

ACCION DE REPARACION DIRECTA - Por falla del servicio médico asistencial / FALLA DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL - Por errores en procedimientos médicos urológicos a paciente con síntomas obstructivos urinarios / PROCEDIMIENTO UROLOGICO - Erróneo en Hospital Central de la Policía / FALLA DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL - De Hospital Central de la Policía por intervenir quirúrgicamente en repetidas ocasiones a paciente con estrechez uretral sin presentar mejoría / DAÑO ANTIJURIDICO - Dependencia a un tratamiento de dilatación del conducto uretral de paciente con obstrucción urinaria e impotencia sexual

Se tiene acreditado que el señor José Isidro Corredor Castillo fue remitido al Hospital Central de la Policía al presentar síntomas obstructivos urinarios el día 5 de abril de 1993, ante lo cual los médicos decidieron adelantar un tratamiento con medicamentos llamados “Alfa Bloqueadores”, realizando controles periódicos dado que su estado de salud no ameritaba intervenciones quirúrgicas. (...) en el año 1995, el paciente inició “síntomatología del tracto urinario bajo” por lo que se dio un manejo médico sin que el señor Corredor Castillo presentara mejoría, motivo por el cual el día 13 de septiembre de 1996 se le practicó una “resección transuretral”, intervención de la cual salió sin complicación. El día 5 de junio de 1997 el paciente acudió al Hospital Central de la Policía al presentar “secreción uretral purulenta”, por lo que fue hospitalizado en dicho centro médico al diagnosticársele “uretritis” y al efectuarse el urocultivo se determinó que se trataba de “Staphylococcus epidermidis” por lo que fue tratado hasta el 10 de junio siguiente con antibióticos por mejoría clínica, debido a que la secreción purulenta persistió, el día 22 de julio de 1997 el paciente fue nuevamente hospitalizado y tratado al demostrarse mediante otro urocultivo que presentaba una “Corynebacterium sp” (...) Dado que la estrechez uretral del paciente continuó, el 2 de febrero de 1999 se llevó a cabo una “uretrectomía anterior total + uretroplastia del 70% de uretra anterior con colgajo pediculado de piel y colgajo pediculado de prepucio” cuya evolución no fue satisfactoria, comoquiera que el señor Corredor Castillo presentó un absceso perineal que tuvo que ser tratado intra hospitalariamente el día 12 de abril de esa misma anualidad. (...) en el mes de julio de 1999 el “colgajo distal de la uretra” presentó un proceso necrótico y se llevó a cabo una “urectocistoscopia” a través de la cual se determinó por los galenos que la uretra se encontraba nuevamente sellada, motivo por el cual se realizó una “uretostomía”, intervención por medio de la cual se efectuó el remplazo del 80% de la uretra y finalmente generó que se le fuera retirada la cistotomía al paciente. Por último, el médico tratante efectuó múltiples intervenciones de dilatación de la uretra al paciente y, según la historia clínica aportada al proceso, la última fue la “uretrografía + dilatación uretral” realizada el 23 de mayo de 2001.

PRUEBAS DOCUMENTALES - Aportadas por testigos / PRUEBAS DOCUMENTALES VALORACION PROBATORIA - Por guardar relación con los hechos sobre los que declararon los testigos que las aportan

De conformidad con el numeral 7° del artículo 228 del Código de Procedimiento Civil, los testigos están facultados para aportar al proceso documentos que tengan relación con los hechos sobre los cuales declaran. En ese sentido, se observa que el médico Botero Muñoz aportó con su testimonio dos documentos que cumplen con lo dispuesto por la norma en mención, por lo cual serán tomados en cuenta por la Sala.

FUENTE FORMAL: CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL - ARTICULO 228, NUMERAL 7

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO - Por negligencia en la prestación del servicio médico hospitalario a paciente con estrechez uretral / RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL MINISTERIO DE DEFENSA HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA - Inexistente por acreditarse mediante dictamen médico legal que las intervenciones urológicas se ajustaron a los parámetros de la la lex artis / DICTAMEN MEDICO LEGAL - Diagnóstico, tratamiento y seguimiento a paciente con estrechez uretral fueron oportunas y suficientes dentro de la racionalidad técnico científica / DICTAMEN MEDICO LEGAL - La cirugía de resección transuretral de próstata practicada al paciente lleva implícita complicaciones irresistibles para el cuerpo médico / RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL MINISTERIO DE DEFENSA HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA - Inexistente por acreditarse que enfermedad venérea adquirida luego de intervención quirúrgica a paciente agravó su estado de salud causándole una infección en el sector intervenido

No se puede concluir que el personal médico del Hospital Central de la Policía hubiese actuado de forma negligente o deficiente en la prestación de los servicios médicos brindados al señor Corredor Castillo, tal y como lo afirma la parte actora, ni mucho menos que esa hubiere sido la causa de la estrechez uretral o de la impotencia de las cuales padece. (...) el dictamen pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal señaló que las intervenciones médicas urológicas adelantadas al señor José Isidro Corredro Castillo cumplían con los parámetros establecidos por la “lex artis”, tanto para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, pues fueron “oportunas, suficientes sin interrupciones en el suministro de la atención y dentro de una racionalidad técnico – científica”; asimismo, en dicho medio probatorio se indicó que la cirugía de “resección transuretral de próstata” practicada al señor Corredor Castillo lleva implícita varias complicaciones, entre ellas, problemas obstructivos. (...) el demandante atribuyó sus problemas de fertilidad e impotencia al tratamiento que le brindó el personal médico del Hospital Central de la Policía, lo cierto es que el médico cirujano urólogo Duarte Mejía indicó que la existencia de enfermedades de transmisión sexual pueden causar dichos problemas, tal y como lo presentó el paciente en este caso y que también pudo incidir en ello un factor como la edad del señor Corredor Castillo. (...) para la Sala no existe criterio de causalidad que permita vincular la conducta o comportamiento del personal de la entidad demandada con hechos desencadenantes del daño, pues, se reitera, no obran elementos de convicción que permitan inferir que habrían sido las omisiones e irregularidades en el servicio médico prestado las que produjeron el hecho dañoso. **NOTA DE RELATORIA:** En relación con la causalidad como elemento de la responsabilidad patrimonial del Estado, consultar sentencia del 11 de febrero de 2009, Exp. 17145

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION TERCERA

SUBSECCION A

Consejero ponente: MAURICIO FAJARDO GOMEZ

Bogotá, D.C., treinta (30) de abril de dos mil catorce (2014)

Radicación número: 25000-23-26-000-2003-00030-01(29812)

Actor: JOSE ISIDRO CORREDOR CASTILLO

Demandado: MINISTERIO DE DEFENSA - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

Referencia: APELACION SENTENCIA - ACCION DE REPARACION DIRECTA

La Sala procede a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 17 de noviembre de 2004 por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera – Sala de Descongestión, mediante la cual se denegaron las pretensiones de la demanda.

I. ANTECEDENTES

1.1.- La demanda.

En escrito presentado el 19 de diciembre de 2002, por intermedio de apoderado judicial, el señor José Isidro Corredor Castillo interpuso demanda en ejercicio de la acción de reparación directa contra la Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional – Hospital Central de la Policía - Sanidad, con el fin de que se le declarara administrativamente responsable por los perjuicios sufridos como consecuencia de las lesiones causadas al demandante por la *“inaplicación de los medios adecuados, el equivocado manejo de las intervenciones quirúrgicas y el tardío tratamiento médico, quirúrgico y hospitalario”*

Como consecuencia de la anterior declaración, solicitó que se condenara a la entidad demandada por concepto de perjuicios materiales, a favor del demandante la suma de \$100'000.000¹; por concepto de perjuicios morales el equivalente en pesos a 150 salarios mínimos mensuales legales vigentes y por “daños a la vida de relación” la misma suma de dinero.

Como **fundamentos de hecho de la demanda** se expusieron los siguientes:

¹ Cantidad que resulta superior a la legalmente exigida para tramitar el proceso en dos instancias, comoquiera que a la fecha de presentación de la demanda, esto es el 19 de diciembre de 2002, la cuantía establecida para esos efectos era de \$ 36'950.000 (Decreto 597 de 1988).

“El señor José Isidro Corredor Castillo se presentó hace aproximadamente diez años al servicio médico de la Policía Nacional, quejándose de malestar en la vejiga. El médico del dispensario de ACOPORE le diagnosticó Prostatismo y lo remitió al Hospital Central de la Policía Nacional donde correspondió su cita con el médico Augusto Botero Muñoz, quien adelantó un tratamiento con varios medicamentos por un término aproximado de tres años, sin obtener resultado favorable, ante lo cual decidió solicitar la práctica de diversos exámenes y la programación de una cirugía que fue realizada el día once (11) de septiembre de 1996. En la cita de control del servicio de Urología que se le realizó ocho (8) meses después de la operación, el Doctor Augusto Botero diagnosticó que el dolor que persistía en el paciente era el resultado de que tenía el cuello de la vejiga muy alto, de acuerdo con los exámenes que le habían sido practicado[s] previamente. Ello determinó que se ordenara una nueva intervención quirúrgica ese mismo día, practicada a mi representado por el doctor Mauricio Moreno por orden expresa del doctor Botero.

6. La que en principio era una simple cirugía ambulatoria, se complicó para el Doctor Moreno, quien durante la intervención y ante el profuso sangrado del paciente, le gritaba a su asistente de nombre Henry que le alcanzara agua. Al escuchar los gritos de dolor de mi representado, irrumpió en la sala el doctor Augusto Botero quien terminó de practicar la intervención, luego de la cual se presentaron síntomas adicionales en el paciente relacionados con lesiones y perforación del conducto uretral.

7. A partir de esta segunda intervención quirúrgica, el señor José Isidro Corredor Castillo se sintió más enfermo y comenzó a presentar abundante sangrado por la uretra por cerca de veinte (20) días luego de los cuales se presentó grave infección que obligó a mi poderante a regresar al Hospital Central de la Policía para ser atendido por el servicio de urgencias a principios de junio de 1997. Allí le colocaron una sonda que fue retirada días después por el doctor Moreno quien le formuló un tratamiento con medicamentos para combatir la infección.

8. El jueves siguiente se presentó mi representado al servicio de urología donde fue atendido por el doctor Augusto Botero quien le suspendió el tratamiento ordenando por el doctor Moreno, según él por no corresponder con el tratamiento adecuado para la dolencia que presentaba el paciente. Ese mismo día 5 de junio de 1997, el doctor Augusto Botero ordenó la hospitalización inmediata del paciente por un término de cinco (5) días.

9. El día 22 de julio de 1997, el señor Corredor Castillo presentó obstrucción severa del conducto uretral que determinó una nueva e inmediata hospitalización ordenada por el doctor Augusto Botero. Durante esta nueva hospitalización se le preparó para una nueva cirugía que tuvo lugar el día 30 de julio de 1997, en la que se le abrió internamente el conducto uretral.

10. Nueve (9) meses después de esta intervención, se le cerró nuevamente la uretra obligando al paciente a retomar el servicio de urgencias del Hospital Central de la Policía donde le intentaron colocar una sonda sin éxito alguno, obligando a practicarle una nueva intervención quirúrgica en la que le introdujeron un aparato por la uretra con el que lo cercenaron una parte de la misma para que pudiera evacuar la orina.

11. El señor Corredor Castillo fue citado para una nueva fecha en el mismo consultorio por el doctor Botero, quien le informó que debía ser intervenido nuevamente en la uretra. Ese mismo día se inició el procedimiento quirúrgico a las once de la mañana y una hora después no había terminado la operación por lo cual fue enviado así como estaba a la sala de recuperación, presentando fuerte sangrado por la uretra. Sólo hasta las dos de la tarde (2:00 p.m.) le aplicaron anestesia en la columna vertebral para terminar la operación practicada por el doctor López, luego de la cual el doctor Botero le manifestó a mi representado que resultaba necesario reemplazar la función uretral por una sonda vesical durante un tiempo de 30 a 45 días, a fin de que el conducto se desinflamara y se secara. La intervención necesaria para implantar la sonda se programó y realizó para el día 15 de julio de 1998, la cual desencadenó una nueva infección.

12. En el mes de diciembre el doctor Botero le formuló a mi poderdante 20 ampolletas para combatir la infección de la última operación y le ordenó varios exámenes para prepararlo para una nueva operación que tendría lugar el día 3 de febrero de 1999, en la que se le implantó una sonda en la uretra que fue retirada en el mes de marzo y luego también se infectó en agosto del mismo año. Luego, en enero de 2000 se infectó nuevamente, haciendo necesaria la adopción de un nuevo tratamiento para combatirla.

13. El doctor Botero consideró entonces necesaria la convocatoria de junta médica para establecer la posibilidad de reconstruir la uretra por partes. Se programó la cirugía para el día 5 de abril de 2000, luego de la cual solo tardó 36 horas en infectarse y cerrarse nuevamente la uretra del paciente, lo que determinó que su hospitalización se prolongara por dos (2) días más durante los cuales lo observó un médico de apellido González, quien, junto con dos enfermeras le practicó una operación sin anestesia consistente en el cercenamiento de la parte inferior del escroto, procedimiento durante el cual se le ejerció presión excesiva sobre el testículo izquierdo.

14. Otra cirugía se programó para el 5 de julio, en la que se le reconstruyó otra parte de la uretra y se le implantó una sonda que fue retirada el 25 de septiembre de 2000. Nuevamente el doctor Botero le ordenó a mi poderdante una cirugía ambulatoria para el 6 de diciembre de 2000 en la que le quitaron fragmentos de tejido que obstruían el paso de la orina.

15. A lo largo de las nueve intervenciones que tuvo que soportar mi representado durante su "viacrucis", se le dilató el conducto uretral con varillas del calibre 8 hasta el 22, dilatadores, sondas, sustitutos

y aparatos de uretrografía que maltrataron de manera inmisericorde sus sistema urinario y reproductor.

(...)

18. El señor José Isidro Corredor Castillo ha quedado sujeto a un tratamiento de dilatación, ya que el sistema urinario se le cierra y el miembro viril no tiene su erección debido a las diversas e inexpertas cirugías realizadas a los órganos de la uretra, escroto y próstata” (fls. 2 – 26 c 1).

La demanda fue admitida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca a través de providencia del 27 de febrero de 2003, decisión que fue notificada en debida forma a la entidad demandada (fls. 29-30 y 32 c. 1).

1.2.- La contestación de la demanda.

La Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional contestó la demanda oponiéndose a las pretensiones formuladas en ella; como razones de su defensa manifestó que tal y como se consignó en el Acta de Auditoría Médica No. 004 del 29 de mayo del 2003, el tratamiento brindado por el personal médico del Hospital Central de la Policía al señor Corredor Castillo fue adecuado, pues se tiene que una vez el paciente acudió al referido hospital se diagnóstico correctamente que padecía de *“obstrucción del tracto urinario”*, por lo que se adelantó la cirugía que dicha patología requería, no obstante lo cual, dicha intervención supone unos riesgos inherentes los cuales de ninguna manera constituyen fundamento alguno para la declaratoria de responsabilidad pues son circunstancias accidentales y ajenas a la prestación del servicio médico, aunado ello al hecho de que el paciente fue informado con suficiente claridad de los tratamientos que se iban adelantando y de cada uno de esos riesgos, tal y como se consignó en su historia clínica.

Sobre ello, la demandada destacó que el doctor Augusto Botero, quien efectuó la referida intervención, había actuado durante todo el tratamiento de manera diligente y prudente pues siempre prescribió el tratamiento adecuado pero que dadas las características y dificultades de la enfermedad del paciente, sumado a las complicaciones que toda intervención quirúrgica supone, el estado de salud del paciente no presentó mejoría sin que esto fuera atribuible a la actividad médica desplegada, pues, se reitera, siempre se agotaron de manera oportuna los procedimientos médicos no quirúrgicos, quirúrgicos y farmacológicos.

1.3.- Alegatos de conclusión en primera instancia.

Vencido el período probatorio previsto en providencia proferida el 14 de agosto de 2003, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Subsección A, corrió traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para que rindiera concepto, mediante auto del 2 de septiembre de 2004 (fls. 55-56 y 73 c. 1). La entidad demandada y el Ministerio Público guardaron silencio.

En sus alegaciones finales, la parte actora señaló que para el *sub examine* se había acreditado la falla en la prestación del servicio médico pues de conformidad con el material probatorio obrante en el proceso se podía concluir que el estado de salud del señor Corredor Castillo había desmejorado gravemente una vez practicadas cada una de las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido, cuestión contraria a lo esperado por el demandante, pues se le sometió a un riesgo superior al que debía soportar.

En ese sentido destacó que la doctrina amparaba una teoría denominada “*el álea quirúrgica*”, según la cual cuando el daño es causado al paciente de manera exclusiva por una situación “accidental” en cualquier tipo de intervención quirúrgica, sin que se trate de una conducta negligente del médico tratante, el daño debe ser reparado comoquiera que la víctima no tenía conocimiento del riesgo al que fue sometido.

1.4.- La sentencia apelada.

Una vez cumplido el trámite legal correspondiente, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca profirió sentencia el 17 de noviembre de 2004, oportunidad en la cual denegó las súplicas de la demanda.

Para arribar a la anterior decisión, el Tribunal de primera instancia puso de presente que de conformidad con el acervo probatorio recaudado en el proceso, había lugar a concluir que el hecho dañoso por cuya indemnización se demandó no resulta jurídicamente imputable a la entidad demandada, en cuanto se demostró que los procedimientos médicos practicados al señor José Isidro Corredor Castillo fueron adecuados y oportunos, tomando en cuenta la enfermedad que el paciente presentaba. Al respecto, el *a quó* tuvo en cuenta el acta suscrita el 17 de septiembre del 2003 por el Tribunal de Ética Médica de

Bogotá, mediante la cual se inhibió de abrir investigación disciplinaria en contra del médico Augusto Henry Botero Muñoz pues el caso correspondía a uno de los mas complicados de *“patología quirúrgica urológica”*, dado que la uretra es un órgano muy delicado y que, en el caso del señor Corredor Castillo, presentó complicaciones sólo tres años después de la realización de la cirugía, la cual se adelantó correctamente.

Igualmente destacó que tanto en el dictamen pericial practicado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses como en el testimonio del médico David Duarte Mejía, se había concluido que el tratamiento efectuado por el médico tratante del Hospital Central de la Policía había sido adecuado y que siempre que el paciente tuvo contacto con el urólogo, a este se le explicó la naturaleza de la enfermedad, las opciones terapéuticas y las consecuencias de la cirugía a la que él de manera voluntaria se sometió, conociendo con claridad suficiente los riesgos que ello implicaba por lo que al no haberse acreditado la falla en la prestación del servicio médico, no había a lugar a declarar la responsabilidad de la entidad demandada (fls 81 – 91 c ppal).

1.5.- La impugnación.

Inconforme con la anterior decisión, la parte demandante interpuso recurso de apelación; en la sustentación del mismo indicó que no era aceptable que el estado de salud del paciente se viera gravemente comprometido no por las características de su patología sino por los errores cometidos por el galeno que trató al paciente, pues lo que en principio era un tratamiento simple y sin complicación resultó afectando significativamente el estado de salud del señor José Isidro Corredor Castillo con ocasión de la deficiencia de la ejecución de dichas cirugías ambulatorias que finalmente requirieron de la práctica de varias intervenciones, las cuales finalmente le causaron al demandante la disfunción eréctil y los problemas urológicos que hoy padece.

Así las cosas, indicó el recurrente que las constantes infecciones que presentó el paciente una vez le fueron adelantados los procedimiento quirúrgicos, dan cuenta de una conducta negligente por parte de los médicos tratantes, además de un descuido en el *“aseguramiento”* de la recuperación del paciente por lo que al no haber aportado al proceso medio probatorio alguno que permitiera concluir que las conductas médicas fueron adecuadas, en el presente asunto estaba acreditada la

responsabilidad patrimonial de la entidad demandada y, en consecuencia, se debía revocar el fallo impugnado y acceder a las pretensiones de la demanda (fls 254 – 260 c ppal).

El recurso lo concedió el Tribunal *a quo* a través de auto del 15 de diciembre de 2004 y se admitió por esta Corporación el 15 de abril de 2005 (fls. 102 y 106 c. ppal.).

1.6.- Mediante auto del 13 de mayo de 2005 se corrió traslado a las partes para presentar alegatos de conclusión y al Ministerio Público para que rindiera concepto, término durante el cual el demandado y el Ministerio Público guardaron silencio (fl. 108 c. ppal.).

La parte actora reiteró los argumentos expuestos en el recurso de apelación (fls 109 – 115 c ppal).

II. CONSIDERACIONES

Corresponde a la Sala decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia que dictó el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera – Sala de Descongestión el 17 de noviembre de 2004, mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

2.1. Ejercicio oportuno de la acción.

Según se expuso previamente, la parte actora presentó demanda en ejercicio de la acción de reparación directa, pues a su parecer los médicos tratantes del Hospital Central de la Policía realizaron un manejo equivocado en las intervenciones efectuadas al paciente.

En ese sentido, la Sala observa que si bien en los hechos narrados por la demanda se indicó que el último procedimiento que se adelantó respecto del demandante tuvo lugar el día 6 de diciembre del 2000, lo cierto es que al revisar los diferentes medios probatorios allegados al proceso, se tiene que el último momento en que el demandante fue atendido por el servicio médico del Hospital Central de la Policía fue el día **23 de mayo de 2001** fecha en la cual al señor José Isidro Corredor Castillo se le practicó una “*uretrografía + dilatación uretral*” y dado

que el escrito contentivo de la demanda se presentó el día 19 de diciembre del 2002, la misma se formuló dentro los dos años siguientes al hecho que dio origen a la alegada responsabilidad del ente demandado.

2.2. Los elementos de convicción recaudados en el expediente.

Dentro de la respectiva etapa procesal y con el lleno de los requisitos legales se recaudaron en el proceso, entre otros, los siguientes elementos probatorios:

- Dictamen rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses el 9 de julio de 2003, a través del cual se puso de presente lo siguiente:

“Datos de identificación:

Nombre: José Isidro Corredor Castillo

Edad: 57 años

Identificación: 17'99.632 de Bogotá

(...)

Fecha de examen: Agosto 12 de 2002

Técnicas utilizadas:

- *Examen físico (valoración médico legal) en agosto 8 de 2002*
- *Presentación de Caso – Departamento de Urología Universidad Nacional de Colombia – Dr. Pablo Gómez Cuznir. Febrero 20 de 2003.*
- *Revisión bibliográfica.*
www.hiperplasiadeprostate.com/tratamiento-prostate.html
www.medspain.com/ant/n11-abr00/uretromia.htm
- *Revisión de Documentos.*
- *Historia clínica No. 17099632 del Hospital de la Policía Nacional. En 262 folios (dificultades: documento poco legible y sin orden cronológico de atención)*
- *Diligencia de versión libre que rinde el Sr. José Isidro Corredor (denunciante).*
- *Diligencia de versión libre que rinde el Dr. Augusto Botero Muñoz (Médico tratante).*

Resumen de la Atención Médica.

Hospital Central de la Policía

Historia Clínica #17099632

“Paciente quien consulta por primera vez en abril 5 de 1993 con cuadro clínico de prostatismo, nocturna y disuria. Durante dos años asistió a controles médicos periódicos sin que ameritara tratamiento urológico. En 1995 inicia sintomatología del tracto urinario bajo por lo que se inicia tratamiento médico convencional. En sept 13/1996, se practicó una R.T.U. de próstata. Estuvo en controles post-operatorios al 1 mes, 2 mes, 6 mes referidos como una evolución satisfactoria. Abr/97 consulta por dolor suprapúbico, urgencia, disuria, cuadro

obstructivo urinario. Urodinamia reporta detrusor estable, vejiga de alta capacidad, residuo post – miccional aumentado, flujo prolongado Dx Prostatismo recidivante – uretritis. Mayo 8/97, se dificulta el paso del cistoscopio por estrechez posterior, se practica dilatación uretral hasta valores de 18 FR. Inicia Norfloxacin. Junio 5/97, consulta por secreción uretral purulenta que requirió de manejo intrahospitalario. Urocultivo demuestra Staphilococo epidermidis. Egresada Junio 10/97 por mejora clínica. Julio 22/97. Persiste secreción uretral purulenta. Urocultivo demuestra Corynebacterium sp. Se hace manejo intrahospitalario.

El paciente sigue presentado cuadros obstructivos urinarios, uretrografía demuestra estrechez anterior + anillo fibroso uretra bulbar. Julio 30/97, se practica uretrotomía endoscópica + meatotomía. Después de este procedimiento requirió de varias dilataciones uretrales, última de ellas en Mayo 27/98 dilatación endoscópica. Junio 8/98. No fue posible realizar más dilataciones demostrándose una obstrucción completa de la luz uretral en el 80% de su extensión. Julio 15/98 se realiza cistotomía. Feb 2/99. Se realiza uretrectomía anterior total + uretroplastia del 70% de uretra anterior con colgajo pediculado de piel y colgajo pediculado de prepucio, procedimiento protegido con cistotomía. (Descripción quirúrgica revisada al folio 139). Evolución no satisfactoria por complicación con absceso perineal tratado intrahospitalariamente. Julio/99 Se evidencia que el colgajo distal de la uretra sufrió proceso de necrosis. Uretrocistoscopia encuentra uretra sellada a 1 cms del meato. Se pasa cistoscopio por cistostomía encontrando sellamiento de uretra bulbar. Se practica uretrotomía cutánea, con esto se logró el reemplazo del 80% de la uretra anterior, la cual se ha mantenido patente y funcional con múltiples dilataciones durante el año 2000. Lo anterior dio la oportunidad de retirar cistostomía. Julio 27/01. Se logró una porción importante de neouretra chorro urinario delgado, ha durado más tiempo el efecto de la dilatación del meato uretral (última dilatación en mayo 25/01).

Valoración médico legal (agosto 8 de 2002).

Manifiesta inconformidades y fallas en la atención médica recibida que se le brindara en el Hospital Central de la Policía, por presentar estrechez uretral posterior a la realización de una protractomía transuertral y de nada sirvieron los tratamientos realizados debido a que la uretra se cerró completamente. A la fecha refiere mal estado de salud ya que tiene que practicarle dilataciones uretrales periódicas y se encuentra orinando por donde no es, incontinencia de esfuerzo. Refiere [que] todos los procedimientos desde el primero fueron equivocados porque se originó unos males peores. Al examen físico se encuentran los siguientes hallazgos:

- Evidencia de cicatriz hipertrófica deprimida, suprapúbica de aprox 3 cms. transversa.
- El examen genital presenta meato hipospádico de uretrotomía, no hay fuga de orina evidente, no secreciones no signos inflamatorios. Bolsa escrotal sin alteraciones.
- El paciente refiere le están practicando dilataciones periódicas con un intervalo de 40 a 45 días.
- Aporta cistografía miccional de enero 31 de 2000 que reporta

“Estrechez completa de la uretra que no permite el paso del medio de contraste distal. Irregularidad en las paredes de la vejiga, con presencia de divertículos que sugieren compromiso inflamatorio crónico. No extravasación del medio de contraste hacia piel del escroto.

(...)

Teniendo en cuenta los anteriores elementos de juicio, doy respuesta al cuestionario propuesto por Ud. de la siguiente manera:

- 1) Sírvase hacer una valoración del sistema urinario del Sr. José Isidiro Corredor, con el fin de determinar su estado de salud actual.*

R./ Se trata de un paciente que actualmente tiene 57 años, con unos antecedentes urológicos anotados, refiere le están practicando dilataciones periódicas con un intervalo de 40 a 45 días. Con evidencia al examen físico de cicatriz hipercrómica deprimida, suprapúbica de aprox 3 cms. transversa; presenta emato hipospádico de uretostomía, no hay fuga de orina evidente, no secreciones, no signos inflamatorios.

Bolsa escrotal sin alteraciones.

Aporta cistografía miccional de enero 31 de 2000 que reporta “Estrechez completa de la uretra que no permite el paso del medio de contraste distal. Irregularidad en las paredes de la vejiga, con presencia de divertículos que sugieren compromiso inflamatorio crónico. No extravasación del medio de contraste hacia piel del escroto. Con un logro actual del 80% de la uretra anterior que se ha mantenido funcional; las posibilidades terapéuticas y pronóstico del paciente se enmarcan en los siguientes conceptos:

El tercio distal de la uretra puede intentar reconstruirse mediante diferentes técnicas quirúrgicas, este procedimiento debe intentarse especialmente en este caso en el que se trata de un paciente joven. La factibilidad del procedimiento y su tasa de éxito dependerá de las características del caso; estas deberán ser evaluadas mediante estudios paraclínicos previos a la cirugía.

Para el tercio distal existen varias técnicas, en el caso del (sic) que el paciente tenga un prepucio largo, una buena alternativa sería hacer un tubo pediculado de prepucio que se conoce con el nombre de técnica de Duckett.

La tasa de estrechez recurrente puede ser cercana al 30% muchas veces manejable mediante dilataciones uretrales.

Las dilataciones periódicas o la aplicación de antiinflamatorios tópicos, en algunas ocasiones pueden controlar el proceso.

- 2. Sírvase informar con qué frecuencia se dan las lesiones uretrales que presenta el paciente Corredor Castillo (se solicita el aporte de literatura médica).*

R./ De manera sencilla y clara se expuso en la revisión teórica las diferentes complicaciones que se pueden presentar secundario a un

procedimiento de resección transuretral de próstata, entre ellas las referentes a problemas obstructivos. El aporte referente a la “Lex Artis” se encuentra documentado en las técnicas utilizadas.

3. De conformidad a la historia clínica, sírvase informar si el manejo médico asumido frente al cuadro clínico fue el adecuado para el tratamiento de la patología.

R./ Basado en la cronología de la patología descrita en el Sr. José Isidro Corredor y lo establecido como norma terapéutica en cada una de las alteraciones presentes a saber: a) Síndrome prostático (Prostatismo) “Tratamiento farmacológico alfa adrenérgico y seguimiento. b) Síndrome Prostático con patrón obstructivo (Hipertrofia Prostrática Benigna) Indicación de resección Transuretral de próstata. c) Prostatismo recidivante – uretritis Indicación de dilataciones uretrales y tratamiento antibiótico. Urocultivos demuestran Staphilococo epidermis – corynebacterium sp que requirieron de manejo intra hospitalario. d) Cuadro obstructivo urinario Estrechez anterior + anillo fibroso uretra bulbar. Procedimientos Uretrotomía Endoscópica + Meatotomía + dilataciones uretrales. e) Obstrucción completa de la luz uretral en el 80% de su extensión. Procedimientos: Urectomía anterior total. Uretroplastia del 70% de uretra anterior con colgajo pediculado de piel y colgajo pediculado de prepucio + cistotomía. f) evolución post – operatoria tórpida por absceso perineal + necrosis del colgajo distal. g) Sellamiento de uretra bulbar. Procedimiento: Uretrostomía cutánea logrando el reemplazo del 70% de la uretra anterior, la cual se ha mantenido funcional + dilataciones uretrales periódicas + retiro de cistostomía.

Estas cumplen con los criterios establecidos en la “Lex Artis” para diagnóstico, tratamiento y seguimiento; conductas igualmente enmarcadas dentro del “Deber de atención” siendo oportunas, suficientes, sin interrupciones en el suministro de la atención y dentro de una racionalidad técnico – científica” (fls 1 – 9 c 2).

- Testimonio rendido por el médico David Duarte Mejía, quien sobre la patología del señor Corredor Carrillo señaló:

“Este es un caso de un paciente conocido en el servicio de urología en el Hospital de la Policía desde hace varios años, el paciente inicialmente consultó por síntomas obstructivos del tracto urinario bajo siendo manejado médicamente sin mejoría clínica por lo cual se le realizó una prostactomía transuretral de próstata, ocho meses después consultó por una infección en la uretra siendo manejado con antibióticos presentado después de esto estrechez de la uretra que ha requerido dilataciones uretrales, uretrotomía internas y uretroplastia pediculada. Preguntado: Sírvase manifestar al Despacho cual es su especialidad médica y su experiencia en el Hospital Central de la Policía. Contestó: Soy médico cirujano urólogo con especialidades en oncología y enduorología, soy profesor de la Universidad Javeriana de postgrados, director de la sección de endeurología y lamparoscopia de la sociedad colombiana de urología, hace 6 años soy el jefe del

servicio de urología del Hospital de la Policía y hace 4 años soy el jefe del departamento quirúrgico del Hospital, estoy vinculado a la institución hace 14 años. Preguntado: Explique ¿cuál era el cuadro clínico que presentaba el señor Corredor? Contestó: La primera vez que consultó el paciente tenía síntomas obstructivos que con los exámenes paraclínicos se documentó que eran secundarios a la próstata por lo cual se realizó inicialmente un manejo médico sin mejoría siendo intervenido quirúrgicamente de prestratocotomía transuretral sin presentar complicaciones en el postoperatorio. Preguntado: ¿Cómo es manejado en el común de los casos el procedimiento de uretrotomía interna endoscópica? Contestó: La uretrotomía es un procedimiento que se realiza por el interior de la uretra con una endoscopia que tiene una cuchilla que abre la zona estrecha de la uretra. Preguntado: ¿Cuál es el manejo de la estrechez uretral? Contestó: inicialmente la estrechez uretral debe ser manejad[a] con dilataciones uretrales que es un procedimiento con un tubo rígido de diferentes calibres que abren la uretra, cuando esta estrechez no responde a las dilataciones uretrales o no se puede realizar una dilatación al paciente se le debe realizar una uretrotomía interna, sin embargo cuando estas estrecheces son tan largas y no responden al manejo con los 2 anteriores métodos se les debe realizar a los pacientes una uretroplastía que es una cirugía abierta que consiste en colocar injertos de diferentes tejidos para reemplazar la uretra dañada, después de este procedimiento se les debe realizar periódicamente dilataciones uretrales ya que esta cirugía tiende a reestenosearse o sea que tiende a volverse a cerrar debido a que los tejidos que son utilizados no tienen el suficiente riego sanguíneo que garantice el 100% del éxito de la cirugía. Preguntado: ¿Cuáles son las causas de la uretritis y las consecuencias? Contestó: **La causa principal de la uretritis en el barón son las enfermedades venéreas y su tratamiento es de manejo antibiótico, cuando las estrecheces son por esta causa generalmente comprometen trayectos largos de la uretra peneana la cual queda como un rosario (con áreas más amplias mas estrechas y así sucesivamente en un trayecto largo de la uretra)** Preguntado: ¿Cuál fue la causa de la estrechez uretral en el caso del señor Corredor? Contestó: **En el caso de él los cultivos realizados se le documentó un estafilococo resistente a la penicilina.** Preguntado: ¿Los procedimientos endoscópicos urológicos presentan la posibilidad de que se presente infección? En qué casos. Contestó: Sí, se presentan infecciones en los procedimientos en un % que varía según la literatura de un centro a otro entre el 2 y el 10% de los pacientes debido a que esto se considera un procedimiento limpio contaminado que quiere decir que a pesar de que no haya infección en el área existen gérmenes que se encuentran en esta zona y que en algún momento pueden provocar infección. Preguntado: ¿Conoce usted cuántas intervenciones quirúrgicas le practicaron al señor Corredor? Contestó: Dos uretrotomías internas, una uretroplastia una cistotomía y los demás son procedimientos no quirúrgicos realizados en el consultorio. Preguntado: ¿Cuál es el procedimiento por el cual se abre el conducto uretral para permitir el flujo de orina, en qué eventos se practica y si corresponde a una intervención quirúrgica? Contestó: El procedimiento para abrir la uretra se llama dilatación uretral, es un procedimiento no quirúrgico y consiste en introducir a través de la uretra sondas rígidas iniciando con uno de pequeño calibre hasta

poder posicionar una de un calibre grueso, se practica cuando hay estrecheces en la uretra ya sea cual sea su origen "traumático, inflamatorio". Preguntado: ¿La cistostomía suprapúbica es un procedimiento quirúrgico? Contestó: Si, se considera un procedimiento quirúrgico menor cuando es realizado en salas de cirugía y con incisión de tejidos hasta llegar a la vejiga para introducir el catéter (falta información) El caso del señor Corredor fue un procedimiento quirúrgico? ¿Por qué considera que se le practicó? Contestó: El caso del señor Corredor si es un procedimiento quirúrgico debido a que fue realizado en quirófano con técnicas de asepsia y antisepsia y apertura de tejidos para introducir el catéter. Preguntado: ¿En casos como el del demandante es común que haya infección en la orina y eso es lo mismo que afirmar que existió infección en la herida? Contestó: Esas son dos cosas diferentes todo paciente que tenga sonda uretral con mas de 8 días presenta bacteriuria debido a que la sonda facilita que los gérmenes que se encuentran en el exterior del cuerpo penetren a una cavidad cerrada como es la vejiga, todos los pacientes con sonda después de un período de tiempo presentan gérmenes que indican infección, la herida quirúrgica es diferente y tener infección urinaria no significa que tenga infección en la herida. Preguntado: ¿Tiene que ver algo la infección de la orina con la impotencia y fertilidad? Contestó: No, en ningún caso sin embargo las **enfermedades venéreas si pueden causar problemas de infertilidad pero no la infección urinaria, los nervios y arterias responsables de la erección van por una vía por fuera de la vejiga que no hace contacto en ningún momento con la vejiga.** Preguntado: ¿Considera usted en que en el caso del señor Corredor la edad del paciente y la enfermedad de base influyen en la impotencia e infertilidad? Contestó: **Sí, la edad en el hombre es un facto[r] que influye en la potencia sexual, aproximadamente los hombres mayores de 60 años presentan disfunción eréctil en algún grado al igual que los espermatozoides con el paso de los años se deterioran perdiendo su capacidad de fertilización de igual manera infecciones como el estafilococo que se le vio al paciente pueden disminuir o anular al proceso de fertilidad en una persona.** Preguntado: ¿la cirugía de uretra cómo se maneja en el Hospital de la Policía? Contestó: El hospital es uno de los que más experiencia tiene en el manejo de la uretra ya que por la naturaleza de la profesión de nuestros usuarios el trauma es la causa principal de consulta del Hospital, intervenimos pacientes desde edades muy jóvenes remitidos de todos los hospitales del país y es manejada por el grupo de urólogos de la institución del cual hemos sido profesores de varias generaciones de médicos urólogos en los últimos 15 años, el doctor Botero es una persona con gran experiencia, no todos los urólogos pueden hacer una uretroplastia pediculada lo cual puede ser constatado con diferentes entidades. Preguntado: ¿Puede el médico residente de urología entrar solo a una cirugía de urología, como es el procedimiento? Contestó: No existe posibilidad de que un residente pueda realizar una cirugía solo, yo como jefe de urología y del departamento quirúrgico no permito que los residentes le sea suministrada anestesia para realizar un procedimiento quirúrgico sin la presencia del especialista lo cual puede ser constatado con el grupo de anestesia, esta orden se encuentra por escrito en salas de cirugía y puede ser causal de destitución del especialista, del anesthesiólogo y de suspensión de su rotación para el residente. Preguntado: ¿Cuál es el manejo rutinario después de

practicada una uretrotomía interna? Contestó: Después de una cirugía endoscópica o abierta el paciente debe ser sometido a dilataciones uretrales periódicas con el fin de evitar que se vuelva a cerrar la uretra debido a la naturaleza de los tejidos. Preguntado: ¿Considera usted que hubo falla en el procedimiento que practicó el Dr. Botero en el caso del señor Corredor? Contestó: No, al paciente se le explicó la naturaleza de su enfermedad, se le dieron opciones terapéuticas de dejar de quedarse permanentemente con cistotomía o someterse a la cirugía de uretroplastia explicándole las complicaciones y el paciente tomó la opción de la cirugía, este caso ha sido debatido, ha sido llevado a los Tribunales de Ética Médica del país y el doctor Botero ha sido exonerado por mala práctica o por impericia. Dejo constancia de que el doctor Botero tiene gran experiencia en el manejo de uretra no solo en el hospital sino en Bogotá, es reconocido dentro del gremio urológico como una persona responsable y con altas claridades y cualidades como especialista lo cual lo ha llevado a ocupar altos cargos a nivel local y nacional en nuestra especialidad. Preguntado: ¿Dígale al Despacho la edad del señor Corredor y desde hace cuánto lo está tratando? Contestó: El señor Corredor es un paciente que fue tratado por el doctor Botero durante varios años por él si mi memoria no me falla desde el año 1999 y se que es un paciente mayor de 64 años pero no puedo decir con exactitud cuántos años tiene. Preguntado: ¿Qué procedimiento le ha practicado usted al paciente Corredor y desde cuándo? Contestó: Debido a la solicitud del Dr. Botero y a consideración de la Junta de Urólogos se cambió de especialista y el paciente escogió por continuar su manejo conmigo, este año le he realizado al paciente una uretrotomía interna y después de esto inicialmente cada semana le realicé una dilatación uretral las cuales he venido espaciando debido a que la estreches se estabilizó y no requiere de este procedimiento con tanta frecuencia. Preguntado: ¿Desde cuándo es su paciente? Contestó: No sé la fecha exacta, tengo entendido que este proceso es para determinar si hubo o no mal manejo por parte del señor Botero yo no tengo ninguna demanda del señor Corredor por lo cual no traje la Historia Clínica. Preguntado: ¿Si el doctor Botero conoce el historial clínico del señor Corredor? Contestó: Es imposible que una persona retenga en su mente la historia clínica de un paciente de varios años ya que diariamente atendemos mas de 40 pacientes y cuando se necesita aclarar fechas existe un documento público llamado historia clínica que contiene todos los procedimientos realizados al paciente. Pero creo que el doctor Botero debe tener documentos que le ayuden a tener fresca la memoria y considero que conoce al paciente ya que fue una persona muy deferente y solícita con el paciente atendiéndola como consta en la historia en múltiples ocasiones que creo que ninguna EPS hubiera conseguido tantas citas para poder ser valorado por un urólogo. Preguntado: ¿Sabe usted si al paciente por parte del doctor Botero o de los médicos que lo trataron inicialmente le hicieron advertencia del riesgo y las consecuencias del procedimiento médico quirúrgico y si ustedes pudieron prever las diferentes operaciones quirúrgicas que se le practicaron? Contestó: No sólo a éste paciente sino a todos la Ley obliga a explicarles la naturaleza de su enfermedad y las actuaciones médicas que pueden ser requeridas para tratar su enfermedad, por tal motivo el paciente firma un documento en el cual se confirma que el paciente conoce los riesgos de la enfermedad, de la cirugía, se le explican las posibilidades quirúrgicas y a este paciente se le explicó la

naturaleza de la cirugía de uretra informándosele que podría requerir varias intervenciones por lo cual se le dio la opción de quedarse con la cistostomía en forma permanente la cual el paciente no aceptó y asumió los riesgos de esta cirugía, cuando realizamos una uretoplastia ya sea un niño, en un adulto joven o mayor le informamos que puede requerir varias cirugías y después del tratamiento puede ocurrir que no se pueda corregir en un 100% su problema. Preguntado: ¿A lo largo de su testimonio ha dicho que el paciente fue infectado postoperatoriamente, sabe la causa de la infección? Contestó: **No fue 8 meses después por lo cual no se considera postoperatorio**" (fls 59 – 63 c 2) (se resalta).

- Testimonio rendido por el médico urólogo Augusto Henry Botero Muñoz:

*"Preguntado: Sírvase manifestar al Despacho cuál es su especialidad 6 (sic) experiencia. Contestó: Yo soy médico cirujano egresado de la Universidad Nacional, especializado en urología en la misma universidad egresado como especialista hace 16 años, actualmente me desempeño como médico urólogo de la Policía, soy profesor de urología en pregrado de la Fundación Universitaria San Martín y en Postgrado en la Universidad Javeriana y presidente de capítulo de la Sociedad Colombiana de Urología, llevo 15 años vinculado al Hospital Central de la Policía donde fui jefe del servicio y actualmente me desempeño como urólogo de planta. Preguntado: Explique ¿Cuál era el cuadro clínico que presentaba el señor Corredor al llegar al Hospital por primera vez? Contestó: El señor Corredor fue remitido al Hospital de la Policía desde un dispensario por presentar síntomas obstructivos del tracto urinario inferior que se atribuyeron a una hiperplasia prostática benigna y después de hacer la evaluación correspondiente y por la intensidad de las molestias se decidió iniciar tratamiento farmacológico para este problema. Preguntado: ¿Cuál fue el tratamiento farmacológico aplicado antes de cualquier medida quirúrgica? Contestó: Siguiendo los lineamientos del tratamiento del que disponemos actualmente se le formuló un tratamiento a base de un grupo de medicamentos que se llaman Alfa Bloqueadores y se procedió a evaluar el resultado del mismo mediante controles periódicos. Preguntado: ¿Qué es recección transuretral y porqué en el caso del señor Corredor se determinó esta medida? Contestó: Es una cirugía que busca extraer fragmentos de la próstata en la porción que ocasiona el problema obstructivo de la orina y después de varios años de controles obteniendo respuestas no muy favorables en el tratamiento del señor Corredor se decidió ofrecerle éste procedimiento como alternativa a su problema obstructivo estando el paciente de acuerdo y conociendo las ventajas y desventajas del mismo. Preguntado: ¿Cuál considera que fue la causa de la estrechez uretral del paciente? Contestó: El paciente inicialmente mostró adecuadas respuestas al tratamiento quirúrgico como aparece en las notas del postoperatorio inmediato pero después de unos 8 meses consultó el Hospital por un **cuadro clínico de uretritis purulenta muy severa que obligó a un tratamiento hospitalario con los antibióticos reportados según el cultivo que se realizó del material purulento a partir de ahí una vez resuelto el problema infeccioso se empezaron a ver las consecuencias de la uretritis las cuales son especialmente la estrechez uretral que en este caso particular***

afectó toda la longitud de la uretra, queda como una posibilidad y la más frecuente en personas adultas que se tratara de una enfermedad de transmisión sexual (enfermedad venérea) que son las que causan este tipo de lesiones tan severas en la uretra.

Preguntado: ¿Cuál fue el manejo a la estrechez uretral brindado al paciente? Contestó: El primer recurso que se utiliza en estos casos es la dilatación uretral la cual se realizó de manera periódica y sistemática por un tiempo determinado por la evolución del paciente con la presencia de estrecheces cada vez mas difíciles de dilatar debido a la reacción cicatricial que se va desarrollando en la uretra y que obligan a pasar a un segundo plano de complejidad que es la uretrotomía interna endoscópica la cual también se le realizó al señor Corredor todos estos procedimientos se hacen con el debido cubrimiento antibiótico por ser considerados procedimientos contaminados, cuando ya la uretrotomía interna no cumplió su función y el paciente se obstruyó totalmente y las radiografías demostraron que la luz de la uretra se había sellado en casi un 80% de su longitud se procedió a una cirugía de urgencia como es la cistostomía que consiste en colocar una sonda en la parte inferior del abdomen directamente a la vejiga para garantizar la vida del paciente, después de realizada la cistostomía se hacen estudio[s] radiológicos y endoscópicos que comprueban una vez mas [e]l sellamiento completo de la uretra por lo cual se le proponen dos opciones al señor Corredor: Permanecer el resto de su vida con una sonda en la parte inferior de su abdomen o intentar reconstruir o reemplazar el conducto de la uretra que se encontraba totalmente obliterado o sellado, el paciente decide someterse a la intervención de uretroplastía perineal como todos los procedimientos conociendo los riesgos y manifestando su conformidad según consta en los consentimientos informados, la cirugía de uretoplastía (sic) perineal permitió comprobar que la uretra ya a la vista presentaba toda la luz sellada, no había ningún fragmento que permitiera hacer reconstrucción por lo cual se optó por hacer un reemplazo, este reemplazo se hizo fabricando una nueva uretra con piel del escroto y del pene según técnica mundialmente reconocida y aprobada por las autoridades urológicas. Dada la longitud de uretra que hubo que fabricar requirió de hacerse con dos tubos separados que se unieron entre si para lograr la longitud total. En el postoperatorio se presentó como complicación una infección perineal que deterioró uno de estos dos tubos con lo cual hubo que avocar la uretra al tercio medio del pene y dejar para una segunda oportunidad si se puede un nuevo intento de reconstruir la porción de uretra que se dañó. Este procedimiento por su gran complejidad y potencialmente propenso a complicaciones fue comentado y aprobado en una junta de urología del Hospital Central y su resultado fue presentado en otra junta donde se consideró que la reconstrucción de la parte faltante de la uretra se veía de mal pronóstico porque la circulación del extremo del pene no es adecuada para este tipo de injertos. Preguntado: ¿Los procedimientos endoscópicos urológicos presentan posibilidad de hacer infección? ¿En qué casos? Contestó: Todos los procedimientos urológicos endoscópicos se consideran contaminados y pueden ser fuente de infección, por ello todos son realizados con las precauciones de asepsia y de prevención con antibióticos. Preguntado: ¿Se encontraba usted presente cuando se le practicó la uretrotomía al señor Corredor o sólo estaba el médico residente? Contestó: En el Hospital Central de la Policía existen normas claras sobre las

funciones y restricciones de los médicos residentes y una de ellas es que no pueden realizar ningún procedimiento solos y menos quirúrgico dado que ni los anestesiólogos ni las instrumentadoras o auxiliares hacen su trabajo mientras no esté presente el profesor o urólogo de planta. Preguntado: ¿Cuántas intervenciones quirúrgicas le fueron practicadas al paciente? Contestó: fueron 4. la primera fue la prostratrectomía luego de dos uretrotomías y finalmente la uretroplastia que desencadenó en otra cirugía que fue la de explorar y retirar la porción del tubo que se deterioró por la infección. Preguntado: ¿El paciente continuó siendo atendido por usted de forma periódica? Contestó: El paciente continuó sus controles periódicos cumplido y ocasionalmente de manera extraordinaria (sin cita previa), dada la gravedad de su problema se le dio un trato preferencial pudiendo llegar a cualquier momento cuando lo considerara necesario, los controles se continuaron periódicamente requería dilataciones, nuevas uretrotomías, mas radiografías de comprobación múltiples cistoscopias, múltiples tratamientos farmacológicos por infecciones y aún después de que con su demanda denigró de la idoneidad, pericia y ética de los profesionales que lo atendemos y de la institución, continúa siendo atendido de igual manera lo cual a mi manera de ver contradice el sentimiento de mala atención que ha manifestado. Preguntado: ¿Conoce usted algún pronunciamiento del Tribunal de Ética Médica respecto del presente caso. Contestó: Sí, también fui llamado a declarar en el Tribunal de Ética Medica de Bogotá y finalmente el proceso terminó en un fallo favorable para mi el cual fue apelado a la instancia del Tribunal Nacional que me informó que corroboraron el fallo inhibitorio en el Tribunal Nacional, quiero aportar al expediente las copias de esas comunicaciones (El Tribunal deja constancia de que el testigo, señor Augusto Botero aportó a la diligencia los oficios expedidos por el Tribunal Nacional de Ética Médica, oficio No. 29 de 2004) (De segunda instancia que confirma el fallo proferido en primera) y el oficio proferido por el mismo Tribunal de Ética Medica de Bogotá en primera instancia) Preguntado: De acuerdo a los (sic) largo del tratamiento que se le practicó al señor Corredor ¿cuáles cree fueron las circunstancias que no permitieron el resultado esperado? Contestó: La principal circunstancia es que de las enfermedades de la uretra después del cáncer ésta es la más severa de las afecciones que puede presentar éste órgano y de las posibilidades de reemplazarlo son mínimas a la luz de los conocimientos médicos actuales debido a que la circulación de ésta zona es crítica y no permite cualquier tipo de injerto, es por eso que se eligió injerto de una estructura que se encuentra en la misma zona y sin embargo los resultados puede tener este tipo de complicaciones, tenemos que partir del punto en que el señor Corredor presentaba una enfermedad severa que lo obligaba a vivir con una sonda permanente en la parte inferior del vientre y que todo lo que se hiciera para reestablecer su función urinaria sería una ganancia para su calidad de vida comparado con la sonda, los resultados de este tipo de cirugía son iguales en todos los centros hospitalarios del mundo y es realmente un procedimiento con un intento desesperado por solucionarle un problema grave al paciente. Preguntado: Explíqueme al Despacho ¿porqué en un procedimiento ambulatorio el paciente José Isidro Corredor dice que fue tratado por el Doctor Moreno y por su ayudante de nombre Henry donde usted tuvo que intervenir y continuar el procedimiento que ellos habían iniciado y donde se generó un fuerte

sangrado y unos dolores irresistibles? Contestó: Esa es la versión del señor Corredor, la mía es que cualquier procedimiento pequeño o grande, ambulatorio o no el residente siempre está con la tutoría del especialista, de ser cierta la versión del señor Corredor esta sería una comprobación de lo dicho ya que el concurso del especialista tiene que realizarle en el momento oportuno y los residentes tienen sus funciones supeditadas a que el especialista esté de cuerpo presente. Preguntado: ¿El paciente Corredor manifiesta que después de la segunda operación comenzó a presentar abundante sangrado durante 20 días luego de los cual[es] se presentó grave infección que obligó a que fuera hospitalizado en el Hospital Central, como consecuencia de qué cree que se pudo presentar esta situación? Contestó: Sangrado e infección son las complicaciones básicas de cualquier cirugía y esto es una prueba de ello por lo cual siempre se tiene una comunicación abierta y cita permanente abierta para que el paciente llegue tan pronto como detecte estos problemas que se le advierten como posibles” (fls. 64 – 67 c 2).

Ahora bien, de conformidad con el numeral 7° del artículo 228 del Código de Procedimiento Civil, los testigos están facultados para aportar al proceso documentos que tengan relación con los hechos sobre los cuales declaran. En ese sentido, se observa que el médico Botero Muñoz aportó con su testimonio dos documentos que cumplen con lo dispuesto por la norma en mención, por lo cual serán tomados en cuenta por la Sala.

- A folio 68 del cuaderno numero 3 obra Oficio No. 29 – 2004, de fecha 28 de enero del 2004, remitido al doctor Augusto Henry Botero Muñoz por la asesora jurídica del Tribunal Nacional de Ética Médica mediante el cual se le notificó la providencia No. 02- 2004 del 27 de enero del 2004 a través de la cual se confirmó la resolución inhibitoria proferida por el Tribunal de Bogotá de Ética Médica.

- Decisión proferida el 17 de septiembre de 2003 por el Tribunal de Ética Médica de Bogotá por medio de la cual se inhibió de abrir investigación en contra del médico Botero Muñoz, de conformidad con lo siguiente:

“Este caso corresponde a uno de los mas complicados y desagradecidos de la patología quirúrgica urológica de acuerdo al concepto de la mayoría de especialistas consultados, quienes consideran que la uretra es un órgano extremadamente delicado a las intervenciones plásticas reconstructivas.

En este paciente el problema obstructivo se produjo como una complicación de la prostatectomía transuretral practicada por el Dr. Botero Muñoz después de 3 años de tratamiento médico realizado por el mismo disciplinado para mejorar un cuadro de prostatismo debido a una hipertrofia prostática.

Se iniciaron dilataciones uretrales, conducta aconsejada para esta situación, y a pesar de la profilaxis antibiótica se exacerbó un cuadro de uretritis que requirió tratamiento médico intrahospitalario. Sigue luego la aparición del manejo de las complicaciones ya consignadas en los hechos y en ese sentido los procedimientos practicados siguen un proceso que va condicionando los diferentes procedimientos a saber: primero se trató médicamente el cuadro de prostatismo; cuando el tamaño de la próstata hizo imperativo el tratamiento quirúrgico se practicó la resección transuretral; procedimiento este indicado y practicado por médico experimentado. Siete meses después se evidencia un cuadro de uretritis. Es sometido a tratamiento con Norfloxacin y a dilataciones uretrales, procedimientos igualmente indicados. Persiste el cuadro obstructivo que se convierte en tributario de tratamiento quirúrgico y los procedimientos realizados van de los mas simple[s] como es la meatotomía y la uretrotomía hasta la uretrectomía anterior mas la uretroplastia y la uretrotomía cutánea que permitió la desobstrucción así fuera mediante un meato hipospádico que en este caso ha permitido un estado funcional aceptable toda vez que nuevos intentos de procedimientos quirúrgicos, según concepto de la Junta de Especialistas del Hospital Central de la Policía están prácticamente contraindicados.

Para aclarar la responsabilidad del médico versionado en el manejo de este caso debe tenerse en cuenta que las estrecheces penobulbares por la cicatrización, la esclerosis concéntrica o la contractura del cuello vesical y se presentan entre un 3 y un 5% de los pacientes sometidos a la resección transuretral de la próstata, incidencia que puede aumentar hasta en un 15% si existen, como en este caso, procesos infecciosos y se acepta además que la tasa de estrechez recurrente puede ser cercana al 30%.

De conformidad con el análisis precedente, el caso del señor Corredor Castillo puede considerarse como una complicación, entendida esta como un daño inconstante e imprevisto, que derivado de una buena práctica profesional con idoneidad comprobable, no genera responsabilidad ético disciplinaria. No puede por lo tanto demostrarse que en el actuar del médico versionado haya habido impericia o negligencia (...)" (fls 69 – 70 c 3).

- Historia Clínica del paciente José Isidro Corredor Cifuentes suscrita por el personal del Hospital Central de la Policía.

“Nombre: Isidro Corredor. Dpto de policía: Acopore.

*Fecha: día 5 mes 04 año 93. Edad: 49 Sexo M x Remisión
Se envía al servicio de Urología en la unidad de: HOSCEN.*

*Resumen de datos clínicos, laboratorio, Rx relativos al caso:
El paciente fue valorado por prostatismo al examen tipográfico es normal. Cuadro de NOCTORIA (ilegible) normal
En forma alterna con manejo x sobrepeso.*

Abril 13/53 (sic) Especialidad: Urología.

Resumen de datos clínicos: 45 años

FV 6 x 2. Chorro urinario sin cambios. No (ilegible) Dolor hipogástrico que sede con la micción. Antecedentes: negativo.

Diagnósticos: EF: Abdomen, genitales y próstata normales.

Se practica uroflujometría.

Mayo 12/53 (sic) Urología. No es posible practicar uroflujometría por mantenimiento del aparato. Tratamiento ordenado: se inicia Medodantina.

Junio 3/53 (sic) Dolor hipogástrico con vejiga llena FV aumentada.

Uroflujometría: flujo prolongado y con promedio de 7 cm/ seg.

Dismie de ardor

X TNP sulfa: Diclofenaco.

(...)

Evolución consulta externa:

20 jul. 1996 Urología

Dolor hipogástrico crónico sin síntomas urinarios.

Dice ↑ el dolor con vejiga llena.

(ilegible) Urodinamia.

11 jul. 1996 Urología

Urodinamia. (ilegible) obstructivo. Se programaron RTV en próstata.

(ilegible) Pre Qx.

(ilegible) (...)

Orden de Hospitalización.

Fecha. Agosto 15 de 1996. Nombre: José Isidro Corredor. Historia Clínica: 17099632. Grado o Cargo: Agte. Unidad o Repart: CSR. (...)

Diagnóstico: 602. VoBo Banco de sangre. Observaciones; Debe hospitalizarse el día martes 10 de septiembre a las 13.00 h. para hospitalizar en el servicio de: Urología.

(...)

Resumen de atención.

Información médica: fecha: 13 -09-96.

Institución: Hospital Ctral de la Policía. Tipo de atención: Hospitalaria.

Nombre del paciente: José Corredor. (...) Fecha y hora de ingreso: 10

- 09 - 96. Diagnóstico de ingreso: Hipertrofia Prostática (ilegible)

Diagnóstico de egreso: Principal: Resección (ilegible) de próstata (...)

Tratamiento recibido: Médico Quirúrgico. (...) Complicaciones: No (...)

Sal: Vivo. (...) Información usuario: Está de acuerdo con la

información anterior: Si. Está usted satisfecho con la atención

brindada: Si.

(...)

Notas de enfermería.

Nombre: José Isidro Corredor castillo
Cama: 4058 Servicio; (ilegible) urología.

(ilegible) 09 – 96 15+00 Ingresa pte al servicio en condiciones estables y con (ilegible) para cx. por próstata.

15+15 CSV

15+30 Se toma muestra sangre para reservar 2 unidades

18+00 pte es valorado por urología

18+00 pte acepta la dieta ordenada

19+00 (ilegible)

11-09-96

14+30 Recibo pte en la unidad en P.O.P. de prostatectomía, con L.E.V. en Res I pasando (ilegible) a 100 cc/h con irrigación permanente y sonda uretral (ilegible)

C,S,V,

Pte recibe visita de sus familiares

Queda pte en unidad en primer día de P.C.P. de prostatectomía con LEV cmst pasando (ilegible) a 100 cc/h con irrigación permanente y sonda uretral a stofcco.

(ilegible)

Descripción quirúrgica

Nombre: José Isidro Corredor

Servicio: Urol

Fecha: 11-12-96

Cirujano: Botero

Hora: 7 am

Anestesiólogo: Márquez Ayudante: (ilegible)

Diagnóstico pre operatorio: HP3 G I

Diagnóstico pos operatorio: J (ilegible)

Material enviado a patología: (ilegible)

Hallazgo:

Hiopertrofia obstructiva del (Ilegible) vesical uretraanterior normal (ilegible) obstructivas cefopróstata.

Vejiga Normal

Procedimiento: Corte encuadro vesical

Anestesia regional.(ilegible)

Evolución consulta externa.

(ilegible)

21.XI.96 Urología. E:520

Dx: 2 mas POP RTV cuello vesical.

Refiere disuria de ardor y dolor suprapúbico omsional; chorro urinario de breve calibre FV 3-4x-o-1

Urocultivo (-)

C. Control 3

(ilegible)

6 – 03-97 Urología

Por 6 meses RTO Cuello vesical

Refiere mejoría de calibre y fuerza del chorro urinario no sts irritativos

Persiste dolor suprapúbico ocasional y urgencia (ilegible) FV 4 – xb

c/ss urodinámia

Orden de Hospitalización.

Fecha: junio 05/97

Nombre: Isidro Corredor (...)

Diagnóstico: 509 (...)

Observaciones: Debe Hospitalizarse ahora junio 05 97

Para hospitalizar en el servicio de: Urología.

Notas de enfermería.

Junio 5. 11 am paciente en (sic) que ingresa a urgencias caminando en compañía de un familiar (ilegible) material purulento del pene.

4+30 C.S.V.

Se canaliza (ilegible)

Se toma C.H. y se sube al laboratorio.

(ilegible) queda paciente en cama hospitalizado por urología.

Junio 5/97 13:00 Se recibe turno; pte. en la unidad consciente, orientado con LEV en MSD pasando SSN.

-Se realiza C.S.V.

- El pcte se asiste con actividad de enfermería durante la tarde; manifiesta que orina con dificultad; pero hasta el momento no ha presentado retención urinaria.

- se trae reporte de lab; se anexa a la HC.

14:00 –Queda pcte en la unidad conciente el cual toleró VO; diuresis (+), deposición (-). Carlos Caspera.

Junio 5/97 – Recibo turno pre en la unidad acostado despierto con LEV en MSD

- Pasando SSN
- CSV
- Duerme a intervalos en la noche
- Diuresis () dep (-)
- Paciente sin cambios especiales

VI 06/97 7 am recibo turno paciente en cama despierto consciente canula con SSN en MSD (ilegible) 500 cc

Control de S.V.

Aseo y manejo de la unidad

Desayuna

Acepta Vo

12 Pasa estable la mañana, queda en cama.

Junio 6/97 13:00 Se recibe turno pcte en la unidad consciente orientado; con Lev en MID pasando SSN,

- Se realiza C.S.V.
- El pcte se observa tranquilo, pasa bien la tarde; no presenta cambios.
- - Pcte. elimina espontáneo, lo hace con dificultad y manifiesta sentir ardor

19:00 Queda pte en la unidad, consciente el cual toleró VO; diuresis (+) deposición (-)

VI - 6 - 97 7:00 recibe pte en la unidad estable orientado con LEV pasando SSN a 80 cc/h

Se controla s.v.

Paciente duerme bien durante la noche.

- Diuresis (+) Dep (-)

- Pcte quedó en la unidad estable orientado afebril con LEV

(...)

Notas de enfermería.

Nombre: Isidro Corredor

Cama: 405 B

6 . 06 . 97 Urología

IDX: uretritis.

S/ Afebril, tolera vía oral persiste secreción uretral purulenta.

O/AEG (ilegible) afebril abdomen blando

Depresible normal genitales persiste secreción uretral purulenta.

R/ Estable CH: Leucos 6300 (N52% L45x)

C/ Órdenes médicas.

6 - 06 - 97 órdenes médicas

1. Dieta corriente

2. SSn 0.9% 80 cc/hora

3. Cefotaxima 1 gm 1 amp IVC/ 12 horas

4. CSV

5. Si presenta retención urinaria no manipula uretra y favor avisar.

7- VI -97 1. Dieta igual

2. Cetatoxime 1gr IVC/12 hora (ilegible)

(ilegible)

Orden de hospitalización.

Nombre: José Isidro Corredor (...)

Diagnóstico: 590 Infección urinaria (...)

Observaciones: debe hospitalizarse ahora 22 de julio 97 a las 17:00 h

(...)

Cirugía ambulatoria

Apellidos y nombres del paciente: Corredor Castillo José

Fecha: mayo 27/98 (...)

Diagnóstico preoperatorio: Estrechez (ilegible)

Diagnóstico postoperatorio: Ibidem

Intervención quirúrgica: Uretoscopia A. local, se intenta dilatar con (ilegible)

Mayo 27/98

9+15 paciente para Cx cistoscopia TA 153/102 p83. Se ingresa pte a sala 7 para dilatación uretral (ilegible)

4+50 llega pte consciente orientado con LEV (ilegible) CSV TA 144/88

FC 8 Se dan indicaciones.

6+30 Sale pte consciente orientado en ambulancia

Cirugía ambulatoria

Apellidos y Nombres del paciente: Corredor Castillo José

Fecha: Junio 17/98 Edad 58 años Peso: 72 kilos (...)

Diagnóstico Preoperatorio: Estrechez uretral peneana Dr. Botero

Diagnóstico Postoperatorio: Ibidem

Intervención quirúrgica: Dilatación uretral fallida (ilegible)

(...)

VII 17/98 Notas de enfermería

7+15 Pte para una dilatación uretral TA: 155/94 FV 54x'

(ilegible)

12+10 Ingres a Pte a recuperación postdilatación uretral, orientado; consciente en silla de ruedas; t.a. 186/104 F.C.: 94+9 se envía a cirugía ambulatoria cn formula médica y boleta de cita.

12+30 Llega pte a cx ambulatoria le fue cancelado el procedimiento x dilatación uretral fallida. Sale pte en compañía del familiar.

(...)

Fecha: 25 –XI -98 (...) Nota quirúrgica: Uretrografía.

Diagnóstico preoperatorio: Estrechez uretral.

Diagnóstico posoperatorio: Idem.

Intervención quirúrgica: Uretrografía. Estrechez uretral anterior (ilegible) que impide paso (ilegible) uretral foley (ilegible) del ½ de (ilegible) no realiza micción espontáneo. (ilegible) IDX: Estrechez uretra (ilegible).

Orden de hospitalización

Fecha 24 dic de 1998

Nombre: José Isidro Corredor (...)

Diagnóstico: 608

Observaciones: Debe hospitalizarse el día 2 de febrero a la 1 pm.

Para hospitalizar en el servicio de: Urología

Autorización procedimientos quirúrgicos

Servicio: urología. Fecha: II – 2- 99

Yo: José Corredor Autorizo al Dr.: A. Botero y a cualquier otro médico que él designe, para realizar o participar en el siguiente tratamiento médico: uretroplastia anterior (...)

(...)

Epicrisis

(...)

Resumen historia clínica (análisis – antecedentes)

Paciente a quien el octubre 96 se presentó RTUP sin complicaciones.

En junio 97 presenta uretritis por stafilococo.

Presentó pujo, (ilegible) vesical disminución del calibre del chorro urinario se realiza uretrotomía interna (ilegible) diagnóstico de estrechez uretral anterior.

El 030299 (ilegible) se practica uretroplastia con colgajo pediculado de piel y de mucosa prepucial. (ilegible)

*Descripción quirúrgica
(...)*

Diagnóstico

Diagnóstico preoperatorio: Estrechez uretral

Diagnóstico post – operatorio: Estrechez cometa (sic) de uretra anterior

Material enviado a patología: Uretra anterior.

Intervención practicada y tipo de anestesia.

Intervención practicada: uretroplastia anterior y perineal.

Tipo de anestesia: general

Hora inicio: 8 30

Hora finalización: 13 30

Descripción de hallazgos operatorios, procedimientos y complicaciones:

Asepsia, antisepsia, dosion de litotomía, paso de benike por costotomía hasta uretra posterior la cual está indemne, retrógradamente no avanza mas allá de centímetros.

Incisión longitudinal ventral en periné por planos, se identifica el bulbo uretral el cual se incide encontrándose el cuerpo esponjoso se disecciona de adherencias laterales y hacia proximal u distal encontrando el benike pasdom (sic) por cistostomía el cual es el reparo proximal. Se disecciona hacia distal encontrándose severa reacción inflamatoria que compromete (sic) la uretra y tejidos vecinos por lo cual (sic) se realiza disección cortante. Se libera la uretra en todos sus aspectos y a nivel (sic) distal se incide (sic) en su cara anterior sin encontrar luz, se incide hacia proximal hasta un sitio en la uretra peneana en donde hay luz fibrica por la cual (sic) se pasa sonda que no avanza demtrándose (sic) otra estrechez mas proximal se abre toda la uretra encontrándose severa estrechez hasta el praro (sic) proximal por lo cual se corta todo ese segmento de uretra (sic) que tiene una longitud de cerca!° [12 cms.(sic).

Se y talla colgajo de piel ventral de cerca de ¡(sic) ° 12 cms preservando un en (sic) pedicuro el cual se pasa hacia periné sin complicación (sic) anastomosándose en su cara medial con sutura continua de vicril 5-0 creándose de esta manera (sic) un tubo que se anastomoso a la uretra bulbar con puntso (sic) – separados d vrixil 5-0 sin complicación”.

Se evidencia que el tubo es demasiado corto creándose un chordee importante por lo cual se decide rotar colgajo de mucosa (sic) prepucial e[ll] cual se talla de mas o menos 5 cms, se preserva su irrigación se circunscribe el pene completamente, se construye un tubo alrededor da (sic) mucosa y se anastomosa con vicril 5-0.

Se rota hacia ventral y se anastomosa al bode (sic) distal del tubo de pieceado (sic) y se utiliza nuevamente vicril 6-0.

Se anstomosa (sic) el tubo a la uretra distal con vicril 5-0 sin complicaio (sic) pletando así la neouretra anterior.

Srotan (sic) colgajos de Bayes para cerra[r] defecto los cuales se suturan puntos de cromado 5-0
Se cierra el periné en 2 planos de cromado 3-0,
Piel perineal con crodo 3-0
Se deja dren perineal
Se coloca qpsite (sic) compresivo en pene
Se deja compresa en peine
Complicn (sic) no
Sangrado)) (sic) cc
S300 cc
TQX %5 hiras
Botero Plata

(...)

Orden de Hospitalización
Fecha Abr 12 1999
Nombre: Isidro Corredor (...)
Diagnóstico: Absceso (ilegible)
(...)
Observaciones: Debe hospitalizarse ahora abr 12
Para hospitalizar en el servicio de: urología

Cirugía ambulatoria

(...)

Abril 28 – 99

(...)

Intervención quirúrgica: uretrografia

Presenta asepsia y antisepsia se realizó uretrografía sin complicaciones

(...)

Cirugía ambulatoria

(...)

16/junio/99 (...)

Intervención quirúrgica: Uretroscopia exploratoria. Se realizó uretroscopia, encontrándose (ilegible) sellada a 1 cm del (ilegible)

Nota de enfermería

(...)

16 junio/99

6+45 Paciente en ayunas para uretroscopia (ilegible)

7+00 TA 185/114 P72x' (ilegible)

10 am Llega pte a Cx ambulatoria se realiza una uretrocistocopia con a. general (ilegible) sonda vesical (ilegible) TA 152/104 Fc 60x se termina LEV y se retiran.

10+15 Sale pte para la casa en compañía del familiar. Se dan indicaciones de cuidados en la casa.

Orden de hospitalización

Fecha: 02-03-00

(...)

Diagnóstico: Estrechez uretral 508

Debe hospitalizarse el 4 de abril a la 1 pm cirugía abril 5

Observaciones: Visto bueno banco de sangre reservar 2 unidades.

Cirugía ambulatoria.

(...)

Fecha: 31 – enero – 2001

(...)

Intervención quirúrgica: Custoscopia + dilatación uretral. Previa asepsia antisepsia se realiza (ilegible). Estrechez 80% de la luz en la uretra posterior (ilegible)

Notas de enfermería.

Se presenta paciente a Cx ambulatoria para ser atendido por el Dr. Botero El paciente se pasa como una urgencia pues no aparece en programa de Cx. Está por orden verbal de la jefe Patricia. En la HC no aparece diagnóstico preoperatorio por ende se remite a salas Cx sin diagnóstico preoperatorio. El paciente comenta presentarse en ayunas, dice no saber el nombre de la intervención a realizar en Cx y presenta C.S.V. así: T.A.; 153/96. FC: 60

10+40 Llega paciente a recuperación con sonda vesical a (ilegible). Sale con cita de control y fórmula.

11+00 El señor Isidro pte de urología no tiene familiar para recogerlo pero nos informa que sale solo porque el familiar se fue para casa el está orientado, (ilegible) definir su situación.

(...)

Autorización procedimientos quirúrgicos.

Servicio: urología. Fecha: 08-02-2000

Yo: José Isidro Corredor autorizo al Dr. Botero y a cualquier otro médico que él designe, para realizar o participar en el siguiente tratamiento o procedimiento: Cambio de sondas.

(...)

Epicrisis.

(...)

Fecha de ingreso: 040400 Fecha de egreso: 070400

(...)

Diagnóstico salida: Estrechez uretral bulbomembranosa

Resumen historia clínica (análisis – antecedentes)

Paciente con antecedentes de RTUP (96) sin complicaciones, uretritis estafilococcica (junio/97) con posterior estrechez uretral anterior que es manejada con uretromía interna (julio/98) y dilataciones posteriores; presenta nueva estrechez de 4 cms del meato uretral por lo que se

decide cistostemia, en feb/99 se realiza uretroplastia con colgajo pediculado de mucosa prepucial, presenta absceso perineal. Ingresa con diagnóstico de estrechez de uretra anterior.

El 050400 bajo anestesia general se practica uretroplastia fistulorrafia uretrocutanea.

No complicaciones.

Hallazgos: "Orificio en unión periescrotal uretral, que corresponde (colgajo) tubo uretral de cirugía previa, sellamiento uretral bulbomembranosa, en sitio de (ilegible) de piel y uretra posterior, sellamiento en uretra peneana a 3 cms de meato uretral, fibrosis periuretral marcada.

Orden de hospitalización,

Fecha: 15 05 00

Nombre José Isidro Corredor (...) Diagnóstico: Uretroplastia 598.

Observaciones; Hospitalizarse el día 4 de julio /00 1 pm Para hospitalizar en el servicio de: Urología.

Epicrisis.

(...) Fecha de ingreso: 04 VII – 00 Fecha de egreso: 07 – VII – 00
Causa de salida: Mejora. Diagnóstico ingreso: (ilegible)

Resumen historia clínica (análisis – antecedentes)

Paciente (ilegible) cutanea, uretroplastia anterior, dilatación uretral posterior por fístula uretracutánea, peniescrotal, estrechez uretral bulba (ilegible) estrechez uretra peneana distal a fístula – sellamiento uretra suburetral, se realiza procedimiento sin complicaciones evolución post operatoria satisfactoria se da salida.

Examen físico ingreso:

(ilegible) afebril – abdomen blando, cistostomia permeable (ilegible)

Evolución: Satisfactorio

Examen físico egreso:

BEG SDDR afebril – abdomen blando no doloroso, no globo vesical. Estostomía permeable, (ilegible), pene (ilegible)

Recomendaciones. No hay datos en la H.C.

(...)

Cirugía ambulatoria

(...)

2 agosto / 00

(...) Intervención quirúrgica: Cambios de sondas Dr. Botero

Previa asepsia y antisepsia se cambiaron sondas uretrales y cistostomía, sin complicaciones

(...)

Notas de enfermería.

2 Agosto/00

Paciente en ayunas para cambios de sondas
8 am TA 176/111 P77x'

(ilegible)

Recibo pcte en Bxg con cambio de sonda vesical con TA 177/88 Tc 75
(ilegible) sale pte con indicaciones médicas.

9+50 Llega pcte a Cx amb le realizaron un cambio de sonda (ilegible)

10+00 Sale pcte para la casa en compañía de familia se da
indicaciones de cuidado en la casa.

Cirugía ambulatoria

(...)

1° nov 2000 (ilegible)

Observaciones: pte en ayunas para uretroscopia.

TA 102/112 (ilegible)

XI – 01 – 00

8+00 Pte para uretroscopia

Ta 164/112 fc 69

10+45 paciente llega de cirugía.

11 am paciente sale acompañado de familiar se da indicaciones y
recomendaciones.

Cirugía ambulatoria

(...)

6 diciembre 2000

(...)

Intervención quirúrgica: Meatotomía Dr. Botero

BAG, previa asepsia y antisepsia se realizó meatotomía sin
complicaciones.

(...)

Se presenta paciente en Cx ambulatoria en ayunas para ser atendido
por Meatotomía Uretral Abierta en manos del Dr. Botero. Presenta
CSV así: TA 162/03 FC 60

A. LOCAL.

7+50 PACIENTE LLEGA DE Cx con hx cubierta en pene TA 191/109 fc
58

Sale a Cx con fórmula.

8+30 sale pcte para la casa se entrega fórmula médica sale
acompañado de familiar.

Autorización procedimientos quirúrgicos

Servicio: urología. Fecha: 30 – 04- 01

(...)

Cirugía ambulatoria

(...)

Mayo 23/01

(...)

Cirugía: Uretrografía + dilatación uretral. Duración: 20

Pronóstico preoperatorio: Estrechez uretral.

Pronóstico postoperatorio: Idem.

Intervención quirúrgica: Asepsia y antisepsia (ilegible) dilatación con pinzas de Kellg y paso de sonda Foley 14 Fv (ilegible) de 20 c (ilegible) y toma de Rx observa estrechez de uretra bulbar. Paso de guía de Phillips y paso de dilatación hasta 18 Fr sin complicaciones. No sangrado.

Notas de enfermería

Mayo 23/01

Llega paciente en ayunas, caminando alerta, consciente y orientado para extracción de (ilegible) uretrales con Dr. Botero y presenta C.S.V. así: TA: 154/94 FC: 60 TAM: 111

Se pasa a salas de cirugía.

Ingresa pte a sala 7 para Cx pte consciente para uretrografía + dilatación uretra las (ilegible) anestesia local previa asepsia se inicia procedimiento se inyecta medio contraste y sustrae Rx y se realiza dilatación.

(ilegible) presenta recuperación POP ureterografía (ilegible) se pasa para ambulatoria con fórmula médica boleta de control.

10+15 Sale pte del servicio de Cx a ambulatoria a POP ureterografía, despierto, alerta, orientado, se le entra cita de (ilegible) Pte manifiesta, que el procedimiento realizado se lo han hecho antes y que no necesita acompañante, se le comentan los riesgos y él se compromete a salir solo, bajo responsabilidad de él.

José Isidro Corredor

Julio 27/01 Junta de Urología.

Se presenta el caso y se concluye que con las plastias realizadas se logró una porción importante de neouretra con tubos (ilegible), En este momento se encuentra con cambios saculares debido a estrechez uretra distal.

Se recomienda continuar con procedimientos tendientes a mantener potente el meato uretral con dilatación o plastias.

No se recomienda intentar reconstrucción de la porción distal de la uretra dado que no hay (ilegible) prepucio para injertos.

Dres: Posada, Rozo, Cipogarta, Hernández Castaño y Botero.

(...)

Orden de hospitalización

Fecha: Julio 22 de 1997

Nombre: José Isidro Corredor (...)

Diagnóstico: 590 Infección urinaria

Observaciones: Debe hospitalizarse ahora 22 de julio 97 a las 17:00 H

(...)

Cirugía ambulatoria.

(...)

Mayo 27/98

(...)

Diagnóstico preoperatorio: Estrechez (ilegible)

Mayo 27/98

9+15 Paciente pasa Cx Cistoscopia TA: 153/102 p 83 (ilegible)

Se ingresa pcte a sala 7 para dilatación uretral (ilegible)

*4+50 llega pcte consciente orientado con LEV (ilegible) TA 144/88 FC
68*

Se dan indicaciones.

6+30 Sale pcte consciente orientado en ambulancia”.

2.2.- Conclusiones probatorias.

Analizados los medios probatorios que integran el proceso, la Sala confirmará la decisión apelada, con fundamento en el razonamiento que a continuación se desarrolla.

Según se dejó indicado en los antecedentes de esta sentencia, en la demanda se manifestó que el personal médico del Hospital Central de la Policía habría incurrido en una falla del servicio médico asistencial frente al señor José Isidro Corredor Castillo, pues se habrían cometido equivocaciones cuando se adelantaba la labor médica urológica, no obstante para la Sala las dificultades para la imputación de tales hechos en contra de la Administración Pública resultan evidentes.

En efecto, de los elementos probatorios relacionados anteriormente, se tiene acreditado que el señor José Isidro Corredor Castillo fue remitido al Hospital Central de la Policía al presentar síntomas obstructivos urinarios el día 5 de abril de 1993, ante lo cual los médicos decidieron adelantar un tratamiento con medicamentos llamados “Alfa Bloqueadores”, realizando controles periódicos dado que su estado de salud no ameritaba intervenciones quirúrgicas.

Con posterioridad, en el año 1995, el paciente inició “*sintomatología del tracto urinario bajo*” por lo que se dio un manejo médico sin que el señor Corredor Castillo presentara mejoría, motivo por el cual el día 13 de septiembre de 1996 se le practicó una “*resección transuretral*”, intervención de la cual salió sin complicación.

El día 5 de junio de 1997 el paciente acudió al Hospital Central de la Policía al presentar “*secreción uretral purulenta*”, por lo que fue hospitalizado en dicho centro médico al diagnosticársele “*uretritis*” y al efectuarse el urocultivo se determinó que se trataba de “*Staphylococcus epidermidis*” por lo que fue tratado hasta el 10 de junio siguiente con antibióticos por mejoría clínica, debido a que la secreción purulenta persistió, el día 22 de julio de 1997 el paciente fue nuevamente hospitalizado y tratado al demostrarse mediante otro urocultivo que presentaba una “*Corynebacterium sp*”

Igualmente, se tiene por acreditado que después de dicha intervención, comoquiera que el paciente presentó de manera constante “*estrechez uretral*”, el médico urólogo tratante realizó de manera periódica procedimientos de “*dilatación uretral*” pero en vista de que el paciente continuó con su patología, el día 30 de julio de 1997 se practicó “*uretrotomía endoscópica*”. Así las cosas, al señor Corredor Castillo se le continuaron practicando dilataciones uretrales hasta el día 8 de junio de 1998, fecha en la cual no se pudo realizar otra dilatación a causa de la grave estrechez que presentó la “*uretra anterior*”, motivo por el cual el día 15 de julio siguiente se le realizó una “*cistotomía*”. Dado que la estrechez uretral del paciente continuó, el 2 de febrero de 1999 se llevó a cabo una “*uretrectomía anterior total + uretroplastia del 70% de uretra anterior con colgajo pediculado de piel y colgajo pediculado de prepucio*” cuya evolución no fue satisfactoria, comoquiera que el señor Corredor Castillo presentó un absceso perineal que tuvo que ser tratado intra hospitalariamente el día 12 de abril de esa misma anualidad.

A su vez, se acreditó que en el mes de julio de 1999 el “*colgajo distal de la uretra*” presentó un proceso necrótico y se llevó a cabo una “*urectocistoscopia*” a través de la cual se determinó por los galenos que la uretra se encontraba nuevamente sellada, motivo por el cual se realizó una “*uretrostomía*”, intervención por medio de la cual se efectuó el remplazo del 80% de la uretra y finalmente generó que se le fuera retirada la cistotomía al paciente. Por último, el médico tratante efectuó múltiples intervenciones de dilatación de la uretra al paciente y, según la historia clínica aportada al proceso, la última fue la “*uretrografía + dilatación uretral*” realizada el 23 de mayo de 2001.

Ahora bien, del acervo probatorio relacionado anteriormente no se puede concluir que el personal médico del Hospital Central de la Policía hubiese actuado de forma negligente o deficiente en la prestación de los servicios médicos brindados

al señor Corredor Castillo, tal y como lo afirma la parte actora, ni mucho menos que esa hubiere sido la causa de la estrechez uretral o de la impotencia de las cuales padece.

En efecto, observa la Sala que el dictamen pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal señaló que las intervenciones médicas urológicas adelantadas al señor José Isidro Corredro Castillo cumplían con los parámetros establecidos por la “lex artis”, tanto para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, pues fueron *“oportunas, suficientes sin interrupciones en el suministro de la atención y dentro de una racionalidad técnico – científica”*; asimismo, en dicho medio probatorio se indicó que la cirugía de *“resección transuretral de próstata”* practicada al señor Corredor Castillo lleva implícita varias complicaciones, entre ellas, problemas obstructivos. A lo anterior se añade que mediante el fallo inhibitorio obrante en el proceso, emanado del Tribunal de Ética Médica de Bogotá, se destacó que la atención brindada al paciente por el médico Botero Muñoz fue idónea pero que por circunstancias propias de la patología, el paciente presentó las complicaciones que generaron la estrechez uretral que padece.

Igualmente resulta importante señalar que se probó que para el caso objeto de estudio, una vez se practicó la cirugía de resección transuretral, el paciente presentó una mejoría por un período de casi 8 meses, pero que debido a una *“uretritis”* debió consultar nuevamente al servicio de urología de la entidad demandada. En ese sentido se tiene el testimonio rendido por el médico David Duarte Mejía, quien señaló que la causa principal de tal complicación podía ser una enfermedad venérea, afirmación ratificada por el médico Augusto Botero quien manifestó que como posible causa de la uretritis *“la más frecuente en personas adultas que se tratara de una enfermedad de transmisión sexual (enfermedad venérea) que son las que causan este tipo de lesiones tan severas en la uretra”* y que al preguntarle al doctor Duarte Mejía sobre la causa de la estrechez uretral del señor Corredor Castillo, indicó que fue el *“estafilococo resistente a la penicilina”* lo que generó tal patología, la cual debió ser tratada a través de distintos métodos tales como las dilataciones uretrales, uretrotomías internas y uretroplastia.

A lo anterior se añade el hecho de que si bien el demandante atribuyó sus problemas de fertilidad e impotencia al tratamiento que le brindó el personal médico del Hospital Central de la Policía, lo cierto es que el médico cirujano

urólogo Duarte Mejía indicó que la existencia de enfermedades de transmisión sexual pueden causar dichos problemas, tal y como lo presentó el paciente en este caso y que también pudo incidir en ello un factor como la edad del señor Corredor Castillo.

Así las cosas, la Sala observa que en el presente caso no hay a lugar a imputar falla alguna a la entidad demandada, pues del material probatorio obrante en el proceso puede inferirse que el actuar del personal médico no fue erróneo ni descuidado, pues se probó que desplegó toda la actividad médica necesaria de manera adecuada, oportuna y de conformidad con la “lex artis” para atender un cuadro clínico como el que presentó el paciente, pero que, por circunstancias ajenas a la prestación del servicio médico, este presentó complicaciones, lo cual demuestra que para el *sub exámine* no existen pruebas que lleven a la Sala al convencimiento de que la estrechez uretral que padece el señor Corredor Castillo hubiese sido consecuencia de la conducta negligente del personal médico de la entidad demandada, tal y como lo calificó la parte actora.

En consecuencia, si bien se demostró el daño que sufrió el demandante, este no le es atribuible a la entidad demandada, puesto que, se insiste, no se demostró que ello obedeciera a una falla en la prestación del servicio médico.

En ese orden de ideas, para la Sala no existe criterio de causalidad que permita vincular la conducta o comportamiento del personal de la entidad demandada con hechos desencadenantes del daño, pues, se reitera, no obran elementos de convicción que permitan inferir que habrían sido las omisiones e irregularidades en el servicio médico prestado las que produjeron el hecho dañoso.

Respecto de la causalidad como elemento de responsabilidad del Estado, la Sala ha sostenido²:

“Más allá de la compleja cuestión relacionada con la identificación de los elementos estructurales de la responsabilidad extracontractual del Estado a partir de la entrada en vigor de la Constitución Política de 1991³, incluso frente a supuestos que han dado lugar a comprensiones

² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 11 de febrero del 2009. Exp. 17.145 y del 20 de mayo del mismo año, Exp. 17.405.

³ *La complejidad del asunto traído a colación quedó puesta de presente, por vía de ejemplo, con ocasión de la aprobación del siguiente pronunciamiento por parte de esta Sala: Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del treinta y uno (31) de mayo de dos mil siete (2007); Consejero ponente: Enrique Gil Botero; Radicación número: 76001-23-25-000-1996-02792-01(16898). En aquella oportunidad, la posición mayoritaria de la Sala se inclinó por señalar que lo procedente de cara a llevar a cabo “...el análisis de los elementos que*

—al menos en apariencia— dispares en relación con dicho extremo⁴, la Sala ha reconocido que con el propósito de dilucidar si procede, o no, declarar la responsabilidad patrimonial del Estado en cualquier supuesto concreto, resulta menester llevar a cabo tanto un análisis fáctico del proceso causal que, desde el punto de vista ontológico o meramente naturalístico, hubiere conducido a la producción del daño, como un juicio valorativo en relación con la posibilidad de imputar o de atribuir jurídicamente la responsabilidad de resarcir el perjuicio causado a la entidad demandada; dicho en otros términos, la decisión judicial que haya de adoptarse en torno a la responsabilidad extracontractual del Estado en un caso concreto debe venir precedida de un examen empírico del proceso causal que condujo a la producción del daño, de un lado y, de otro, de un juicio, a la luz de los diversos títulos jurídicos de imputación aplicables, en torno a la imputabilidad jurídica de dicho daño a la entidad demandada.

En consecuencia, no debe desdeñarse la importancia de precisar con mayor rigor, en el plano jurídico del Derecho de Daños⁵, el concepto filosófico de **causa**⁶, toda vez que en esta parte del universo del Derecho dicha noción “no se trata para nada de causa y efecto, en el sentido de las ciencias naturales, sino de si una determinada conducta debe ser reconocida como **fundamento jurídico suficiente** para la atribución de consecuencias jurídicas, o sea de la relación de fundamento a consecuencia.”⁷ (Negrillas del texto original).

constituyen la responsabilidad extracontractual del Estado”, es acometer dicha tarea “...a través de la siguiente estructura conceptual: 1º) daño antijurídico, 2º) hecho dañoso, 3º) causalidad, y 4º) imputación”. Empero, frente a la anotada postura, el Magistrado Enrique Gil Botero optó por aclarar su voto por entender que la comprensión que se viene de referir “...desconoce los postulados sobre los cuales se fundamenta la responsabilidad del Estado a partir de la Carta Política de 1991, en tanto el artículo 90 del estatuto superior estableció sólo dos elementos de la responsabilidad, los cuales son: i) El daño antijurídico y, ii) la imputación del mismo a una autoridad en sentido lato o genérico”.

⁴ De hecho, en el pronunciamiento que acaba de referenciarse —nota a pie de página anterior—, a pesar de la claridad en torno al título jurídico de imputación aplicable al asunto de marras —riesgo excepcional derivado del funcionamiento de redes eléctricas y de alto voltaje—, las súplicas de la demanda fueron desestimadas porque desde el punto de vista de la causalidad, esto es, desde una perspectiva eminentemente naturalística, fenomenológica, el actor no consiguió demostrar el acaecimiento del suceso que atribuía a la entidad demandada —una sobrecarga eléctrica— y con fundamento en el cual pretendía que se atribuyese responsabilidad indemnizatoria a ésta última como consecuencia del advenimiento de los daños que —esos sí— fueron cabalmente acreditados dentro del plenario. Y adviértase que en relación con el sentido de la decisión —y, por tanto, en relación con esta manera de razonar— no hizo explícito, en la también referida aclaración de voto, su desacuerdo el H. Consejero de Estado que la rubricó.

⁵ Se hace la delimitación acerca del campo jurídico (Derecho de Daños) en el cual se examinará el concepto de **causa** para que el análisis correspondiente no se extienda, de manera equivocada, a otros terrenos como el Derecho de las Obligaciones o el de los Contratos, en los cuales su sentido y alcance resultan diferentes por completo, tal como lo refleja, entre otros, el artículo 1524 del Código Civil según cuyo inciso segundo “Se entiende por causa el motivo que induce al acto o contrato; y por causa ilícita la prohibida por la ley, o contraria a las buenas costumbres o al orden público”.

⁶ Tarea que acomete, con singular fortuna, Isidoro GOLDENGERG, en su obra *La relación de causalidad en la responsabilidad civil*, 2ª edición ampliada, La Ley, Buenos Aires, 2.000, especialmente en pp. 8-12.

⁷ El énfasis ha sido efectuado en el texto original. Cfr. ENNECCERUS, LUDWIG-LEHMANN, HEINRICH, *Derecho de las obligaciones*, 11ª edición, traducción de B., Pérez González y J., Alguer, Barcelona, Bosch, 1948, citado por GOLDENGERG, Isidoro, *La relación de causalidad en*

A lo anterior se debe agregar que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*. Así pues, la parte demandante no cumplió con la carga probatoria⁸ que le impone la norma legal en cita, toda vez que –se reitera-, no allegó al proceso prueba alguna que permita atribuir el hecho dañoso al ente público demandado.

2.3. Costas.

Habida consideración de que para el momento en que se dicta este fallo el artículo 55 de la Ley 446 de 1998 indica que sólo hay lugar a la imposición de costas cuando alguna de las partes hubiere actuado temerariamente y en el *sub lite* ninguna actuó de esa forma, en el presente asunto no habrá lugar a imponerlas.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA:

la responsabilidad civil, cit., p. 10. Por la misma senda marchan los planteamientos de Adriano DE CUPIS, quien no obstante considerar operativo el tema de la relación de causalidad al interior del análisis jurídico, estima existente la que denomina “causalidad jurídica” misma, que a su entender “no es más que un corolario del principio enunciado por nosotros, según el cual, el contenido del daño se determina con criterios autónomos [en el ámbito jurídico]. Debemos preocuparnos de averiguar no ya cuándo el daño pueda decirse producido por un hecho humano según las leyes de la naturaleza, sino más bien cuándo ese daño pueda decirse jurídicamente producido por un hecho humano” (énfasis en el texto original). Cfr. DE CUPIS, Adriano, El daño. Teoría general de la responsabilidad civil, traducción de la 2ª edición italiana por A. Martínez Sarrión, Bosch, Barcelona, 1975, p. 248.

⁸ De manera más detallada el tratadista Devis Echandía expone lo siguiente: *“Para saber con claridad qué debe entenderse por carga de la prueba, es indispensable distinguir los dos aspectos de la noción: 1º) por una parte, es una regla para el juzgador o regla del juicio, porque le indica cómo debe fallar cuando no encuentre la prueba de los hechos sobre los cuales debe basar su decisión, permitiéndole hacerlo en el fondo y evitándole el proferir un non liquet, esto es, una sentencia inhibitoria por falta de pruebas, de suerte que viene a ser un sucedáneo de la prueba de tales hechos; 2º) por otro aspecto, es una regla de conducta para las partes, porque indirectamente les señala cuáles son los hechos que a cada una le interesa probar (a falta de prueba aducida oficiosamente o por la parte contraria; cfr., núms. 43 y 126, punto c), para que sean considerados como ciertos por el juez y sirvan de fundamento a sus pretensiones o excepciones.”* DEVIS ECHANDÍA, Hernando. Teoría general de la prueba judicial. Bogotá: Editorial Temis. 2002., pág. 405. De lo anterior, este último autor afirma: *“De las anteriores consideraciones, deducimos la siguiente definición: “carga de la prueba es una noción procesal que contiene una regla de juicio, por medio de la cual se le indica al juez cómo debe fallar cuando no encuentre en el proceso pruebas que le den certeza sobre los hechos que deben fundamentar su decisión, e indirectamente establece a cuál de las partes le interesa la prueba de tales hechos, para evitarse las consecuencias desfavorables.”* Ídem. pág. 406.

PRIMERO: CONFÍRMASE la sentencia apelada, esto es la proferida el 17 de noviembre de 2004 por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera – Sala de Descongestión, mediante la cual se denegaron las súplicas de la demanda.

SEGUNDO: Sin costas.

TERCERO: Ejecutoriada esta providencia, **DEVUELVA** el expediente al Tribunal de origen para lo de su cargo.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA

HERNAN ANDRADE RINCÓN

MAURICIO FAJARDO GÓMEZ