



**JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO
DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
SECCIÓN PRIMERA**

Bogotá D.C., ocho (8) de abril de dos mil veintidós (2022)

Expediente: 11001-33-34-002-2018-00371-00
Demandante: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús
– Clínica La Inmaculada
Demandado: Distrito Capital de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud
Tema: Falsa motivación de los actos administrativos

NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO

Procede, el Juzgado Segundo Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, a dictar sentencia de primera instancia, dentro de la demanda que, en ejercicio del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho, instauró la organización Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús – Clínica La Inmaculada en contra del Distrito Capital de Bogotá – Secretaría Distrital del Hábitat.

I. ANTECEDENTES

1. Pretensiones

“PRIMERA: Declárese la Nulidad y Restablecimiento del Derecho de la Resolución No. 0921 de fecha 16 de abril de 2018, notificada a través de aviso el día 3 de mayo de 2018.

Que señala lo siguiente:

[...]

SEGUNDA: Declárese la Nulidad y Restablecimiento del Derecho de la Resolución No 1169 de fecha 5 de abril de 2017.

Que señala lo siguiente:

[...]

TERCERA: Que, como consecuencia de lo anterior, se ORDENE a la ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ – SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, SE DECLARE el Restablecimiento del Derecho, y se EXONERE a mi representada de la multa impuesta en las Resoluciones sometidas al Medio de Control interpuesto”.

2. Cargos

La parte demandante solicitó la nulidad de los actos administrativos acusados, al considerar que los mismos habrían sido expedidos irregularmente y con falsa motivación. Esto, con sustento en los siguientes argumentos:

Manifestó que los actos administrativos demandados se encontrarían viciados de nulidad, al haber sido expedidos con falsa motivación, toda vez que la Secretaría Distrital de Salud habría efectuado apreciaciones equivocadas frente a la atención médica que brindó al señor Juan Carlos Arévalo.

Agregó que la demandada también habría omitido tener en cuenta el material probatorio que obraba en el expediente y que daría cuenta de las medidas de seguridad y control de enfermería que existían dentro de la institución, en el momento de la ocurrencia del hecho que generó la investigación administrativa.

Indicó, además, que el paciente no se encontraba psicótico, paranoide o confuso, como se estaría acreditado en su histórica clínica y su evolución; documento, que cumpliría con los parámetros de registro, archivo, cronología, oportunidad y pertinencia necesarios.

Adujo que, según el informe de gestión del evento adverso, el accidente sufrido por el señor Juan Carlos Arévalo no era prevenible, menos aun cuando había entrado al tratamiento de forma consciente y voluntaria, de forma que podía revocar su consentimiento y, así, solicitar su salida.

Mencionó que la institución cumplió con todos los parámetros para el manejo clínico de la enfermedad del paciente referido, por el abuso y dependencia de sustancias estimulantes; con todo, dijo, la facultad de autodeterminación del paciente no se encontraba comprometida.

Arguyó que la Administración interpretó indebidamente lo señalado por el Consejo de Estado en las providencias 22304 de 2012 y 2007-00504 de 23 de noviembre de 2016, las cuales invocó como fundamentos de derecho para la decisión sancionatoria. Lo anterior, dado que, dijo, la obligación de seguridad no podría interpretarse como una obligación de resultado.

Refirió que los asuntos relacionados con la responsabilidad de los actos médicos no sería competencia de la Secretaría Distrital demandada.

Señaló que los conceptos médicos de los Doctores: Juan Carlos Diez y José Gregorio Mesa Azuero habrían desvirtuado lo planteado por el concepto

técnico científico expedido por la Secretaría Distrital de Salud, en el que se basó la imposición de la sanción que se impugna.

Aseguró que la demandada se habría equivocado al indicar que el paciente Juan Carlos Arévalo, en el momento de los hechos, se encontraba en un lugar diferente al establecido para su internación, puesto que el área donde ocurrió su intento de escape, sería de tránsito obligatorio para todos los pacientes hacia el comedor, así como para las terapias psicológicas, ocupacionales y psiquiátricas.

3. Contestación de la demanda

El Distrito Capital de Bogotá – Secretaría Distrital del Hábitat contestó la demanda y se opuso a todas las pretensiones invocadas en el escrito introductorio, al considerar que los actos demandados fueron expedidos con el lleno de todos los requisitos legales pertinentes, así como con respeto a las garantías constitucionales del investigado.

4. Actividad procesal

El 6 de noviembre de 2018, el Juzgado admitió la demanda de la referencia y ordenó que se efectuaran las notificaciones de rigor¹.

El 14 de mayo de 2019, la Secretaría Distrital de Ambiente contestó la demanda².

El 20 de noviembre de 2019, se llevó a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 de la Ley 1437 de 2011, en la que se declaró no probada la excepción previa de “inepta demanda”, se fijó el litigio y se decretaron las pruebas que reunieron los requisitos de pertinencia, conducencia y utilidad³.

El 20 de febrero de 2020, se adelantó el trámite de contradicción del dictamen pericial decretado en la audiencia inicial; luego, se declaró terminada la etapa probatoria y se corrió traslado a las partes para que presentaran sus alegatos de conclusión⁴.

5. Alegatos de conclusión

La institución demandante y la autoridad demandada presentaron sus correspondientes alegatos de conclusión, en los que reiteraron los argumentos esgrimidos en el escrito de demanda y su contestación⁵.

¹ Folio 178 del cuaderno principal.

² Folios 187 al 192 *ibídem*.

³ Folios 219 al 224 *ibídem*.

⁴ Folios 227 al 229 *ibídem*.

⁵ Folios 231 al 241 *ibídem*.

II. CONSIDERACIONES

Agotados los trámites propios del proceso, sin que exista causal de nulidad que invalide lo actuado hasta la fecha, el Juzgado procederá a dictar sentencia de primera instancia dentro de la demanda promovida por la institución Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús – Clínica la Inmaculada en contra de la Secretaría Distrital de Salud.

Con esta finalidad, se tendrá en cuenta el siguiente derrotero: i) problemas jurídicos; ii) caso concreto; iii) conclusiones; y iv) condena en costas.

1. Problemas jurídicos

Los problemas jurídicos contenidos en la fijación del litigio se concretaron en las siguientes preguntas:

1. *¿Profirió la Secretaría Distrital de Salud, los actos administrativos demandados de forma irregular, toda vez que, presuntamente:*
 - a) *El concepto técnico 49754 del 23 de mayo de 2014, que dio origen a la formulación de cargos, contendría apreciaciones equívocas y alejadas de la realidad, respecto de la atención médica brindada al señor Juan Carlos Arévalo Guerrero.*
 - b) *Habría valorado indebidamente los medios probatorios aportados en la actuación administrativa, dirigidos a desvirtuar el referido concepto técnico.*
 - c) *Realizó una interpretación errónea de la jurisprudencia del Consejo de Estado, en lo concerniente a la obligación de seguridad?*
2. *¿Expidió, la autoridad demandada, las resoluciones acusadas de nulidad, con falsa motivación, como quiera que habría omitido tener en cuenta las pruebas aportadas en la investigación administrativa, en las que se desprendería la inexistencia de las fallas en la seguridad y la atención brindada al paciente Arévalo Guerrero?*
3. *¿Se encuentran viciadas de nulidad, las resoluciones cuya legalidad se impugna, como quiera que, la Secretaría Distrital demandada, habría negado sin motivación suficiente, la prueba testimonial de los profesionales que rindieron el concepto técnico 49754 del 23 de mayo de 2014?*

2. Caso concreto

A continuación, el Juzgado se encargará de solucionar las preguntas de orden jurídico, en el orden que sigue:

2.1. Para comenzar, se advierte que los problemas jurídicos 1 y 2 serán solventados mediante una única disertación, toda vez que los razonamientos en los que se sustentaron giran en torno a la existencia de presuntas falencias en la motivación de los actos acusados.

- ***¿Expidió, la autoridad demandada, las resoluciones acusadas de nulidad, con falsa motivación, como quiera que habría omitido tener en cuenta las pruebas aportadas en la investigación administrativa, en las que se desprendería la inexistencia de las fallas en la seguridad y la atención brindada al paciente Arévalo Guerrero?***

- ***¿Profirió la Secretaría Distrital de Salud, los actos administrativos demandados de forma irregular, toda vez que, presuntamente:***
 - a) El concepto técnico 49754 del 23 de mayo de 2014, que dio origen a la formulación de cargos contendría apreciaciones equívocas y alejadas de la realidad, respecto de la atención médica brindada al señor Juan Carlos Arévalo Guerrero.***

 - b) Habría valorado indebidamente los medios probatorios aportados en la actuación administrativa, dirigidos a desvirtuar el referido concepto técnico.***

 - c) Realizó una interpretación errónea de la jurisprudencia del Consejo de Estado, en lo concerniente a la obligación de seguridad?***

Al respecto, la demandante señaló que, contrario a lo señalado por la Secretaría Distrital de Salud, durante la actuación administrativa habría quedado demostrado que no existieron fallas en la seguridad y vigilancia del paciente Juan Carlos Arévalo, quien era supervisado por parte del personal de enfermería de la institución.

Indicó que en la institución hay una cerca electrificada, circuito cerrado de televisión, así como acompañamiento a los hospitalizados por parte del personal de enfermería; con todo, dijo, las medidas de seguridad de una institución médica no pueden equipararse a aquellas propias de los centros carcelarios.

Agregó que los actos administrativos también erraron al considerar que el mencionado paciente estaba psicótico, paranoide o confuso, pues, la valoración registrada en la historia clínica, minutos antes del incidente, demostraría lo contrario, esto es, que era una persona completamente funcional y, por ende, lo ocurrió obedeció a un acto impulsivo propio.

Refirió que la Administración también se equivocó al considerar que el señor Arévalo se encontraba en un lugar diferente al establecido para su internación, cuando ocurrió el accidente, dado que ello acaeció en un área de tránsito obligado hacía los comedores y lugares para recibir terapias.

Manifestó que, según el Informe de Gestión de Evento Adverso, el accidente que sufrió el señor Arévalo no era prevenible, en consideración a que había ingresado a la institución de forma consciente y aceptado su tratamiento de forma voluntaria, el que, además, había sido pertinente y acorde para el tratamiento de su enfermedad.

Recalcó que el paciente tenía la posibilidad de rechazar el tratamiento brindado y solicitar su salida del establecimiento.

Aseguró, de otro lado, que cumplió con todos los parámetros legales de registro, archivo, cronología, oportunidad y pertinencia médica, con que debía diligenciarse la historia clínica del paciente en mención; circunstancia que, en todo caso, siempre se realizaba de forma posterior al momento en que ocurre un evento médico.

Explicó que el Concepto Técnico 49754 del 23 de mayo de 2014 contendría apreciaciones equivocadas respecto de la atención médica brindada al aludido paciente, en tanto la institución habría llevado a cabo un manejo inicial del paciente lesionado, para luego remitirlo a una institución médica de mayor complejidad, tal y como constaría en la historia clínica.

Afirmaron que los médicos: Juan Carlos Diez y José Gregorio Mesa Azuero desvirtuaron el concepto médico referido en antecedencia.

Finalmente, adujo que la Secretaría demandada interpretó erróneamente la jurisprudencia del Consejo de Estado que utilizó como fundamento de derecho para adoptar la decisión sancionatoria, esto es, los fallos 22304 del 2012 y la sentencia 2007-00504 del 23 de noviembre de 2016. Lo anterior, dado que la obligación de seguridad de la que tratan estos pronunciamientos, realmente sería de medios, pero no de resultados.

Por tanto, teniendo en cuenta lo enunciado en el concepto de violación, para abordar el análisis de los argumentos, el Juzgado considera necesario precisar que la falsa motivación constituye un defecto relacionado con el

requisito de validez de los actos administrativos, tal y como lo ha expuesto reiteradamente la Sección Primera del Consejo de Estado⁶.

En efecto, la aludida Corporación ha dicho que “[...] *la motivación constituye uno de los elementos esenciales o fundamentales de legalidad del acto administrativo, a tal punto que cuando se pretermite, o cuando se demuestra que las razones que sustentan la decisión no son reales, no existe o están distorsionadas, se presenta un vicio que lo invalida*”.

Además, señaló que quien pretende demostrar la ocurrencia de tal vicio, debe demostrar “[...] *que lo expresado en el acto administrativo no corresponde con la realidad*”.

De este modo, esa misma Sección ha insistido⁷ que se configura falsa motivación de los actos administrativos en los siguientes casos: “*cuando i) se presenta inexistencia de fundamentos de hecho o de derecho en la manifestación de voluntad de la administración pública; ii) los supuestos de hecho esgrimidos en el acto son contrarios a la realidad, bien por error o por razones engañosas o simuladas; iii) porque el autor del acto le ha dado a los motivos de hecho o de derecho un alcance que no tienen y iv) porque los motivos que sirven de fundamento al acto no justifiquen la decisión*”⁸.

Es así como al descender al análisis del caso bajo estudio, el Juzgado considera esclarecedor traer a colación que, mediante Resolución 1169 del 5 de abril de 2017, la Secretaría Distrital de Salud resolvió sancionar a la institución demandante, al encontrar que habría transgredido lo previsto en el artículo 3 del Decreto 1011 de 2006, en concordancia con lo prescrito en los artículos 3, numeral 3.8 de la Ley 1438 de 2011 y 185 de la Ley 100 de 1993, y lo preceptuado en los artículos 3, 4, 5 y 10 de la Resolución 1995 de 1999.

Esto, debido a que la censora no habría obrado diligentemente en el cuidado del paciente, Juan Carlos Arévalo Guerrero; así mismo, que el acompañamiento terapéutico que se le brindó no cumplió con su fin, por tratarse de un paciente con un cuadro psiquiátrico relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, que conllevó a que sufriera una caída desde el techo de la institución, cuando intentaba fugarse de la misma.

⁶ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. Sentencia de 11 de julio de 2019. Radicación 25000-23-24-000-2012-00509-01. (C.P. Roberto Augusto Serrato Valdés).

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera. Consejero ponente: Oswaldo Giraldo López. Bogotá, D.C., once (11) de noviembre de dos mil veintiuno (2021). Rad. 05001-23-31-000-2001-00519-02.

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera. Sentencia de 12 de diciembre de 2019. Radicación 25000-23-24-000-2009-00249-01. (C.P. Hernando Sánchez Sánchez).

En concreto, en la referida resolución, la Secretaría dijo:

“No es cierto lo planteado por el Dr. JOSÉ GREGORIO MEZA, cuando advierte que el paciente, no presentaba cuadro clínico que pudiera concluir la determinación que tomó, pues es contradictorio al poner de presente que conocían, su cuadro clínico mental, de acuerdo con los registros que se encontraban en la entidad investigada y que le sirvieron de base para emitir su dictamen, argumenta que lo que hizo como perito, fue contrastar la información clínica con las posibilidades diagnósticas para dejar claro que al momento en el que el paciente asume el acto imprudente de escalar un muro no mediaba una condición clínica psiquiátrica como un cuadro psicótico o un estado confusional o una crisis de pánico (...) y que su comportamiento imprevisible correspondía a un histórico patrón en forma de ser del sujeto que había existido toda su vida.

*Sin embargo, afirma que el ingreso del paciente de manera voluntaria, buscando ayuda para superar su enfermedad de adicción a las drogas, **se planteó un plan de recuperación respecto de dicha adicción, por lo cual su plan terapéutico consistía en acompañar al paciente. De otra parte, se evidencia en la historia clínica que ingresó ansioso, buscando ayuda, con diagnóstico de ingreso de trastornos mentales, y trastorno psicótico, debido al uso de cocaína.***

*De acuerdo al concepto técnico emitido por profesionales de salud adscritos a este Despacho, se establece que **no hay registros en la historia clínica sobre cuidados especiales o vigilancia relacionada con los signos establecidos, por tratarse de un paciente cuadro psiquiátrico relacionado con consumo de sustancias psicoactivas.***

*Se pregona como argumento de defensa, y en los testimonios recepcionados, que la entidad investigada es especializada en atender pacientes psiquiátricos, pero está demostrado, con la ocurrencia del efecto adverso, **que omitieron dar seguridad al paciente de manera adecuada, ya que en varias oportunidades había sido tratado por su problema de adicción a las sustancias psicoactivas.***

***Por tratarse de un paciente con enfermedad mental, de difícil manejo, con un consumo de más de veinte años, de haber ingresado ansioso, con historial clínico de ideas suicidas, con soliloquios, alucinaciones auditivas y visuales, no era difícil considerar que en algún momento perdiera su lucidez y entrar en estado compulsivo que permitiría auto agredirse, como se puede inferir del historial clínico del paciente,** y por ende, este Despacho considera que efectivamente la entidad investigada no obró diligentemente en el cuidado del paciente, y que el acompañamiento propuesto como opción terapéutica no cumplió con su fin, ya que en el desespero por su enfermedad como adicto, buscó de manera ansiosa, y desesperadamente ayuda para poder superarla”⁹. (Se destaca)*

⁹ Folios 132 al 145 de los anexos de la contestación de la demanda.

Por su parte, en la Resolución 1203 del 7 de marzo de 2018, que solventó el recurso de reposición interpuesto contra el acto definitivo, se expuso la siguiente motivación:

“[...]

*Como se indicó en el previamente [sic] en el acto recurrido, está debidamente probado en el plenario el hecho que **existieron fallas en la seguridad del paciente por parte de la institución investigada, por cuando la misma no cuenta con la infraestructura requerida, sumado a que la vigilancia y control por parte de su personal de enfermería, no reportó el accidente de forma inmediata.***

Ahora bien, frente a lo manifestado en la declaración bajo gravedad de juramento por los doctores JOSÉ GREGORIO MESA AZUERO y JUAN CARLOS DIEZ PALMA, considera esta instancia, que dichos testimonios no logran desvirtuar los cargos endilgados, como tampoco lo logran hacer los argumentos presentados por el recurrente doctor MIGUEL BAUTISTA VANEGAS, por cuanto sus exculpativos se enfocan al traslado de la culpa en cabeza exclusiva de la víctima respecto al evento adverso.

*Así mismo, no es cierto lo planteado por el Dr. JOSÉ GREGORIO MEZA, cuando advierte que el paciente, no presentaba un cuadro clínico que pudiera concluir la determinación que tomó, pues es contradictorio al poner de presente que conocían, su cuadro clínico mental, de acuerdo a los registros que se encontraban en la entidad investigada y que le sirvieron de base para emitir su dictamen, argumenta que lo que hizo como perito, fue contrastar la información clínica con las posibilidades diagnósticas para dejar claro que al momento en el que el paciente asume el acto imprudencia de escalar un mutó no mediaba una condición clínica psiquiátrica como un cuadro psicótico o un estado ‘confusional’ o una crisis de pánico; y que su comportamiento imprevisible correspondía a un histórico patrón en forma de ser el sujeto que había existido toda su vida, sin embargo, **afirma que el ingreso del paciente de manera voluntaria, buscando ayuda para superar su enfermedad de adicción de drogas, se planteó un plan de recuperación respecto de dicha adicción, por lo cual su plan terapéutico consistía en acompañar al paciente. De otra parte, se evidencia en la historia clínica que ingresó ansioso, buscando ayuda, con diagnóstico de ingreso de trastornos mentales, y trastorno psicótico, debido al uso de cocaína.***

*Por su parte, de acuerdo al concepto técnico emitido por profesionales de la salud adscritos a este Despacho, es consecuente establecer que **no hay registros en la historia clínica sobre cuidados especiales o vigilancia relacionada con los signos establecidos, por tratarse de un paciente con cuadro psiquiátrico relacionado con consumo de sustancias psicoactivas, que en tal sentido permite ratificar la conducta objeto de reproche.***

De igual manera, está demostrado que la ocurrencia del evento adverso, que omitieron dar la seguridad al paciente de manera adecuada, ya que en varias oportunidades había sido tratado por su problema de adicción a las sustancias psicoactivas. Por otro lado, como se sabe, y por tratarse de un paciente con enfermedad mental, de difícil manejo, con un consumo de más de veinte años, de haber ingresado ansioso, con historial clínico de ideas suicidas, con soliloquios, alucinaciones auditivas y visuales, no era difícil considerar que en algún momento perdiera su lucidez y entrar en estado compulsivo que permitiría auto agredirse, como se puede inferir de la historia clínica del paciente, y por ende, este Despacho considera que efectivamente la entidad investigada no obró diligentemente en el cuidado del paciente, y que el acompañamiento propuesto como opción terapéutica no cumplió con su fin, ya que en el desespero por su enfermedad como adicto, buscó de manera ansiosa, y desesperadamente ayuda para poder superarla.

[...] ¹⁰ (Se destaca)

Finalmente, en la Resolución 921 del 18 de abril de 2018, por medio de la cual fue solventado el recurso de apelación interpuesto por la institución demandante, el Distrito mencionó:

“En atención a lo anterior, es de aclarar que los cargos endilgados, no han sido desvirtuados, pues contrario a lo señalado por el doctor José Gregorio Mesa Azuero (médico psiquiatra), al indicar ‘que el evento presentado obedece no un hecho propio de la víctima, que no puede ser atribuido a la institución prestadora de servicios de salud y/o a una responsabilidad ético legal del personal asistencia’; el accidente presentado no puede ser considerado como un hecho imprevisible al tratarse de una institución psiquiátrica, en las cuales la obligación de seguridad no solo es de medio sino también de resultados, pues en ellas se brindan atención en salud a personas especialmente vulnerables debido a sus condiciones mentales.

[...]

De otra parte, es de tener en cuenta que si bien según las notas de evolución del 26 de mayo de 2014 a las 12:18 horas, para el día de los hechos, el paciente no había presentado dificultades en su permanencia en el servicio, ni presentaba manifestaciones clínicas de tipos sicótico, o de ansiedad, tipo pánico, o de afectación de conciencia, esto no exonera de manera alguna a la institución investigada, de la falla en la prestación del servicio de salud, por vulneración de parámetros de seguridad, debido a que tal como se señaló anteriormente el accidente presentado no puede ser considerado como un hecho imprevisible al tratarse de una institución psiquiátrica, debido a que las personas con algún tipo de psicopatología, son vulnerables a numerables

¹⁰ Folios 339 345 de los anexos de la contestación de la demanda.

riesgos potenciales, por el hecho de sufrir una disminución en sus capacidades cognitivas.

Sumado es de recordar que el día 23 de mayo de 2014, el paciente fue trasladado desde el Hospital Militar Central a dicha institución, por referir cuadro clínico de un mes consistente en drogomanía, ansiedad, irritabilidad, auto y heteroagresión, ideas de muerte, quien al ingresar solicitó ayuda por haber recaído en el consumo de drogas (cocaína), y presentaba síntomas de abstinencia. Que se trataba de un paciente con enfermedad mental de difícil manejo, con consumo de sustancias psicoactivas por más de 20 años, con historial clínico de ideas suicidas, con soloquios, alucinaciones auditivas y visuales, que dada dichas circunstancias en cualquier momento podía perder su lucidez, razón por la cual ameritaba el máximo cuidado y vigilancia.

Por lo anterior, los argumentos expuestos a lo largo de la investigación y las pruebas allegadas, no son suficientes para desvirtuar la falla endilgada por el evento adverso presentado en la Clínica la Inmaculada de las Hermanas Hospitalarias el día 26 de mayo de 2014, con el señor Juan Carlos Arévalo (q.e.p.d.)

[...]

Respecto de lo anterior, este Despacho aclara que bien el diligenciamiento del historial clínico se debe realizar de forma retrospectiva, esto no es óbice para que la misma sea diligenciada de forma completa, pero contrario a ello luego del análisis de la historia clínica realizado por profesionales de la salud adscritos a este ente de control se concluyó que **en la historia clínica no se describió el trauma sufrido a nivel de reja costal, fractura de miembros superior, ni el manejo inicial dado al paciente luego de la caída, aspectos estos que debieron quedar consignados en la historia clínica aun cuando la única especialidad de la institución es la salud mental.**

Recordemos que la historia clínica es un documento idóneo que permite establecer la calidad de la atención que se le brinda a un paciente, en consecuencia la misma debe contener toda la relación ordenada y detallada de los datos y conocimiento, tanto anteriores, personales y familiares como actuales y relativos a un paciente, que sirve de base de juicio de la enfermedad actual, es por ello que el legislador al expedir la Resolución 1995 de 1999 determinó en su artículo 2 que esta es de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales y jurídicas que se relacionen con la atención en salud¹¹. (Se destaca)

De ese modo, se colige que los motivos tenidos en cuenta por la Administración para sancionar a la institución demandante, como consecuencia del accidente que sufrió el señor Juan Carlos Arévalo Guerrero, mientras se encontraba internado, aludieron a que en la

¹¹ Folios 228 al 231 de los anexos de la contestación de la demanda.

correspondiente historia clínica, no había registros sobre cuidados especiales o acciones de vigilancia respecto del aludido paciente, pese a que se trataba de alguien con un cuadro psiquiátrico relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas y, además, en su plan de recuperación se incluyó como necesario su acompañamiento.

De igual forma, adujo que, con la ocurrencia del evento adverso investigado, habría quedado acreditado que la institución omitió brindar las medidas de seguridad adecuadas para el paciente, aún más cuando en varias oportunidades había sido tratado por su problema de adicción, con un historial clínico de ideas suicidas, soliloquios y alucinaciones, motivo por el que era previsible que, en algún momento, perdiera su lucidez y entrara en un estado compulsivo.

Agregó, también, que en la referida historia clínica se observaría que el señor Arévalo ingresó ansioso a la institución y con un diagnóstico de trastorno mental, así como psicótico, derivado del uso de cocaína.

Aseguró que existieron fallas en la seguridad del paciente, dado que la institución no contaba con la infraestructura requerida y el personal de enfermería no reportó el accidente de forma inmediata.

Finalmente, refirió que en la historia clínica la institución omitió describir el trauma sufrido por el señor Arévalo a nivel de reja costal, la fractura de miembro superior, así como el manejo inicial dado luego de su caída.

En este punto, habiéndose puesto de presente los argumentos expuestos por la demandante en su escrito de demanda y los motivos esgrimidos en los actos administrativos acusados, el Juzgado procederá a contrastar estos elementos con las pruebas que reposan en el expediente sancionatorio.

Para comenzar, en cuanto a las medidas de seguridad del paciente, Juan Carlos Arévalo Guerrero, relativas a la infraestructura de la entidad y la vigilancia por parte del personal de enfermería, se observa que en el Informe de Gestión de Eventos Adversos Clínica la Inmaculada, el 27 de mayo de 2014¹², se dijo lo siguiente:

“4. BARRERAS DE SEGURIDAD

a) Físicos y tecnológicos

- Instalación de barreras persuasivas de evasión: mallas electrificadas en todos los muros a los que pueden tener acceso los usuarios en espacios a cielo abierto.*
- Adecuación de áreas con barandas y bandas de seguridad (baños, escaleras, etc.)*

¹² Folios 13 al 19 del cuaderno 1 de anexos de la contestación.

- *Instalación de Cámaras de monitoreo en áreas de mayor riesgo.*

b) Humanos

- *Personal especializado en salud mental.*
- *Capacitación del personal en seguridad del paciente.*
- *Programa Institucional de Capacitación: atención de urgencias de médicos y enfermeras.*

c) Administrativas

- *Política de Seguridad del paciente.*
- *Capacitación de los colaboradores en Seguridad del paciente.*
- *Conformación de Equipo de investigación de eventos adversos.*
- *Sistema de identificación y notificación de incidentes y eventos adversos.*
- *Revisión, ajuste y elaboración de procesos y procedimientos asistencias con enfoque de Acreditación, basado en la ‘Seguridad del paciente’ y ‘Trato humanizado’”.*

Por su parte, en el Concepto Técnico Científico, elaborado por Secretaría Distrital de Salud, la entidad adujo:

“Se considera que si el paciente tuvo acceso al tejado de la institución y desarrolló una ruta de escape, como se describe en las notas de la Historia Clínica, se presentan presuntas fallas en Seguridad en la Vigilancia de los pacientes, ya que el hallazgo descrito en el documento clínico hace referencia al hallazgo del paciente después de la caída y no hace referencia a la ausencia del sitio de hospitalización o a la presencia del paciente en lugares diferentes al establecido para su internación”¹³.

Y, para terminar, emitió como concepto: *“Se establecen presuntas fallas Profesionales e Institucionales en la Seguridad durante la atención del paciente, ante el riesgo de acciones no esperadas en un paciente con Trastorno Psicótico que presentaba síntomas de Síndrome de Abstinencia, de acuerdo a lo descrito en la evolución médica del 24 de mayo, lo que afectaría la Seguridad del paciente”¹⁴.*

Ahora bien, del registro de acciones de “Cuidado y Controles de Enfermería”, que hacen parte de la Historia Clínica, se desprende que los efectuados al señor Arévalo, por parte de las enfermeras: Zoraida Soto

¹³ Folio 32 del cuaderno 1 de anexos de la contestación.

¹⁴ *Ibidem*.

Quemba, Nancy Rocío Mendivelso Benavides y Teodolinda Parra González, fueron los relativos a: “vigilar riesgo de exaltación”, “vigilar riesgo de fuga” y “vigilar el riesgo de autoagresividad”; actividades que se desarrollaron hasta las 11:48 a.m. del 26 de mayo de 2014¹⁵.

De otro lado, en cuanto a las “Anotaciones de Enfermería”, se aprecian las que siguen:

- 24 de mayo de 2014 – 2:18: “Se realiza ronda de enfermería se **verifican medidas de seguridad**, paciente con adecuado patrón de sueño durante toda la noche, no presenta novedad”. (Se destaca)
- 24 de mayo de 2014 – 10: 48: “**RECIBO PACIENTE DE TRASLADO DE LA UNIDAD c EN EL CUAL SE ENCUENTRA ALERTA Y ORIENTADO, AFECTO MODULADO, FONDO ANSIOSO, SUSPICAZ, OBSERVADOR DEL ENTORNO, MARCHA ESTABLE. SIN ACTIVIDAD PSIQUIÁTRICA EVIDENTE, VIGILAR RIESGO DE HETEROAGRESIÓN Y EXALTACIÓN**”. (Se destaca)
- 24 de mayo de 2014 – 16:29: “se continúa cuidados de enfermería con el paciente que se encuentra alerta y orientado, afecto modulado, lógico, coherente, colaborador, social, marcha estable, niega alucinaciones ni ideas de autolesión, no presenta alteraciones sensoriales ni psicomotor, 17:00 tolera alimentación y medicación vía oral. **Vigilar riesgo de heteroagresión y exaltación**”. (Se destaca)
- 25 de mayo de 2015 – 6:49: “Paciente que, durante las rondas realizadas por Enfermería, se evidencia con adecuado patrón de descanso y sueño, sin dificultad de manejo, NO requiere de medicación adicional a su tratamiento, **continúa bajo observación por alto riesgo de exaltación, heteroagresión, evasión**”. (Se destaca)
- 25 de mayo de 2014 – 9:45: “recibo paciente en la unidad D, alerta y orientado, afecto modulado, coherente, lógico, social colaborador, deambula por sus propios medios, niega ideas alucinatorias ni de autoagresión, no presenta alteraciones sensoriales ni psicomotor, respeta las normas de la unidad, tolera la medicación por vía oral. Tolerancia a la alimentación por vía oral. **Vigilar riesgo de heteroagresión y exaltación**”. (Se destaca)
- 25 de mayo de 2014 – 15:38: “Se continúa cuidados de enfermería con el paciente que se encuentra alerta y orientado, afecto modulado,

¹⁵ Folio 263 y 264 del cuaderno 2 de los anexos de la contestación de la demanda.

*lógico, coherente, colaborador, social, marcha estable, niega alucinaciones ni ideas de autolesión, no presenta alteraciones sensoriales ni psicomotor. 17:00 tolera alimentación vía oral. **Vigilar riesgo de heteroagresión y exaltación**". (Se destaca)*

- 25 de mayo de 2014 – 22:15: *"SE RECIBE TURNO CON PACIENTE EN LA UNIDAD, ALERTA Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, LÓGICO Y COHERENTE, PACIENTE COLABORADOR ACEPTA NORMAS Y SEÑALAMIENTOS, NO PRESENTA ALUCINACIONES NI IDEAS DE AUTOLESIÓN, NO PRESENTA ALTERACIONES SENSORIALES NI PSICOMOTOR, SE REALIZA CONTROL DE SIGNOS VITALES, RECIBE MEDICACIÓN POR VÍA ORAL SEGÚN ORDEN MÉDICA LA CUAL ACEPTA Y TOLERA, **VIGILAR RIESGO DE HETEROAGRESIÓN, EXALTACIÓN Y ALTO RIESGO DE EVASIÓN**". (Se destaca)*
- 26 de mayo de 2014 – 6:04: *"queda paciente dentro de la unidad D, alerta orientado, colaborador, en calma psicomotora, registra buen patrón de descanso y sueño, paciente con control de signos vitales estables. **Continúa en observación por riesgo de heteroagresión o evasión**". (Se destaca)*
- 26 de mayo de 2014 – 11:49: *"RECIBO USUARIO EN LA UNIDAD D, ALERTA ORIENTADO, ORGANIZADO EN SU PRESENTACIÓN PERSONAL, ESTABLECE CONTACTO VISUAL, COLABORA, AISLADO, NIEGA IDEAS DE MUERTE Y SUICIDIO, NIEGA ALTERACIÓN EN LA SENSORIALECCIÓN CONDUCTA MOTORA Y LENGUAJE, ACEPTA LÍMITES Y SEÑALAMIENTOS, ACEPTA VÍA HORA Y MEDIAMENTOS, ASISTE A TERAPIA OCUPACIONAL. **VIGILAR POR FISICO DE HETEROAGRESIÓN**". (Se destaca)*

Al descender al fondo del asunto, el Juzgado encuentra pertinente recordar que la Secretaría Distrital de Salud indicó, en los actos administrativos acusados, que no existía prueba sobre los cuidados o acciones de vigilancia que se efectuaron frente al señor Juan Carlos Arévalo, pese a que sería un paciente con un cuadro psiquiátrico que ameritaba acompañamiento.

De igual forma, aseguró que, a partir de la ocurrencia del evento adverso sufrido por el paciente en mención, se habría acreditado que la institución no brindó las medidas de seguridad adecuadas; esto, aunque el paciente tenía un historial de ideas suicidas, soliloquios y alucinaciones, por lo que era predecible un actuar compulsivo de su parte.

Adicionalmente, se rememora que, en las resoluciones acusadas, el Distrito adujo que la institución no contaba con la infraestructura requerida para

garantizar la seguridad del paciente en cuestión y que el personal de enfermería no reportó el accidente de forma inmediata.

Sin embargo, al analizar los anteriores argumentos, el Juzgado encuentra que los mismos no se encuentran acorde con el material probatorio que reposa en los antecedentes administrativos analizados.

En efecto, a partir de las notas de enfermería que reposan en la historia clínica, se evidencia con claridad que el aludido paciente siempre estuvo vigilado por parte de los enfermeros que lo trataban, debido a que, según registros, presentaba un inminente riesgo de heteroagresión, exaltación o evasión, tal y como se desprende de las nueve (9) anotaciones que se efectuaron en tal sentido, durante los casi tres (3) días que duró internado el señor Arévalo, previo a su accidente.

Adicionalmente, del Informe de Gestión de Eventos Adversos de la Clínica actora se desprende la existencia de barreras de seguridad físicas y tecnológicas, como mallas electrificadas en los muros, barandas y bandas de seguridad, así como cámaras de monitoreo en las áreas de mayor riesgo.

En este orden de ideas, a juicio de esta instancia, se halla razón en los planteamientos realizados por la institución actora, en cuanto a que el Distrito Capital de Bogotá habría apreciado equivocadamente las pruebas que reposaban en el expediente administrativo y omitido probar las fallas en las medidas de seguridad con las que contaba y que brindó frente al señor Juan Carlos Arévalo.

Lo anterior, se reitera, toda vez que en la historia clínica se evidenció que el personal de enfermería efectuó una continua vigilancia al comportamiento del señor Juan Carlos Arévalo y porque se puso de presente la presencia de medios físicos de seguridad; aspectos, frente a los cuales no hubo manifestación alguna en la parte motiva de los actos demandados.

Sobre este último punto, se debe preciar que la Secretaría Distrital de Salud sustentó la afirmación que no existían las medidas de seguridad adecuadas, únicamente en la ocurrencia del evento adverso; deducción, que a juicio de esta instancia resulta errada, pues la ocurrencia del accidente en cuestión no demuestra *per se*, la carencia de tales elementos.

Al respecto, se recuerda que a la demandante le fue reprochado el desconocimiento de lo prescrito en el Decreto 1011 de 2006¹⁶, la Ley 1438

¹⁶ El artículo 3 del Decreto 1011 de 2006 prescribe que “[...] las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: [...] 3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos

de 2011¹⁷ y la Ley 100 de 1993, en lo relacionado con la prestación de servicios de salud de forma **segura** a los pacientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud, en el sentido de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o mitigar sus consecuencias, mediante un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías.

En tales condiciones, la simple ocurrencia de un evento adverso no significa por sí solo que el servicio de salud no se hubiera prestado de manera segura al respectivo paciente; pues, para ello resulta necesario que se demuestre la falta aplicación o utilización de los elementos que la ciencia médica ha considerado pertinentes para minimizar tales circunstancias.

De otro lado, el Despacho no encuentra pertinente pronunciarse sobre los demás razonamientos presentados en el concepto de violación, en los que se dijo que la Secretaría Distrital de Salud habría omitido tener en cuenta que el señor Juan Carlos Arévalo no se encontraba paranoico, confuso o psicótico en el momento en que ocurrió el evento adverso; también que dicho paciente accedió de manera voluntaria y consciente al tratamiento médico para tratar su adicción, el cual no habría afectado su capacidad de raciocinio.

Lo dicho, en consideración a que esas circunstancias no fueron desconocidas o controvertidas en los actos administrativos, en los que, de manera general, se reprochó una supuesta falta de vigilancia al paciente y de medidas de seguridad necesarias.

Para terminar, se encuentra necesario referir que, en el Informe Técnico Pericial¹⁸, presentado por el Doctor José Gregorio Mesa Azuero, cuya contradicción se llevó a cabo en la audiencia de pruebas celebrada el 20 de febrero de 2020, dicho profesional llegó a la conclusión que la institución demandante dio un seguimiento pormenorizado al paciente en cuestión, quien, dijo, siempre fue visto constantemente y estuvo siempre en observación del personal médico y paramédico; siendo esta la misma deducción a la que llegó este Juzgado al estudiar la historia clínica allegada como prueba al expediente.

y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias”.

¹⁷ *Numeral 3.8 del artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 prevé que “[...] los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”. Por su parte, el artículo 185 de la misma disposición normativa, prescribe que “[...] son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley [...] las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia [...]”*

¹⁸ *Folios 69 al 78 del cuaderno principal.*

En ese mismo hilo argumentativo, debe precisarse en lo concerniente a la carga obligacional de la institución demandante que el cuidado del paciente tampoco podía irse al extremo de impedirle su locomoción rutinaria, como si se tratara de una persona privada de la libertad en una institución carcelaria. O que la obligación de la prestación de los servicios de rehabilitación implicara, a fin de evitar su salida de la institución, acudir a procedimientos psiquiátricos y represivos que menoscabaran y comprometieran el derecho a la dignidad humana de una persona afectada en su salud mental.

Así, entonces, debe recordarse que la Corte Constitucional ha señalado:

*“La vida humana, en los términos de la garantía constitucional de su preservación, no consiste solamente en la supervivencia biológica sino que, tratándose justamente de la que corresponde al ser humano, requiere desenvolverse dentro de unas condiciones mínimas de dignidad. **La persona conforma un todo integral y completo, que incorpora tanto los aspectos puramente materiales, físicos y biológicos como los de orden espiritual, mental y síquico. Su vida, para corresponder verdaderamente a la dignidad humana, exige la confluencia de todos esos factores como esenciales en cuanto contribuyen a configurar el conjunto del individuo.**”¹⁹*

3. Conclusiones

Así las cosas, se sigue que la respuesta al primero de los problemas jurídicos estudiados se concreta en que la Secretaría Distrital de Salud expidió los actos administrativos demandados con falsa motivación, como quiera que se evidenció que omitió tener en cuenta las pruebas aportadas a la investigación administrativa, relacionadas con las presuntas fallas en la seguridad y la atención médica brindada al paciente Arévalo Guerrero.

En consecuencia, al haber sacado adelante el cargo de nulidad mencionado, el Despacho declarará la nulidad de las resoluciones acusadas.

Aunado a ello, debe aclararse que tal declaratoria se hará respecto de la totalidad de dichos actos, toda vez que, si bien en ellos la Administración no solo reprochó la falta de medidas de seguridad y vigilancia del paciente, sino también un incorrecto diligenciamiento de la historia clínica del paciente; lo cierto es que en la parte resolutoria de la Resolución 1169 del 5 de abril de 2017 se impuso una única sanción, sin discriminar o individualizar en forma alguna el monto que correspondía por cada uno de los cargos imputados en auto de imputación de cargos.

¹⁹ T-248/98

Al igual , ha de agregarse que la nulidad que debe declararse no solamente afectará a las Resoluciones: No 1169 de fecha 5 de abril de 2017 y 0921 de fecha 16 de abril de 2018 , sino también a la Resolución No. 1203 del 7 de marzo de 2018 , toda vez que así fue señalado en la audiencia inicial:

“ *En este punto se pone de presente que, si bien en las pretensiones de la demanda no se requirió la nulidad de la **Resolución 1203 del 7 de marzo de 2018, a través de la cual se solventó el recurso de reposición propuesto en contra del acto sancionatorio, en virtud de la presunción prevista en el artículo 162 de la Ley 1437 de 2011, dicho acto también se entenderá como demandado...***” (Respaldo folio 221, se destaca)

3.1. Del restablecimiento del derecho.

Como quiera que se logró desvirtuar parcialmente la presunción de legalidad que amparaba los actos administrativos acusados y teniendo en cuenta que la finalidad del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho corresponde a la protección del derecho subjetivo del administrado, que se ha vulnerado por un acto de la administración, el Despacho, procede a pronunciarse sobre el restablecimiento que la parte actora solicitó en los siguientes términos:

“[...]

TERCERA: Que, como consecuencia de lo anterior, se ORDENE a la ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ – SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, SE DECLARE el Restablecimiento del Derecho, y se EXONERE a mi representada de la multa impuesta en las Resoluciones sometidas al Medio de Control interpuesto”.

Así, como restablecimiento del derecho, se ordenará al Distrito Capital de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud se abstenga de cobrar a la institución Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús – Clínica la Inmaculada, la sanción de multa impuesta en los actos administrativos cuya legalidad fue desvirtuada. Y, en caso que, la misma ya haya sido pagada, debe proceder con la devolución del dinero, junto con la indexación correspondiente.

4. CONDENA EN COSTAS

Según lo previsto en los artículos 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 365 del Código General del Proceso, el criterio subjetivo – valorativo para la condena en costas implica: i) el resultado de la derrota dentro del proceso o recurso que se haya propuesto (objetivo); y ii) que en el expediente se revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación.

Por lo tanto, el Despacho considera que en el presente asunto, no hay lugar a imponer una condena en costas a la demandada, en la medida que, si bien se accedió a las pretensiones de la demanda, no se acreditó probatoriamente su causación, es decir, no aparece prueba alguna que acredite los gastos en que incurrió la demandante.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Segundo Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO. Declarar la nulidad de las Resoluciones: 1169 del 5 de abril de 2017, 1203 del 7 de marzo de 2018 y 921 del 16 de abril de 2018, proferidas por el Distrito Capital de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud.

SEGUNDO. Ordenar, a la demandada, se abstenga de cobrar la multa impuesta a la institución demandante y, en caso de que la misma ya haya sido pagada, haga devolución de la misma, junto con la indexación correspondiente.

TERCERO. Sin condena en costas.

CUARTO. Ejecutoriada la presente providencia, **archívese** el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


Gloria Dorys Álvarez García
Juez

Firmado Por:

Gloria Dorys Álvarez García
Juez
Juzgado Administrativo
002
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Expediente No. 11001-33-34-002-2018-00371-00
Demandante: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús – Clínica La Inmaculada
Demandado: Distrito Capital de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud
Nulidad y Restablecimiento del Derecho
Sentencia

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

Código de verificación:

**fb5faa256eca9c0d01fde843127f25d38f270d7155b3880044150ebd4881f
f43**

Documento generado en 08/04/2022 04:44:32 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>