrcontractual 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 procederá a realizar el estudio de todos los elementos dentro del presente caso, a fin de fundamentar la decisión a adoptar.

2.4.2. Del daño y sus elementos

El daño como primer elemento de la responsabilidad, es definido por el doctrinante Karl Larenz como *"el menoscabo que a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado sufre una persona ya en sus bienes vitales o naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio"*²². 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.

Ahora, en cuanto a la necesidad de acreditar el daño, Juan Carlos Henao señala:

*"El daño, es entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple: si una persona no ha sido dañada no tiene por qué ser favorecida con una condena que no corresponda, sino que iría a enriquecerse sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil."*²³

¹⁹ 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"

²⁰ Corte Constitucional. Sentencia C-333/96. Magistrado Ponente - Alejandro Martínez Caballero.

²¹ *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:"

²² LARENZ. "Derecho de obligaciones", citado en DÍEZ PICAZO, Luis. Fundamentos de derecho civil patrimonial. La responsabilidad civil extractrcontractual. T.V. 1ª ed. Navarra, Thomson-Civitas, 2011, p.329.

²³ El Daño. Análisis Comparativo de la Responsabilidad Extractrcontractual del Estado en Derecho Colombiano y Francés. Universidad Externado de Colombia. Págs. 36-37.

Sobre los elementos del daño, el Consejo de Estado²⁴ ha indicado que este existe en la medida que cumpla varias características, una de ellas es que sea cierto; es decir, que no puede ser hipotético o eventual; así mismo debe ser personal, en atención a que lo haya sufrido quien manifieste el interés sobre su reparación y subsistente, en razón a que no haya sido reparado.

2.4.3. De la imputación fáctica y jurídica del daño

La imputación fáctica o material del daño, la cual tiene relación directa con 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 desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada del mismo, teoría que propende por identificar 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.

Respecto de la causalidad, los doctrinantes *Eduardo García de Enterría y Tomás Ramón Fernández*, indican: "*La existencia de una relación de causa a efecto entre el hecho que se imputa a la Administración y el daño producido es, lógicamente, una condición indispensable para que pueda atribuirse a aquélla el deber de resarcir dicho daño*".²⁵

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

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

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

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

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

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

Tal posición llevaría a que en el clásico ejemplo citado por José Melich, el sastre que retrasa por negligencia la entrega de un abrigo de viaje, tendría que responder por el accidente ferroviario que sufrió su cliente que debió 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).

²⁴ 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.

²⁵ Curso de Derecho Administrativo, Vol. II, 12ª Edición p. 412.

c. Tal concepción debe entonces complementarse en el sentido de considerar como causas jurídicas del daño, sólo aquéllas que normalmente contribuyen a su producción, desechando las que simplemente pueden considerarse como condiciones." (...).²⁶ (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 trasegar con diferentes criterios, se ha vuelto a la dirección clásica de falla probada, lo que implica que, para poder declarar la responsabilidad de la Administración, la parte actora tiene el deber de acreditar, además del daño, la falla en el acto médico y el nexo causal. Así lo ha sostenido el Consejo de Estado:

"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño"²⁷.

*(...) "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 artis*"²⁸.*

Al respecto, la jurisprudencia ha precisado que²⁹:

"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 dañoso³⁰. 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"³¹.

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 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

²⁶ 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.

²⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101.

²⁸ Sección Tercera, sentencia de 10 de abril del 2019. Exp 40916.

²⁹ Subsección B, sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 20315.

³⁰ Sección Tercera, sentencia del 25 de febrero de 2009, radicación No. 52001233100019950793301, expediente No. 17149.

³¹ En este sentido puede consultarse de la Sección Tercera, la sentencia del 11 de febrero de 2009, radicación No. 54001-23-31-000-1993-08025-01(14726).

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".(...)

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 relevantes³² relacionados con la atención médica brindada al paciente:

Fecha	Descripción Evento
01-08-2013	La paciente consulta por la especialidad de Cirugía Bariátrica, Oncólogo Gastrointestinal, Endoscopia Digestiva, Cáncer Digestivo, Dr. James A. Giraldo S. ³³ Se registra que la paciente presentaba obesidad extrema Grado III – IV IMC: 48.6 % y que tardó 1 año para aprobación de su cirugía tipo By Pass Gástrico por laparoscopia por parte de la EPS. Como diagnósticos fueron registrados: (i) E669 Obesidad, no especificada; (ii) E660 obesidad debida a exceso de calorías; y (iii) R69X Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas. Según nota médica, acudió para evaluación y programación de dicho procedimiento quirúrgico en la ESE Hospital La María. Se registró que <i>"ya tiene concepto favorable de staff bariátrico para su realización, incluyendo laboratorios"</i> . Como plan de manejo se indicó que <i>"Requiere con absoluta indicación cirugía bariátrica Bypass Gástrico por Laparoscopia, como única opción quirúrgica de curación. En la ESE Hospital La María. Se informan riesgos, muerte, sangrado, reintervención, fistulas, estenosis, entre otros, neumonía"</i> . En esa medida fue ordenada Bypass Gástrico por laparoscopia.
24-09-2013	Entre las 11:30 y las 13:10 horas ³⁴ el médico cirujano, Dr. Jame Giraldo, con apoyo del Dr. César Guevara, practicaron cirugía de Bypass Gástrico por Laparoscopia, en el cual entre otros hallazgos encontraron <i>"hígado aumentado de tamaño, estómago de aspecto usual, adherencias de epiplón a cicatriz de cirugía anterior"</i> ³⁵ . Complicaciones: NO
25-09-2013	Valoración post operatorio ³⁶ por parte de la especialidad de cirugía bariátrica en donde fue registrado buen estado general sin dolo diuresis (+). Como plan de manejo fue ordenada salida con control de revisión post quirúrgica 3 de octubre de 2013; asimismo, valoración por nutrición y fórmula de analgésicos y recomendaciones.
25-09-2013	A las 11:00 horas por valoración por nutrición, Dra. Mary Luz Jaramillo Mejía, quien registró ³⁷ <i>"paciente de 42 años post cirugía de By Pass, Gástrico consciente, refiere sentirse bien, se le explica la dieta a seguir teniendo en cuenta las recomendaciones de no grasas, no fritos, no azúcares o dulces, alimentos que debe evitar, se entrega por escrito plan de dieta y recomendaciones nutricionales. Próxima cita con cirugía bariátrica el mismo día aprox. 1 mes."</i>

³² Folios 14 – 33, historia clínica contenida en el CD-R obrante en el folio 65, folios 234 – 294 del Cuaderno 1

³³ Ver folio 14 del Cuaderno 1

³⁴ Ver folio 290 del Cuaderno 1

³⁵ Ver vuelto folio 260 del Cuaderno 1

³⁶ Ver folio 290 del Cuaderno 1

³⁷ Ver folio 290 del Cuaderno 1

26-09-2013	A las 23:50 horas la paciente ingresó por urgencias ³⁸ con triage II por presentar dolor en el hipogastrio, ardor para orinar y disuria, pero sin salida de orina. Como plan de manejo fue solicitado químico de orina por sonda vesical, que dio como resultado "sonda vesical se tiene 60 CC de orina verde oscura y que la paciente relata que no elimina desde ayer", ordenándose a su vez su hospitalización.
27-09-2013	A las 3:20 a.m. ³⁹ fue ordenado hemograma, BUN, creatinina, Na, Cl, K, PCR, fosfatasa alcalina, TGO, TOP, bilirrubina total y directa, y evaluar por cirugía general.
27-09-2013	A las 5:00 a.m. ⁴⁰ , al ingresar a hospitalización, la paciente se encontraba en su 3er día operatorio de la cirugía bariátrica, dolor abdominal, vómito, no orina siendo valorada por el médico cirujano general Juan Diego Gutiérrez Isaza. Entre los diagnósticos registrados se encuentra los de obesidad, HTA, cirugía By Pass. La paciente en su manejo ambulatorio estaba siendo tratada con los medicamentos de losartán, amlodipino y furosemida. En ese momento registraba como signos vitales los siguientes, TA 90/68, FC 100, FR 28, Saturación 85%, polipneica y deshidratada. Diagnostico principal y de análisis: POP By Pass, Sepsis, descartar filtración, ITU. Plan de manejo: Exámenes de laboratorio, gases arteriales, urocultivo, hemocultivo, eco abdominal, Rx Tórax. Evaluar con exámenes por cirugía bariátrica
27-09-2013	A las 9:00 a.m. por la especialidad de cirugía general ⁴¹ Dr. Gonzalo Rendón Cardona, dio continuidad al siguiente manejo: - Nada vía oral - Harmant 1000 cc bolo - Valoración UCI, valoración cirugía bariátrica - Gases arteriales - TAC abdomen simple, contraste oral, urgente - Harmant 200 cc hora luego de bolo - Omeprazol IV ampolla cada 12 horas - Metroclopramida IV dosis única
27-09-2013	Entre las 11:30 y las 13:30 horas el médico cirujano, James Giraldo, con apoyo del Dr. Rangel, realizaron operación consistente en laparoscopia diagnóstica – drenaje de colección y lavado peritoneal por laparoscopia y colocación de drenes, encontrando como hallazgos hígado aumentado de tamaño, colección de líquido intestinal hemi abdomen superior, anastomosis gastro-yeyunal muy sellada pero con colección adyacente que no permite visualización completa de línea de grapado anastomosis gastro – enteral por la presencia de fibrina y adherencias densas – anastomosis yeyuno – yeyunal indemne – y línea de grapado inter anastomótico selladas sin evidencia de sangrado en cavidad.
27-09-2013	A las 14:30, valorada nuevamente por el médico cirujano Gonzalo Rendón Cardona ⁴² , entre otros hallazgos observó dolor en hipogastrio, mucosas secas, hidratada limite, hipoventilada, abdomen blando a la palpación hipogastrio sin irritación peritoneal, heridas limpias, creatinina 3.0. estableciendo como diagnóstico filtración intestinal, SRIS. Plan de manejo: - Valoración por UCI - TAC abdominal urgente - Valoración por cirugía bariátrica
27-09-2013	A las 14:30 a través de la especialidad de cirugía bariátrica, en conjunto con la especialidad de UCI ⁴³ sobresale registro médico que hace alusión a TAC sin imágenes de colecciones. Gb: 8.530 Hb: 14. Creatinina de 3.00. Orina colorica, K: 3.83. TGO 33. TGP 33. Saturación 90% TA 112, tórax expandible, abdomen blando no signos irritación francos. Plan de manejo: - TAC abdomen contrastado y descartar TEP - Inicio de antibiótico

³⁸ Ver transcripción de historia clínica obrante a folio 291 y ver vuelto folios 250 – 251 del Cuaderno 1

³⁹ Ver transcripción de historia clínica obrante a folio 293 del Cuaderno 1

⁴⁰ Ver transcripción de historia clínica obrante a folios 291 – 292 y ver vuelto folio 251 del Cuaderno 1

⁴¹ Ver transcripción de historia clínica obrante a folio 292 del Cuaderno 1

⁴² Ver transcripción de historia clínica obrante a folio 292 del Cuaderno 1 ver vuelto folio 253 – 254 del Cuaderno 1

⁴³ Ver folio 292 del Cuaderno 1

	- Terapia respiratoria
27-09-2013	<p>A las 16:04:29 horas fue ingresada a UCI siendo valorada por el médico Miguel Antoni Cogollo Pérez, quien registró: paciente que fue intervenida de By Pass Gástrico hace 4 días, y que hace 2 días los familiares refirieron que <i>"desde que salió la paciente respira mal y duele mucho el abdomen, incluso le irradia a hombro izquierdo, refiere que no orina y que ha presentado vómitos con pintas de sangre, ingresa por urgencia desaturada por lo que motivan UCI"</i>. Obra registro de paraclínicos que dan cuenta de los siguientes resultados: Ph: 7.35 pO₂:54.6 pCO₂: 54.6 pCO₂: 28.4 HCO₃: 15.5 BE: 8.5 Leucocitos 8530 N: 89% Plaquetas: 261.000 Cr. 3.01 FA: 132 BT: 1.41 DBD: 0.74 GOT: 33 PCR: 44.3 GPT: 33 Na: 132 K: 3.83 CI: 106 BUN: Uroanálisis patológicos.</p> <p>Obra registro médico que da cuenta del TAC de abdomen, contraste oral con extraluminización del contraste en la anastomosis, colección, atelectasias pasivas.</p> <p>Examen físico: Paciente en malas condiciones generales, deshidratada, en sinusal, ansiosa, no IYY 30°, pulmones con murmullo vesicular universal en agregados, rs cs rs pulsos disminuidos pero palpables, llenado capilar distal bueno, sin edemas, abdomen blando y depresible con leve dolor, globoso, herida quirúrgica en buen estado. <i>"Paciente femenino, de 42 años con sepsis de origen abdominal por peritonitis primaria por fuga anastomótica, presenta signos de disfunción multiorgánica, con falla renal sin indicación de TRRC, hipoxemia moderada a grave PaFi: 100, se ordena reto de LEV, monitoria invasiva de TA. Se comenta caso con cirujano y acordamos revisión quirúrgica para manejo de la causa, se informa a los familiares."</i>⁴⁴</p>
27-09-2013	<p>A las 21:00 horas⁴⁵ la especialidad de Cirugía Bariátrica (Dres. James A. Giraldo, Rangel, Palacio y Quiceno), observaron colección intra abdominal, región paraanastomótica bloqueada con fibrina, por lo que le fue realizado video laparoscopia diagnostica, drenaje de colección y lavado peritoneal.</p> <p>Plan de manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observación - Solución salina 500 cc + 2 gramos de dipiridona para 1 hora - C. de orina - Ranitidina 1 ampolla IV - Tomar C. de orina por sonda evacuante
27-09-2013	<p>Paciente valorada por el médico, Leonardo Ballestas Maldonado, quien estableció como diagnóstico: (i) K650 peritonitis aguda, (ii) A419 septicemia, no especificada, (iii) pop By Pass Gástrico, (iv) pop laparoscopia diagnóstica, (v) peritonitis secundaria – filtración intestinal. También obra registro de ventilación mecánica, soporte vasoactivo norepinefrina, obesidad mórbida, encontrándose en un estado de condiciones críticas con soporte ventilatorio.</p> <p>Análisis y Plan: Paciente que ingresa a la Unidad procedente de sala de operaciones; según informe de cirujano indicó que encontró colección en área adyacente a la anastomosis gástrica, sin evidencia actual de fuga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso con soporte vasopresor con dopamina siendo cambiado a norepinefrina por cuanto la paciente estaba taquicárdica. Le fueron colocados 2 bolos de SSNN de 300; Gases arteriales. Posteriormente se colocaron CVC Subclavio requiriendo 2 punciones sin complicaciones dejando con línea arterial y luego se dio continuidad a reanimación de acuerdo a Guías de Reanimación dada las condiciones críticas de la paciente con riesgo de fallecer
28-09-2013	<p>A las 1:00 horas, la paciente continua con ventilación mecánica, soporte vasoactivo norepinefrina, debido al deterioro clínico y por su estado anúrica. Se registran dificultades para la ventilación mecánica con desaturación; asimismo, en el RX de Tórax fue evidenciado neumotórax derecho del 50 %, con signos vitales TA 97/57, FC 145 FR ventilación mecánica, SAT: 85 %, ruidos cardiacos rítmicos y regulares sin soplos, campo pulmonar derecho con hiperventilación.</p> <p>Se decidió pasar tubo de toracostomía derecha con mucha dificultad por obesidad, continuándose con reanimación con LEV, solicitando a su vez RX Control, y se observó salida de materia fecal por drenaje izquierdo paciente en condiciones críticas con alto riesgo de fallecer.</p>
	<p>Durante la evolución, a las 2:07 presenta paro cardio respiratorio, con actividad eléctrica sin pulso, se inició RCP, para lo cual fue suministrada adrenalina 8mg. Se colocó vasopresina 40U directa realizando maniobras de</p>

⁴⁴ Ver vuelto folio 255 del Cuaderno 1

⁴⁵ Ver transcripción de historia clínica obrante a folio 292 del Cuaderno 1 y folio 255 del Cuaderno 1

29-09-2013	reanimación por 40 minutos corrigiendo hipoglicemia, verificándose intubación orotraqueal (Nº 9), pero la paciente nunca vuelve a ritmo sinusal continuando en actividad eléctrica sin pulso y fallece a las 2:47 am.
------------	---

-. Paralelamente para el 27 de septiembre de 2013⁴⁶ a la paciente con ocasión de la radiografía de tórax portátil se le encuentra presencia de neumotórax derecho con atelectasia del pulmón derecho y causa desvío de las estructuras del mediastino hacia la izquierda, adecuada expansión del hemitórax izquierdo y no se identificó enfisema subcutáneo.

- En audiencia de pruebas celebrada el 28 de julio de 2021 fue recibido el testimonio del Dr. Juan Diego Gutiérrez Isaza en el que explicó el procedimiento practicado a la señora Liliana Patricia López Manco, así:

"(...) PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA PARTE DEMANDANTE:
¿Dr. Gutierrez manifestó usted al señor Juez que tuvo la oportunidad de revisar la historia clínica, entonces conforme a esa revisión que usted hizo manifiéstele al Despacho en qué fecha tuvo usted la oportunidad de atender a la señora Liliana Patricia López Mango?
CONTESTO: *La paciente fue operada el 24 de septiembre de 2013 por el Dr. James, él la deja 1 día hospitalizada eso es lo usual, al día siguiente él le da alta con unas instrucciones y con una fórmula y unas indicaciones y la paciente regresa el 26 de septiembre al Hospital La María a las 23:00 horas, o sea ya casi al final del día consulta con el médico general de urgencias le refiere dolor abdominal especialmente en hipogastrio, o sea en la región de vejiga. El médico la ingresa le pide una serie de exámenes entre ellos le hace un examen de orina por medio de una sonda vesical, espera el resultado de esos exámenes. Yo soy el cirujano de turno de esa noche, y apenas recibe los exámenes ya al amanecer 4 o 5 de la mañana, para que yo evalué la paciente; ahí intervengo yo al amanecer la evaluó, reviso los exámenes. Es muy importante recalcar que estos pacientes son obesos mórbidos en especial esta paciente es supra mórbida ósea tiene más del 50% de su peso. Estos pacientes son difíciles de evaluar especialmente porque durante la cirugía usamos lo que llamamos puertos que son prácticamente unos punzones que atraviesan la cavidad abdominal. Se ponen entre 5 o 6 y eso en parte hace doloroso el abdomen, entonces evaluar estos pacientes es difícil. Sin embargo, yo considero que a esa paciente es importante que se le hagan o complementen otros exámenes y sea evaluada inmediatamente por el médico que reciba el turno, en ese momento el Dr. Rendón (...) e inmediatamente informarle al Dr. James Giraldo que era el médico que la intervino. (...)*
PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA: *¿Dr. Diego explíquenos por qué para el momento de los hechos septiembre de 2013 la praxis médica consideraba para ese momento una cirugía mayor y de alto riesgo, explíquenos por favor por qué es considerada como de alto riesgo.*
CONTESTO: *Como les digo, el obeso mórbido tiene múltiples comorbilidades, la obesidad conlleva hipertensión, problemas metabólicos, diabetes, desequilibrios a todos los niveles. El paciente mórbido a la hora de llevarse a anestesia tiene un riesgo muy alto ventilatorio, anestésico por lo que hablábamos por la intubación, cirugías largas, el paciente obeso se defiende mal de la infección, además de ser diabético, entonces es una cirugía de alta morbimortalidad. "Morbi" es enfermedades y complicaciones, y mortalidad es lo que todos sabemos. Entonces, la obesidad y más en este caso que era supra obeso o sea con un porcentaje mayor casi del 50% de su peso esperado era una cirugía de muy alto riesgo que se le advierte al paciente y a los familiares. (...)*
PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA: *¿Dr. Diego usted observó al hacer la evaluación de la historia clínica de la paciente que en vida correspondía a la señora Liliana Patricia López Manco, recuerda usted cuando evaluó la historia clínica esos antecedentes que ella tenía de sobrepeso que repercusiones tendrían si a ella se le indicó, se le señaló o se le dio a conocer precisamente, cuáles son las consecuencias de esa cirugía que se le iba a practicar?*
CONTESTO: *Sí, revisándola el Dr. James Giraldo pues le hizo firmar un consentimiento a la paciente que es requisito. Es más, ningún paciente se puede llevar a cirugía sin la firma de ese consentimiento tanto de anestesia como de cirugía y en la historia hay un consentimiento firmado. (...)*
PREGUNTADO POR LA APODERADA JUDICIAL DE LA ASEGURADORA LA PREVISORA S.A.: *¿... en la historia clínica se evidencia que a la paciente se le diagnóstico una sepsis de origen abdominal por fuga anastomótica, usted podría explicarle detalladamente al Despacho en qué consiste esa fuga anastomótica y cuáles pudieron haber sido las posibles causas de haberse presentado esa situación en la paciente?*
CONTESTO: *Esta cirugía es de alto riesgo porque son pacientes obesos que tienen múltiples*

⁴⁶ Ver vuelto folio 265 del Cuaderno 1

problemas que en el momento de hacer una anastomosis intervienen en que la anastomosis no falle problemas nutricionales, problemas de cicatrización, problemas de alteración metabólicas como la diabetes. Entonces uno de los más altos riesgos, y la complicación principal que conlleva a la mortalidad es la filtración. A los pacientes se les advierte esto pues es el riesgo principal de esta cirugía. A través de las preguntas yo les he explicado que la tomografía habló de una filtración, por eso el cirujano corroboró con una laparoscopia y es cuando él encuentra que ese proceso estaba completamente bloqueado por el mismo organismo por eso determino que con un drenaje era suficiente. Sin embargo, la sepsis es multicausal ya lo habíamos dicho puede venir de la orina, pulmón, de otras partes y es casi que un proceso en escalera, donde una cosa daña a la otra y entra el paciente en lo que llamamos los médicos algo irreversible, algo que no se puede volver atrás, que es casi, que es una cascada de complicación infecciosa. **PREGUNTADO POR LA APODERADA JUDICIAL DE LA ASEGURADORA LA PREVISORA S.A.:** ¿De conformidad con esa respuesta que nos acaba de dar, por favor indique al Despacho si los Protocolos o las Guías de Práctica Médica establecen si ese proceso de sepsis abdominal que atravesó la paciente puede considerarse como un riesgo inherente a ese procedimiento de cirugía By Pas Gástrico a la cual fue sometida? **CONTESTO:** Claro, claro, como te digo es el riesgo mayor de estos pacientes obesos, pues la sepsis es multicausal como he dicho es el riesgo mayor. (...) ⁴⁷

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" ⁴⁸. Así mismo, el Consejo de Estado ha referido que el daño es "la afectación, vulneración o lesión a un interés legítimo y lícito" ⁴⁹.

En el caso *sub judice*, el daño consiste en la muerte de la señora Liliana Patricia López Manco, a raíz de la cirugía Bypass gástrico realizada el 24 de septiembre de 2013. 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.

⁴⁷ Minutos 12:12 a 1:06:46 declaración de Dr. Juan Diego Gutiérrez Isaza recibida en audiencia de pruebas celebrada el 28 de julio de 2022 incorporado en el Documento Digital N° 39 del expediente digital

⁴⁸ Derecho Civil obligaciones. Pág. 538

⁴⁹ Sentencia 14 de marzo de 2019 Exp 39325 Consejera Ponente María Adriana Marín.

En el sub lite, la parte accionante le atribuye responsabilidad a las entidades demandadas por la falla en que habrían incurrido en la prestación del servicio médico, pues considera que la muerte de la señora Liliana Patricia López Manco fue consecuencia de la filtración intestinal ocasionado por el procedimiento Bypass Gástrico. Que tal hecho conllevó a ser reintervenida, presentando posteriormente falla multisistémica secundaria a la sepsis producto de peritonitis aguda por la perforación intestinal. Aduce que las entidades son responsables por transgredir los protocolos y guías de manejo.

En esa medida, para establecer si el daño alegado en la demanda les es atribuible a las entidades demandadas, es pertinente analizar, a partir de las pruebas allegadas al proceso, la atención médica brindada al paciente.

Entre la documentación allegada con la demanda como la allegada por las entidades demandadas, se observa que obra la atención brindada a la paciente entre los días 1 de agosto hasta el 28 de septiembre de 2013. En tales documentos se evidencia los diagnósticos de obesidad mórbida grado III y IV, razón por la cual el médico tratante consideró que la cirugía By Pass Gástrico por laparoscopia era la *"única opción quirúrgica de curación"*⁵⁰.

A su vez, en el expediente obra consentimiento informado para el procedimiento de cirugía de By Pass Gástrico por laparoscopia firmado por la paciente y su posterior reintervención de laparoscopia diagnóstica suscrito por su familiar, de lo cual se relievó lo siguiente: (i) El 1 de agosto de 2013 el Cirujano Bariátrico, Oncólogo Gastrointestinal, Endoscopia Digestiva, Cáncer Digestivo, Dr. James A. Giraldo S.⁵¹ le explicó a la paciente sobre los riesgos de la cirugía By Pass Gástrico por laparoscopia, consistentes en *"sangrado, perforación intestinal, reintervención, estenosis, muerte, neumonía, peritonitis, sangrado (sic), infarto, lesión órganos vecinos. (...)"*. (ii) Posteriormente, el 5 de agosto de 2013 el médico anesthesiólogo, Dr. Luis B- Rave⁵², también informó sobre los riesgos a la paciente, así *"sangrado, insuficiencia respiratoria, trauma de vía aérea, paro cardiorrespiratorio y muerte (...)"*⁵³. (iii) El 27 de septiembre de 2013 nuevamente fue intervenida con ocasión del diagnóstico de filtración post By Pass Gástrico a través del procedimiento diagnóstico de laparoscopia diagnóstica, por lo que le fue informado al familiar de la paciente acerca de los siguientes riesgos: *"sangrado, muerte, estenosis, daño pórganos vecinos, filtración, tromboembolismo"*⁵⁴.

De acuerdo con el consentimiento informado y aceptado por el paciente, el 24 de septiembre de 2013 le fue realizada la cirugía, para lo cual se registró lo siguiente: *"hígado aumentado de tamaño, estómago de aspecto usual, adherencias de epiplón a cicatriz de cirugía anterior"*⁵⁵. A su vez, el procedimiento desarrollado por el médico cirujano fue practicado de la siguiente manera: (i) incisiones # 5 en hemiabdomen superior, insuflación de CO2 con Verres, paso de 3 trócares de 12 mm y 2 de 5 mm; (ii) disección de His, confección de pouch gástrico con 5 disparos de endograpadoras de 45 mm cartucho azul; (iii) anastomosis gastroyeyunal con endograpadora de 45 mm cartucho blanco y vicryl 0 calibrándola sobre sonda 32 Fr y anastomosis yeyuno yeyunal a 2 metros de la anterior con endograpadora de 45 mm cartucho blanco y vicryl 0. Cierre de mesos; (iv) prueba de azul de metileno negativa, sección de asa inter anastomótica con endograpadora de 45 mm cartucho blanco; y (v) revisión de hemostasia, instalación de 20 cc de xilocaína al 1% sin epinefrina, evacuación de CO2, retiro de trócares, cierre de piel con prolene 3 – 0, infiltración de heridas con 20 cc de Bupivacaina al 0,5 % con epinefrina⁵⁶. El procedimiento fue realizado sin complicaciones. En el postoperatorio, la paciente estuvo hospitalizada por 1 día encontrándose de forma estable sin complicaciones y para el 25 de septiembre de 2013 le dieron salida con medicamentos, recomendaciones e indicaciones.

⁵⁰ Ver nota médica consignada en la historia clínica obrante a folio 14 del Cuaderno 1

⁵¹ Ver vuelto folio 242 del Cuaderno 1

⁵² Folio 243 del Cuaderno 1

⁵³ Folio 243 del Cuaderno 1

⁵⁴ Ver vuelto folio 260 del Cuaderno 1

⁵⁵ Ver vuelto folio 260 del Cuaderno 1

⁵⁶ Ver folio 190 del Cuaderno 1

Luego el día siguiente finalizando el día ingresó por urgencias⁵⁷ con triage II por la siguiente sintomatología: dolor en el hipogastrio, ardor para orinar y disuria, pero sin salida de orina. Como plan de manejo fue solicitado cito químico de orina por sonda vesical; y mediante "sonda vesical se tiene 60 CC de orina verde oscura y que la paciente relata que no elimina desde ayer", ordenándose a su vez su hospitalización.

Posteriormente, horas más tarde, el 27 de septiembre de 2013 fue valorada por el médico cirujano general Juan Diego Gutiérrez Isaza quien ordenó entre otros laboratorios los de gases arteriales, urocultivo, hemocultivo y eco abdominal con la finalidad de descartar filtración; asimismo, fue ordenada Rx Tórax. Una vez revisados los resultados sobre las 9:00 a.m. por la especialidad de cirugía general por el Dr. Gonzalo Rendón Cardona, le fue ordenada valoración por UCI y valoración cirugía bariátrica, ordenándose de forma urgente TAC abdomen simple y contraste oral.

Efectivamente, el mismo día 27 de septiembre de 2013 con ocasión del TAC abdomen simple se evidenciaron los siguientes hallazgos:

"(...) Hallazgos:

Hay cambios de By Pass Gástrico, identificando imágenes radiodensas por suturas, localizadas hacia la curvatura menor y mayor del estómago excluido y a nivel de las anastomosis, identificando a nivel de la anastomosis gastroentérica del remanente gástrico salida del medio de contraste hacia la grasa peritoneal sugestiva de filtración, identificando algunas burbujas de gas adyacentes, sin embargo, no hay una franca colección en el momento. Igualmente se observa neumoperitoneo residual.

Líquido perihepático esplénico, goteras parietocolicas y la pelvis en escasa cantidad. El hígado, bazo, páncreas, glándulas adrenales y riñones son normales, teniendo en cuenta la falta de medio contraste.

Se observa pequeña burbuja de gas hacia el retroperitoneo

Vejiga mínimamente distendida, con sonda en su interior

Hay edema y enfisema subcutáneo sobre los tejidos blandos, principalmente hacia la fosa iliaca e hipocondrio derechos

En lo incluido del tórax se observa mínimo derrame pleural bilateral, con atelectasias pasivas

CONCLUSIÓN

Cambios postquirúrgicos por By Pass Gástrico identificando extraluminización del medio de contraste a nivel de la anastomosis gastroentérica colección

Neumoperitoneo y líquido libre abdominal

Derrame pleural bilateral y atelectasias pasivas

Edema y enfisema subcutáneo sobre los tejidos blandos (...)⁵⁸

Luego, por los anteriores hallazgos, el mismo 27 de septiembre de 2013 el mismo cirujano que realizó la cirugía de By Pass Gástrico con apoyo del Dr. Rangel, decidió reintervenir a la paciente. El procedimiento consistió en laparoscopia diagnóstica – drenaje de colección y lavado peritoneal por laparoscopia y colocación de drenes, en donde fue evidenciado entre otros hallazgos, (i) colección de líquido intestinal hemi abdomen superior, (ii) anastomosis gastro-yeyunal muy sellada pero con colección adyacente que no permite visualización completa de línea de grapado anastomosis gastro – enteral por la presencia de fibrina y adherencias densas – anastomosis yeyuno – yeyunal indemne – y línea de

⁵⁷ Ver transcripción de historia clínica obrante a folio 291 y ver vuelto folios 250 – 251 del Cuaderno 1

⁵⁸ Folio 80 del Cuaderno 1

grapado inter anastomótico selladas sin evidencia de sangrado en cavidad. Tal procedimiento se realizó entre las 11:30 y las 13:30 horas.

Así, entonces, debido a la presencia de colección de líquido intestinal en el hemi abdomen superior como en el gastro-yeyunal de forma adyacente a la anastomosis, el médico cirujano James Giraldo reintervino a la paciente, cuyo procedimiento se describió así: (i) incisiones previas de trocares # 3 en hemiabdomen superior, insuflación de CO2 hasta 15 HG paso de 3 trócares de 12 mm; (ii) identificó como hallazgos, drenaje de cavidad y colección peri hepática e interasas en vecindad de región anastomótica gastro – yeyunal, para lo cual efectuó lavado con 1 litro de ssn 0.9% drenando los espacios subhepáticos, goteras y recesos peritoneales; y realizó múltiples cambios de posición para revisión exhaustiva de la cavidad peritoneal. De esta manera, liberó algunas adherencias evitando remoción de fibrina que produzca aperturas incidentales de líneas de sutura; y (iii) finalmente, procedió a la colocación de drenes en ambos flancos derecho e izquierdo con la punta en región peri anastomótica gastro – yeyunal de Blake y de sump fijándolos a la pared abdominal.

Luego, al día siguiente a la 01:00 horas la paciente registraba como diagnósticos (i) pop Bypass gástrico; (ii) pop laparoscopia diagnóstica; (iii) peritonitis secundaria – filtración intestinal; (iv) obesidad mórbida; (v) choque mixto? requiriendo de ventilación mecánica, soporte vasoactivo norepinefrina presentando ruidos cardiacos rítmicos y regulares sin soplos, campo pulmonar derecho con hiperventilación. Igualmente, se decidió pasar tubo de toracostomía derecha con mucha dificultad por obesidad continuándose con reanimación con LEV, solicitando a su vez RX Control, y se observó salida de materia fecal por drenaje izquierdo paciente en condiciones críticas con alto riesgo de fallecer.

El 29 de septiembre de 2013 nuevamente fue valorada por UCI⁵⁹ con registro de diagnósticos consistentes en (i) pop By Pass Gástrico; (ii) pop laparoscopia diagnóstica; (iii) peritonitis secundaria – filtración intestinal; (iv) obesidad mórbida; (v) choque mixto? – refractario; (vi) neumotórax; igualmente, obra registro de ventilación mecánica, soporte vasoactivo norepinefrina, anúrica, obesidad mórbida, toracostomía derecha. Durante la evolución, a las 2:07 presenta paro cardio respiratorio, con actividad eléctrica sin pulso, se inició RCP, para lo cual fue suministrada adrenalina 8mg. Se colocó vasopresina 40U directa realizando maniobras de reanimación por 40 minutos corrigiendo hipoglicemia, verificándose intubación orotraqueal (Nº 9), pero la paciente nunca vuelve a ritmo sinusal continuando en actividad eléctrica sin pulso y fallece a las 2:47 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 By Pass Gástrico por laparoscopia y otro, referente a la reintervención por la complicación que se presentó luego de la cirugía.

En lo que concierne al procedimiento quirúrgico de By Pass Gástrico por laparoscopia, este fue realizado sin ningún tipo de complicación. A la postre, el procedimiento se desarrolló dentro de los términos previstos, en cuanto a resultado final, que era la reducción del estómago sin complicaciones, y tiempo que fue de aproximadamente 2 horas. Luego de la cirugía, la paciente fue trasladada a piso bajo permanente observación estricta y cuidados postoperatorios indicados, evidenciando que estaba en condiciones normales de recuperación, motivo por el cual se dio salida para el 25 de septiembre de 2013.

Posteriormente, la paciente al otro día de la salida acudió por urgencias siendo hospitalizada inmediatamente tras advertirse con la muestra de orina tomada por sonda un color verde oscuro y luego con ocasión de los hallazgos del tac abdominal se observaron cambios postquirúrgicos por By Pas Gástrico en donde fue advertida la extraluminización del medio de contraste a nivel de la anastomosis gastroentérica colección y derrame pleural bilateral y atelectasias pasiva, ante lo cual el personal médico interpreta como colección de líquido intestinal. Después de estabilizarle las cifras

⁵⁹ Ver vuelto folio 258 del Cuaderno 1

tensionales, fue reintervenida, donde el médico tratante a través de laparoscopia realizó drenaje de colección y lavado peritoneal y colocación de drenes estableciendo principalmente como diagnósticos la filtración de la anastomosis gastroyeyunal, colección intraabdominal, secundaria a la filtración, sepsis de origen abdominal y atelectasias pasivas.

Así, entonces, se encuentra que fueron principalmente cuatro de las complicaciones post operatorias inmediatas⁶⁰ que se presentaron con ocasión de la cirugía By Pass Gástrico por laparoscopia realizada a la paciente: una, consistente en la filtración de la anastomosis gastroyeyunal, y otra, en la colección intraabdominal, secundaria a la filtración. Al respecto, es preciso señalar que, de acuerdo con la literatura médica⁶¹, ambas complicaciones están previstas y documentadas en la literatura médica, 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 de la paciente Liliana Patricia López Manco, previo a la cirugía, le fueron informados tanto los beneficios que se esperaban del procedimiento de cirugía By Pass Gástrico como de las complicaciones que se podían presentar, ante lo cual aceptó.

Obsérvese que la sepsis de origen abdominal que presentó la paciente fue tan severa que, asociada a las demás preexistencias o comorbilidades, edad, y peso, produjo la complicación y que, al final, fue la causa de la muerte. Ahora, en lo que concierne a la colección intraabdominal que se encontró en la reintervención quirúrgica, igualmente, es una complicación prevista en el caso de la cirugía de By Pass Gástrico Laparoscopia realizada, lo que puede conllevar a infecciones en sus diferentes grados de gravedad.

En esa medida, no le asiste razón a la parte demandante al señalar que la causa de la muerte fue la filtración de anastomosis debido a la lesión intestinal, catalogada como un evento adverso previsible y prevenible debido a que la muerte se hubiera podido evitar con la adecuada técnica quirúrgica. Nótese que, de acuerdo con los exámenes diagnósticos practicados a la paciente en el postoperatorio, no aparece documentado que haya habido una lesión intestinal al momento de realizar la cirugía del By Pass Gástrico. En cambio lo que sí se evidenció es que pese a los cuidados con que se realizó el procedimiento quirúrgico, se presentó la filtración de anastomosis gastroyeyunal, que, como se indicó, es una complicación que está documentada en la literatura médica y que se presenta entre 3 y 12% de los pacientes⁶². De dicha complicación fue advertida la paciente, previo a la cirugía y dio su consentimiento para el mismo.

Establecido lo anterior, queda claro que la muerte de Liliana Patricia López Manco no ocurrió por una falla médica, sino que tuvo como causa directa la sepsis abdominal que presentó luego de la intervención quirúrgica inicial, lo que le desencadenó las múltiples complicaciones anotadas. La complicación de la filtración intestinal que habría dado lugar a la colección intrabdominal, apenas fue contemplada como una hipótesis que no fue confirmada, pues en la reintervención quirúrgica el uso de drenaje postoperatorio. En todo caso, al revisar la historia clínica, se observa la debida diligencia con que actuó el

⁶⁰ Artículo "Estenosis de la anastomosis gastroyeyunal como complicación de la derivación gástrica en cirugía bariátrica por laparoscopia. Reporte de tres casos y su manejo". Publicación en la Revista Colombiana de Cirugía. Versión Impresa ISSN 2011-7582 Versión en línea ISSN 2619-6107. Rdo. colombo. cir. vol.20 no.1 Bogotá Ene./Mar. 2005, "Muchas de las complicaciones de la derivación gástrica en cirugía bariátrica se relacionan directamente con las condiciones comórbidas, en especial la hipertensión, apnea del sueño y enfermedades cardíacas. Otras condiciones asociadas que pueden influir en la morbilidad, pero en menor magnitud, son la diabetes mellitus, asma, enfermedad degenerativa articular, síndrome de hipoventilación de la obesidad, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar, infecciones micóticas en la piel. El porcentaje de complicaciones tempranas y tardías para la derivación gástrica en Y de Roux por laparoscopia es de 3,3 a 15% y de 2,2 a 27% respectivamente (5). Las complicaciones durante el postoperatorio temprano son el tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, filtración de la anastomosis (principalmente la gastroyeyunal), infección de la herida quirúrgica, evisceración (notoriamente en cirugía abierta), sangrado gastrointestinal, obstrucción del intestino delgado, paro cardíaco, atelectasias y neumonía; las del postoperatorio tardío son la hernia incisional (notoriamente en cirugía abierta), coledocistitis sintomática, estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, fístulas gastrogástricas, úlceras marginales y obstrucción intestinal por adherencias o hernias internas, particularmente la hernia de Peterson (7)" Consulta efectuada en la dirección http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822005000100007

⁶¹ Consulta efectuada en la dirección https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000200005

⁶² Complicaciones posteriores a derivación gastroyeyunal en Y de Roux. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-complicaciones-posteriores-derivacion-gastroyeyunal-y-articulo-X0375090610873553>.

personal médico para atender de manera oportuna y con criterio profesional idóneo a la paciente frente a las complicaciones que se presentaron.

En tales condiciones, la atención médico asistencial brindada a la 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 recupere, pues ello depende de múltiples factores ajenos a ellos, entre otros, la manera como responda el cuerpo del paciente al tratamiento.

Finalmente, es preciso señalar que si bien se registró que Caprecom EPS demoró un año para la autorización de la cirugía del By Pass Gástrico, tal hecho no resulta ser la causa directa de la muerte.

En conclusión, como el daño, consistente en la muerte de la señora Liliana Patricia López Manco no tuvo como causa la falla médica alegada en la demanda, no le resulta atribuible jurídicamente a las entidades demandadas. Por consiguiente, se denegarán las pretensiones de la demanda porque la parte accionante no cumplió con la carga afirmativa de la prueba, señalada en el artículo 167⁶³ del Código General del Proceso, tendiente a acreditar la falla del servicio.

2.6. 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.

Finalmente, el abogado Camilo Andrés Bernal Bermeo presentó renuncia⁶⁴ al poder conferido por el PAR Caprecom Liquidado razón por la cual se aceptará su renuncia. Asimismo, el apoderado especial de la Fiduciaria La Previsora S.A., vocera y administradora del PAR Caprecom Liquidado⁶⁵, confirió poder a la abogada Vannesa Fernanda Garreta Jaramillo⁶⁶ en calidad de representante legal de Distira Empresarial S.A.S. para ejercer su representación judicial. En consecuencia, se le reconocerá personería a la nueva apoderada judicial.

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.

⁶³ 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.*

⁶⁴ Documentos Digitales N° 75 – 77 del Expediente Digital

⁶⁵ Documentos Digitales N° 78 – 82 del Expediente Digital

⁶⁶ Certificado de Vigencia N° 1062051

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: En firme esta providencia, 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.

QUINTO: ACEPTAR la renuncia al abogado Camilo Andrés Bernal Bermeo al poder conferido por el PAR Caprecom Liquidado.

SEXTO: RECONOCER personería a la abogada Vannesa Fernanda Garreta Jaramillo como apoderada judicial del PAR Caprecom Liquidado, en los términos y efectos del poder conferido.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**JOSÉ IGNACIO MANRIQUE NIÑO
JUEZ**

dmap

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

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

Código de verificación: **cd23230b28ed405ea9eaff45ed6b14fb586ae52e2900380f1deec64f28bc9ba5**

Documento generado en 03/05/2023 06:43:46 PM

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