|  |  |
| --- | --- |
| **CIUDAD Y FECHA** | **Bogotá D.C., veintiocho (28) de febrero de dos mil diecinueve (2019)** |
| **REFERENCIA** | **Expediente No. 11001333603420150083700** |
| **DEMANDANTE** | ***MARÍA DE JESÚS RODRÍGUEZ; MARTHA CECILIA CASTELLANOS RODRÍGUEZ; MAYERLY ROCÍO CASTELLANOS RODRÍGUEZ; LEONEL ENRIQUE CASTELLANOS RODRÍGUEZ*** |
| **DEMANDADO** | ***LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA; HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL*** |
| **MEDIO DE CONTROL** | ***REPARACIÓN DIRECTA*** |
| **ASUNTO** | **FALLO DE PRIMERA INSTANCIA** |

Agotado el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a dictar sentencia en el proceso de **REPARACION DIRECTA** iniciado por **MARÍA DE JESÚS RODRÍGUEZ, MARTHA CECILIA CASTELLANOS RODRÍGUEZ, MAYERLY ROCÍO CASTELLANOS RODRÍGUEZ y LEONEL ENRIQUE CASTELLANOS RODRÍGUEZ** contra la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL.**

* 1. **ANTECEDENTES:**
  2. **La DEMANDA**
     1. **PRETENSIONES**

***“Primera.*** *Declarar, patrimonialmente responsables a: LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL, representada legalmente por el señor Hugo Casas Velásquez o quien haga sus veces por los perjuicios causados a los demandantes con motivo de los hechos ocurridos el 28 de diciembre de 2014, relacionados con la falla en el servicio frente a la autorización del alta al desaparecido señor Olinto Castellanos Rojas, el acto paramédico que ocasionó el evento adverso que éste sufrió y que degeneró gravemente su salud que lo condujo a la muerte.*

***Segunda.*** *Que se declare el incumplimiento del contrato de prestación de servicios asistenciales en salud por parte del* ***LA NACIÓN - MINDEFENSA - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL,*** *representada legalmente por el señor Hugo Casas Velásquez o quien haga sus veces.*

***Con la subsanación de la demanda efectuó la siguiente aclaración***

*Dentro de los hechos claramente se muestra que si bien existían unos antecedentes médicos del señor Olinto Castellanos, fue la situación fáctica del veintiocho (28) de Diciembre de 2014, que desencadenó el desmejoramiento de la salud del mencionado señor y en consecuencia los actos que hoy se reclaman y que para dar mayor claridad a lo pretendido en ésta, me permito describirlos:*

*a) Falla en el servicio por la autorización del alta del señor Olinto Castellanos Rojas sin que estuviera en condiciones óptimas para salir del hospital.*

*b). El acto paramédico que ocasionó el evento adverso que éste sufrió y que degeneró gravemente su salud, dejándolo en estado vegetativo y que lo codujo a la muerte.*

*c) El incumplimiento del contrato de prestación de servicios asistenciales en salud por lo expuesto anteriormente.*

*Su señoría, no se deben revisar separadamente los hechos y pruebas ya que todo es una cadena de eventos que contribuyeron y degeneraron en el deceso del señor Castellanos.*

*Por lo anterior, tanto la PRETENSIÓN SEGUNDA Y TERCERA están debidamente motivadas por lo ya expuesto y por ende la indemnización por los actos descritos.*

***Tercera.*** *Se condene a los demandados al pago de los perjuicios de naturaleza inmaterial (daños morales y daño a la vida relación), de conformidad con el concepto emitido por el Consejo de Estado en la siguiente forma:*

*(...) PERJUICIO MORAL: El concepto se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.*

1. *Por lo definido anteriormente, condenar a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL, representada legalmente por el señor Hugo Casas Velásquez o quien haga sus veces a pagar a favor de su esposa MARÍA DE JESÚS RODRÍGUEZ MARTHA y sus hijos LELIO ARMANDO CASTELLANOS RODRÍGUEZ, CECILIA CASTELLANOS RODRÍGUEZ, MAYERLY ROCÍO CASTELLANOS RODRÍGUEZ y LEONEL ENRIQUE CASTELLANOS RODRÍGUEZ con motivo del dolor sufrido por negligencia médica por la prematura dada de alta y acto paramédico que originó el evento adverso de su señor padre y esposo lo que ocasionó un deterioro considerable en su estado de salud que le costó lo vida al señor OLINTO OLIVO CASTELLANOS ROJAS en CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES a cada uno.*
2. *Declarar patrimonialmente responsables directos y subsidiariamente a* ***LA NACIÓN -MINISTERIO DE DEFENSA - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL,*** *representada legalmente por el señor Hugo Casas Velásquez o quien haga sus veces a pagar CUATROCIENTOS (400) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES a favor de* ***MARÍA DE JESÚS RODRÍGUEZ MARTHA*** *por el* ***DAÑO A LA VIDA RELACIÓN***
3. *Declarar patrimonialmente responsables directos y subsidiariamente a* ***LA NACIÓN -MINISTERIO DE DEFENSA - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL*** *representada legalmente por el señor Hugo Casas Velásquez o quien haga sus veces a pagar CUATROCIENTOS (400) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES a favor de* ***MAYERLY ROCÍO CASTELLANOS RODRÍGUEZ*** *por el* ***DAÑO A LA VIDA RELACIÓN.***
4. *Declarar patrimonialmente responsables directos y subsidiariamente a* ***LA NACIÓN -MINISTERIO DE DEFENSA - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL,*** *representada legalmente por el señor Hugo Casas Velásquez o quien haga sus veces a pagar la indexación hasta sentencia de las sumas a que fueren condenados los demandados …”*
   * 1. Los **HECHOS** sobre los cuales basa su petición son en síntesis los siguientes:

Con la subsanación de la demanda el apoderado de la parte actora decidió redactar los hechos cronológicamente dejándolos así:

* + - 1. Elseñor **OLINTO OLIVO CASTELLANOS ROJAS**, quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía N° 4.092.408 de Chiquinquirá, en calidad de pensionado y afiliado al servicio de salud de la Policía Nacional, fue ingresado de urgencias al Hospital Central de la Policía Nacional en la ciudad de Bogotá el día quince (15) de Diciembre de 2014 por una tos seca y persistente con ahogamiento.
      2. De acuerdo a la valoración que se hizo en el Triage y los síntomas presentados por el señor Castellanos Rojas, fue dejado en observación, tratamiento y toma de exámenes de laboratorio, siendo valorado por **medicina interna** quien *"CONSIDERO PTE CON CUADRO SUGESTIVO DE EPOC VS ENF INTERSTICIAL, SE DOCUMENTO LA PRESENCIA DE HIPOPARATIROIDISMO, SE INICIÓ MANEJO MÉDICO Y TRASLADAN A ESTA INSTITUCIÓN PARA CONTINUIDAD DE MANEJO MÉDICO****".***
      3. Sin saber cuál era el verdadero padecimiento de su padre y esposo, los familiares quedaron más desconcertados, de acuerdo a sus relatos, cuando un día del mes de Diciembre/14, uno de los médicos de turno hizo entrega al mismo señor Olinto Castellanos de una radiografía de Tórax de fecha 11.12.2014, que no le pertenecía pues correspondía al señor JULIO MERARDO ALVAREZ BLANCO, paciente cuya condición médica no coincidía en nada a su caso, lo que género en el mismo paciente desconcierto y desconfianza de cómo estaba siendo diagnosticado.
      4. Extrañado por esta situación pidió a sus familiares que guardaran el original de la radiografía y que esta novedad fuera puesta en conocimiento del médico de turno, documento anexo, quien al enterarse de lo ocurrido por el servicio de nefrología, **ordenó a la hospitalaria de este servicio pidiera disculpas y diera las explicaciones del caso, situación que no ocurrió.**
      5. Situaciones similares se presentaron varias veces llevando a los familiares del señor Castellanos a acudir al Director del hospital, Coronel César Alberto Bernal, solicitándole se ordenara a otro galeno valorar al señor Olinto Castellanos informándole lo ocurrido con la entrega equivocada de la radiografía, para que se tomaran los correctivos del caso y finalmente encontrar un verdadero diagnóstico de la enfermedad de su padre.
      6. Desde el 15 de diciembre de 2014 lo dejaron **en observación,** se dio la orden de disminuir el suministro de medicamentos (destete de corticoides, calcio, vitamina D, omeprazol, verapamilo, levotiroxina).
      7. El **18 de diciembre de 2014**, se remitió al señor Castellanos a la *"FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL, M DOCUMENTANDO CORONARIAS S ANAS (SIC)", pero fue reingresado remitido de este instituto "POR ENCONTRAR DERRAME PLEURAL AL MOMENTO DE ESTAR EN ESTUDIO DE CATETARISMO CARDIACO SOLICITADO AL EGERSO (SIC) DE HX POR CUADRODEEICC..."*
      8. El señor Olinto Castellanos continuó internado presentando una aceptable evolución de su estado de salud y anímico ya que se encontraba pendiente a que le informaran cuál era su verdadero estado de salud o le dieran el alta. Se empieza *"EL DESTETE DE CORTICOIDE, LE DISMINUYERON DOSIS EL FIN DE SEMANA DE IMPACTO SOBRE ELECTROLITOS. SE INICIA REPOSICIÓN, SE REAJUSTA DOSIS DE MEDICAMENTO. (...) SE EXCPLICA (SIC) ALJHUIJO (SIC) E HIJA Y AL APCIENTE (SIC), POSIBLKE EGERSO (SIC) MAÑANA*."
      9. El día **27 de diciembre de 2014** el señor Olinto Castellanos quedó en compañía de su nieta, Laura Valeria Castellanos, quien avisó en horas de la madrugada del 28 de Diciembre/14 a las enfermeras del turno, que su abuelo estaba con una tos terrible y que se estaba ahogando, al ser examinado por el personal de enfermería, efectivamente su saturación estaba bajando presentando un evento en la mañana.

Este hecho se documenta en las notas de enfermería de ese día así: *Folio 2 de 4 del 28/12/2014 "HORA: 04:30: PACIENTE DESPIERTA CON SENSACION DE AHOGO SE CONTROLA SATURACIÓN DE 85%, SE AUMENTA SOPORTE DE OXIGENO A 3 LITROS POR MINUTO, PACIENTE MEJORA PATRON RESPIRATORIO*

* + - 1. A folio 411 de 739 de la historia clínica, hacen referencia del hecho en la siguiente forma: *"REFIERE ANOCHE PERCIBVIO (SIC) FALTA DE APORTE DE SUPLENCIA DE OXIGENO, LO CUAL RESOLVIO A* ***AJUSTAR EL OXIGENO SUPLEMENTARIO 2,5 LITROS*** *COMO LO TIENE EN EL MOMENTO,... SE LIMITO FARMACOS CON IMPACTO DIRECTOR ENAL, SE SUSPENDIO ARAII, SE INICIO DESTETE PROGRESIVO DEL CORTICOIDE ENDOVENOSO INICIADO EN UCI POR BRONCOESPASMO ASOCIADO. SE INICIO VERAPAMILO, CON MEJORÍA PROGRESIVA DE ELA (SIC) FUNCION RENAL DESEQUILIBRIO HICROELECTROLITICO SECUDNARIO (SIC) REQUIRIENDO REPOSICOND E POATSIO (SIC) ENDOVENOSO Y MAGNESIO*"
      2. A pesar de haber presentado un cuadro de ahogamiento y descompensación en horas de la madruga de ese día, tal como se muestra en los numerales anteriores y sumando a estas situaciones, hacía dos (2) días había sufrido una **baja de potasio** tal como lo refiere la historia clínica: Folio 412 de 739 "SE ESPERA REPORTED (SIC) E POATSIO (SIC) SERICO DE HOY YA QUE ESTA EN 6 TOMADO MUY SEGURAMENTE DEL SITIOD E (SIC), APLICACIÓN DEL POTASIO. (...) PODRÍA SEGUIR MANEJO AMBULATORIO CON CARDIOLOGIA Y NEUMOLOGI A (SIC) SEGÚN LO ANOTADO ARRIBA" fue dado de alta a las 11:00 horas aproximadamente. La orden de salida expresa: (Folio 413 de 739) "SE DA SALIDA CON ORDEN DE MEDICAMENTOS. REQUIERE SEGUIR DESTETE DE CORTICOTERAPIA (ACTUALMENTE CON HIDROCORTISONA 150 MG DIA,..."
      3. Sus hijos, al observar el estado general de salud de su padre pues su aspecto físico los preocupaba, **se mostraron reacios a llevarse a su padre para la casa**, aún más por lo sucedido en horas de la madrugada, consideraron prematura la salida de su familiar y una negligencia por parte del galeno que le dio la orden de salida habiendo presentado los eventos ya descritos en horas de la madrugada.
      4. Empero para evitar más discrepancias con el personal del hospital por los episodios ya descritos y sin tener otra opción, los familiares del señor Olinto Castellanos decidieron llevárselo bajo las indicaciones médicas, ya que según lo argumentado por los médicos, **los exámenes mostraban que se encontraba estable** y **solo requería el suministro de los medicamentos formulados y el manejo del oxígeno, saliendo del hospital a las 13:15 horas del 28 de diciembre de 2014.**
      5. Una vez llegaronn a la casa el señor Olinto Castellanos y su familia, dio instrucciones a su hijo, Lelio Armando para que fuera de inmediato a Locatel a comprar un **oxímetro** para hacer el seguimiento de sus signos vitales y el cumplimiento de lo ordenado por el hospital.

Asi mismo, sus parientes proceden a ponerle **un saturometro** el que indicó en ese momento que la saturación de oxigeno estaba en 85%, luego 83% y continuaba bajando, cuando debía encontrarse entre 98 a 100%; rápidamente empezó a decaer el estado anímico y de salud del señor Olinto Castellanos.

* + - 1. Angustiado por esta situación y el desmejoramiento físico de su padre, el señor Lelio Armando pidió a su hermana Mayerly Castellanos, que llamara al Hospital Central de la Policía, comunicándose con la doctora Rosa Viviana Pérez, médica internista del hospital, una de las médicas que venía tratando al señor Olinto Castellanos, quién le indicó que le suministraran oxígeno y lo llevaran de inmediato al hospital, que iba a dar la orden a su personal a cargo para que estuvieran pendientes de su llegada.
      2. Siguiendo las indicaciones de la galena, el señor Lelio Armando procedió entonces a **ponerle la bala de oxígeno para subir la saturación de su padre** y salió para el hospital acompañado por su hermana Mayerly Castellanos, quien es enfermera de esa institución.
      3. Cuando llegaronn a la UCI, alrededor de las **4:30 p.**m., no encontraron a nadie esperándolo, no había personal de enfermería que pudieran auxiliarlos. El señor Olinto Castellanos quien en ese momento presentaba ahogamiento, se intentó bajar del vehículo por su cuenta, pero su estado de salud empezó a decaer rápidamente y pidió entonces su hijo Lelio Armando ayuda, quien se vio obligado a pedir apoyo a dos uniformados que se encontraban cerca.
      4. Uno de ellos era un oficial, quien procedió a buscar una camilla y el otro, el patrullero Samir Avila Espitia que ayudó a bajar del vehículo al señor Olinto, **finalmente entre todos lograron ponerlo en la camilla y procedieron a entrarlo de inmediato a la sala de reanimación**.
      5. Una vez fue ingresado el señor Olinto Castellanos lo recibieron dos enfermeras que se encontraban de turno quienes recibieron la camilla y sin tener el más mínimo cuidado la dejan desestabilizar, se voltea de lado y cae abruptamente de cabeza al suelo el señor Castellanos, quien se golpea fuertemente en la parte posterior de la cabeza, quedando igualmente comprometido el brazo izquierdo.
      6. Esta circunstancia quedó registrada en la historia clínica como un EVENTO ADVERSO[[1]](#footnote-1)
      7. Presenciando aterrado este episodio, su hijo Lelio Armando Castellanos, a pesar que le ordenaron abandonar la sala, se negó a hacerlo y por tanto fue testigo que durante casi 20 minutos aproximadamente, el tiempo transcurrido entre la caída de la camilla y la reanimación en el piso que le hicieron a su progenitor, no recibió suministro de oxígeno. Alterado por esta situación reclamó a las enfermeras, quienes procedieron a subir al señor Castellanos a la camilla y lo entubaron.
      8. Ya estabilizado el señor Castellanos, su hijo Lelio Armando salió de la sala e informó de esta novedad al Director del Hospital, quien se hizo presente en el sitio, ordenado se le practicara una **resonancia magnética**, así quedó consignado en la historia[[2]](#footnote-2)
      9. Cuando el señor Olinto Castellanos se encontraba internado en la UCI, presentaba en el lado izquierdo de su cuerpo y su brazo hematomas de gran tamaño causados por la caída de la camilla, pero para evitar especulaciones se les preguntó a los médicos porqué razón presentaba esos moretones, respondieron que era debido a la anticoagulación lo cual no era cierto, pues evidentemente la causa era por la caída, la cual queda documentada en la historia clínica[[3]](#footnote-3)
      10. Este evento adverso sufrido por el señor Olinto Castellanos le ocasionó un empeoramiento en su estado de salud a tal punto que desde el procedimiento de reanimación, el señor Castellanos nunca volvió a recobrar la conciencia, no volvió a hablar o reconocer a nadie, su mirada quedó fija, perdida, es decir, quedó en estado vegetativo. El personal médico no dio razón de esta situación a sabiendas que en horas de la mañana salió dado de alta por esa misma institución médica, caminando y hablando con su familia, inclusive conversó con su hijo dentro del carro antes de llegar a la UCI. La evidencia de su estado cerebral queda demostrada[[4]](#footnote-4)
      11. Igualmente sufrió hematomas y escoriaciones en su humanidad. De todo lo aquí expuesto lo muestra la historia clínica, así:

Folio 440 de 739: "PACIENTE MASCULINO DE 70 AÑOS QUIEN REINGRESA EN PARO CARDIORESPIRATORIO, CON CAIDA Y TRAUMA EN HOMBRO Y CABEZA, AMERITANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA, EVIDENCIANDO FV QUE REVIERETE (SIC) A RITMO SUSAL POSTERIOR A CARDIOVERSO N (SIC) ELECTRICA. AMERITANDO ENTUBACION Y CONECTADO A VENTILACION MECANICA"

Folio 734 de 739 "OBJETIVO SE REVISA RADIOGRAFÍA DE CODO CON ORTOPEDIA SE INTERPRETA QUE NO TIENE COMPROMISO ÓSEO SE REALIZARÁ INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA CON LESIONES EN LA PIE MIEMBROS SUPERIORES TIPO ECZEMA"

En las notas de enfermería: Folio 1 de 8 del 2014/12/30: Hora 07:00 "RECIBO PACIENTE EN EL SERVICIO EN MALAS CONDICIONES CON PALIDEZ CON DX RCCP + TEP + CARDIOPATIA CON MONITORIZACION CONTINUA" (...)

Hora: 08:00 "SE OBSERVA PACIENTE CON MIOCLONIAS FRECUENTES SE INFORMA ALA (SIC) JEFE Y LA DRA. PACIENTE CON EDEMA GENERALIZADO CON MALA PERFUCION" En notas de enfermería se evidencia: Folio 4 de 7 del 2015/01/09

"HORA: 07:00: CON EQUIMOSIS EN CODO IZQUIERDO Y ESPALDA LADO IZQUIERDO"

Folio 2 de 6 del 2015/01/21: Hora 03:00 "PACIENTE CON CON (SIC) FERULA CUBIERTA CON VENDAJE ELASTICO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, EQUIMOSIS EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, EDEMA EN MIEMBROS SUPERIORES"

* + - 1. De acuerdo a lo narrado por los actores, no resulta lógico ni entendible, que bajo las circunstancias anímicas que estaban viviendo por el estado de salud de su padre y esposo, de un momento a otro algunos galenos comenzaron a molestarse con la presencia de ellos, ya que en una ocasión la esposa del señor Olinto Castellanos preguntó a la doctora PAOLA ZUZUNAGA, intensivista de turno, que si podía acariciar la cabeza de su esposo, ésta le contestó de forma altanera "HAGA LO QUE QUIERA".
      2. Para la señora María de Jesús Rodríguez, el comportamiento de esta médica era incomprensible, ya que ella se encontraba al lado de su esposo autorizada por el Doctor Wali, Neurólogo del hospital no sólo por su salud mental sino para ayudar a la recuperación de su ser querido.

Posteriormente, esta misma doctora en forma descortés ordenó que se saliera de allí ya que ese era el sitio de descanso de los doctores y que ella también había tenido una calamidad y no actuaba como ellos lo estaban haciendo.

* + - 1. Maltratados por el proceder de esta doctora, los actores no volvieron a preguntar nada por temor a ser agredidos emocionalmente, simplemente continuaron en espera a que su padre recuperara la conciencia y evolucionara satisfactoriamente en sus demás problemas de salud para podérselo llevar a casa.
      2. Ocasionalmente les informaban que el paciente no respondía a ningún estímulo que permitiera establecer si su actividad cerebral iba a restablecerse. Se realizó una segunda resonancia magnética cerebral la cual mostraba lo que su familia temía, el señor Olinto Castellanos se encontraba prácticamente en estado vegetativo y neurológicamente ya no iba a mejorar, pero no se les dijo que le ocasionó ese estado.

Notas de enfermería:

Folio 4 de 5 del **2015/01/22**

"HORA: 19:00: ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA EN MAL ESTADO GENERAL SIN RESPUESTA A ESTIMULOS DOLOROSOS, PUPILAS ISOCORICA NORMOREACTIVAS, CON OXIGENO NEBULIZADO POR TIENDA DE TRAQUESTOMIA, ACCESO VENOSO PERIFERICO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, (...) CON EDEMA GENERALIZADO, ERITEMA Y ECZEMA EN MANO DERECHA,..."

Folio 1 de 2 del 2015/01/27

PACIENTE EN CAMA EN MAL ESTADO GENERAL, SIN ACTIVIDAD VERBAL NI MOTORA, CON VENTILACION MECANICA POR TRAQUEOSTOMIA, ACCESO VENOSO PERIFERICO, SONDA DE GASTROTOMIA PASANDO NUTRICION, ELIMINANDO POR SONDA."

* + - 1. Finalmente el **4 de Febrero/15**, previa autorización por parte de su familia, el señor Olinto Castellanos fue desconectado del respirador y falleció.

Uno de los médicos preguntó a su hijo Lelio Armando si deseaba que el cuerpo de su padre fuera enviado a medicina legal, sin considerar las condiciones físicas, sicológicas y emocionales en que se encontraba la familia, por lo que la respuesta fue negativa frente a esta manifestación.

* + - 1. Ese mismo día la familia preguntó al cuerpo de galenos que les dijeran qué fue lo que ocasionó la pérdida de conciencia y en consecuencia el estado vegetativo de su pariente que precipitó su deceso, pero no hubo respuesta sobre el particular, y a la fecha se desconoce la causa.
  1. **La CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:**

El apoderado de la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL –DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL señaló: “...** *Me opongo a la prosperidad de las pretensiones de la parte demandada por los argumentos expuestos; en consecuencia solicito de forma respetuosa a la Señora Juez, denegarlas y condenar en costas procesales a la parte demandante, debido a que según el Honorable Consejo de Estado, la responsabilidad del Estado en la prestación de los servicios médicos, antes que ser de resultado es de medio. Esto es, que la obligación radica en brindar una adecuada, oportuna y diligente prestación del servicio médico, acorde con las posibilidades presupuéstales, técnicas y profesionales de que el ente prestador del servicio dispone en un momento determinado, preceptos que fueron cumplidos por la entidad demandada en este caso….”*

No propuso excepciones.

* 1. **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**
     1. El apoderado de la **parte actora** expuso:

*“1. DEL CASO MEDICO: El día 15 de Diciembre/14 el señor OLINTO OLIVO CASTELLANOS ROJAS fue ingresado dé urgencias al Hospital Central de la Policía Nacional en la ciudad de Bogotá por una tos seca y persistente con ahogamiento. De acuerdo a la valoración que se hizo en el Triage y los síntomas presentados por el señor Castellanos Rojas, fue dejado en observación, tratamiento y toma de exámenes de laboratorio, siendo valorado por medicina interna quien "CONSIDERO PTE CON CUADRO SUGESTIVO DE EPOC VS ENF INTERSTICIAL, SE DOCUMENTO LA PRESENCIA DE HIPOPARATIROIDISMO, SE INICIÓ MANEJO MÉDICO Y TRASLADAN A ESTA INSTITUCIÓN PARA CONTINUIDAD DE MANEJO MÉDICO".*

*Desde el quince (15) Diciembre/14 lo dejan en observación, seda la orden de disminuir el suministro de medicamentos (destete de corticoídes, calcio, vitamina D, omeprazol, verapamilo, levotiroxína).*

*El 18 de Diciembre/14 se remite al señor Castellanos a la "FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL, DOCUMENTANDO CORONARIAS SANAS (SIC)", pero fue reingresado remitido de este instituto "POR ENCONTRAR DERRAME PLEURAL AL MOMENTO DE ESTAR EN ESTUDIO DE CATETERISMO CARDIACO SOLICITADO AL EGRESO (SIC) DE HXPOR CUADRO DE ICC..."*

*El día 28 de Diciembre/14 el señor Olínto Castellanos presentó un episodio de tos terrible y ahogo, situación atendida por el personal de enfermería que fue avisado por su nieta Laura Castellanos, como consta en nota de enfermería a Folio 2 de 4 del 28/12/2014 "HORA: 04:30: PACIENTE DESPIERTA CON SENSACION DE AHOGO SE CONTROLA SATURACIÓN DE 85%, SE AUMENTA SOPORTE DE OXIGENO A 3 LITROS POR MINUTO, PACIENTE MEJORA PATRON RESPIRATORIO".*

*De igual forma, a folio 411 de 739 de la historia clínica se anota: "REFIERE ANOCHE PERCIBIO (SIC) FALTA DE APORTE DE SUPLENCIA DE OXIGENO, LO CUAL RESOLVIO A AJUSTAR EL OXIGENO SUPLEMENTARIO 2,5 LITROS COMO LO TIENE EN EL MOMENTO... SE LIMITO FARMACOS CON IMPACTO DIRECTOR ENAL, SE SUSPENDIO ARAII, SE INICIO DESTETE PROGRESIVO DEL CORTICOIDE ENDOVENOSO INICIADO EN UCI POR BRONCOESPASMO ASOCIADO. SE INICIO VERAPAMILO, CON MEJORÍA PROGRESIVA DE ELA (SIC) FUNCION RENAL DESEQUILIBRIO HICROELECTROLiTICO SECUNDARIO (SIC) REQUIRIENDO REPOSICIÓN DE POTASIO ENDOVENOSO Y MAGNESIO"*

*Ese mismo día hacia las 11 de la mañana se da orden de salida cómo consta a Folio 413 de 739 "SE DA SALIDA CON ORDEN DE MEDICAMENTOS. REQUIERE SEGUIR DESTETE DE CORTICOTERAPIA (ACTUALMENTE CON HIDROCORTISONA 150»MG DIA,...". Luego de los trámites hacia las 13:15 del mismo 28 de diciembre/14 sale del Hospital.*

*Una vez llegan a la casa cuando están instalando al señor Olinto para su recuperación y cuidado, al ponerle el saturómetro, se evidenció que la saturación de oxigeno del señor Olinto estaba bajando como lo constato su hija Mayerly Castellanos enfermera de profesión y trabajadora del mismo hospital, siendo lo normal una saturación entre 98 y 100% presentaba saturación primero de 85%, posteriormente de 83% y continuaba bajando Ante esta situación, su hija antes mencionada establece comunicación con la Institución y se habla con la Médica Internista que lo estaba tratando Dra. Rosa Bibiana Pérez, quien indicó que le suministraran oxígeno para aumentar la saturación y lo llevaran de inmediato al Hospital, siguiendo las instrucciones se le colocó la bala de oxígeno y fue llevado al Hospital alrededor de las 4:30 p.m. Eso indica que reingresó 3 horas después de haber sido dado de alta.*

*A su reingreso fue recibido por personal de enfermería en una camilla que se desestabilizo xasionando que el señor Olinto Castellanos cayera abruptamente al piso, situación que quedo claramente documentada en la historia clínica como un EVENTO ADVERSO y que tuvo como consecuencias, las anotadas a folio 440 de 739 de la historia clínica TRAUMA EN HOMBRO Y CABEZA AMERITANDO REANIMACIÓN CARDIPULMONAR AVANZADA.*

*A partir de este evento el señor Olinto Castellanos permaneció hospitalizado en la UCI sin responder a ningún tipo de estímulo y en estado vegetativo, hasta que finalmente con autorización de sus familiares el día cuatro (04) de febrero de 2015 fue desconectado y se declara su muerte.*

*2. PRINCIPALES REPROCHES DE LA DEMANDA*

*Los principales reproches de la demanda se circunscriben a:*

*a) La ocurrencia de un evento adverso prevenible por parte del personal de la institución que ocasionó el deterioro de la salud del señor Olinto Castellanos, por la agravación de sus condiciones de salud preexistentes.*

*b) El hecho de haberle dado el alta médica de manera precipitada sin encontrarse en verdaderas condiciones para iniciar su recuperación y tratamiento en casa, lo que ocasionó su reingreso a la institución solo 3 horas después.*

*c) El mal diligenciamiento de la historia clínica*

*4. ANALISIS PROBATORIO*

*Cada uno de los reproches de la demanda quedo demostrado con las pruebas legal y oportunamente allegadas al proceso de la siguiente manera:*

*A) HISTORIA CLINICA*

*Con este medio de prueba se demostró:*

*• La ocurrencia del evento adverso ocasionado por la caída de la camilla y los efectos en la salud del señor Olinto Castellanos, consistentes en lesión de miembros superiores y trauma cráneo encefálico. Así como el estado vegetativo que no le permitieron seguirse valiendo por sus propios medios, lo dejaron en un estado de indefensión y vulnerabilidad en su estad de salud.*

*Folio 419 de 739: "ANAMNESIS: PACIENTE QUE INGRESA EN PARO RESPIRATORIO PRESENTA CAÍDA DE LA CAMILLA SE DOCUMENTA FIBRILACIÓN VENTRICULAR SE REALIZA REANIMACIÓN CARDIOCEREBRO PULMONAR 'CON CADIOVERSION ELECTRtCA SALE A RITMO SINUSAL SE REALIZA ENTUBACION OROTRAQUEAL POR ANTESTESIOLOGO (...)"*

*Folio 421 de 739: "EVENTO ADVERSO AL INGRESAR A REANIMACION EN CAMILLA PORTATIL AL INICIAR REANIMACION CARDIACA LA CAMILLA PIERDE EQUILIBRIO Y EL PTE CAE AL PISO RECIBIENDO TRAUMA EN CABEZA"*

*De igual forma a folio 427 de 739, se informa sobre el evento adverso:*

*"POSTERIOR A EGRESO INGRESA NUEVAMENTE A URGENCIA EN PARO CARDIORESPIRATORIO PRESENTA CAIDA DE CAMILLA SE DOCUMENTA FIBRILACION VENTRICULAR SE REALIZA REANIMACION CARDIOCEREBRO PULMONAR CON CADIOVERSION ELECTRIC A SALE RITMO SINUSAL SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL SE ACEPTA EN CUIDADO INTENSIVO PARA CONTINUAR MANEJO"*

*• Qué el hecho gue motivó el reingreso del señor Olinto Castellanos a la institución médica se superó en la intervención inicial cuando fue reanimado al indicar que la reanimación fue exitosa*

*Folio 438 de 739*

*PACIENTE QUIEN EL DIA DE AYER PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO DE 10 MIN (APROX) CON REANIMACION EXITOSA AL PAERCER (SIC) SECUND ARIO (SIC) A SINDROME CARDIORRENAL, EN EL MOMENTO BAJO SEDACION SIN RESPUESTA A ESTIMULOS.*

*DURANTE REANIMACION PACIENTE PRESENTA EVENTO ADVERSO CAIDA DE CAMILLA DE AMBULANCIA, SUFRIENDO TRAUMA CRANEOENCEFAUCO.*

*(...)*

*Conclusión a la que se puede arribar al considerar que el señor Olinto Castellanos sufrió un paro cardio-respiratorio entendido éste como el cese de las pulsaciones cardiacas o contracción miocárdica que puede ser revertido si es tratado en unos minutos y en este caso sucedió un paro cardiaco presenciado por personal sanitario que, de acuerdo a lo consignado en la historia clínica, se atendió de manera exitosa logrando restablecer la función, presentándose la mayo\* complicación como consecuencia de la concreción del evento adverso antes mencionado.*

*• La prematura e irresponsable dada de alta médica del señor Olinto Castellanos que ocasionó su reingreso a la institución solo 3 horas después con consecuencias fatales.*

*Folio 413 de 739 "SE DA SALIDA CON ORDEN DE MEDICAMENTOS. REQUIERE SEGUIR DESTETE DE CORTICOTERAPIA (ACTUALMENTECONHIDROCORTISONA 150MGDIA,..."*

*B) TESTIMONIOS*

*SOFIA GUARIN GARCÍA Con este testimonio se demostró que:*

* *No es usual que un paciente se caiga de la camilla, en toda su práctica es la única vez que ha visto directamente que un paciente se hubiera caído de una camilla y esa es una de las complicaciones más graves*
* *Vio que el paciente se cayó de la camilla,*
* *La reanimación fue realizada en el piso.*

*LELIO ARMANDO CASTELLANOS RODRÍGUEZ*

* *El 27 de diciembre/14 el señor Olinto Castellanos se encontraba hospitalizado y fue dado de alta pese a las dudas de la familia por el hecho de haber presentado un episodio complicado en su salud en horas de la madrugada de ese mismo día.*
* *Cuando dieron de alta al señor Olinto no le indicaron como debía ser el protocolo de atención en la casa solo le dieron la bala de oxígeno.*
* *El señor Olinto llego al Hospital de la Policía consciente con el oxígeno (lo bajo con ayuda del patrullero Ávila) lo montaron consciente en la camilla de la ambulancia y con otro oficial lo entraron, fue recibido por dos enfermeras y cuando lo estaban recibiendo lo dejaron caer de la camilla.*
* *El señor Olinto Castellanos duro en el piso sin realizarle ningún tipo de reanimación en presencia de la Dra. Guarín (que le ordenaba salirse del espacio de reanimación).*

ROSA BIBIANA PÉREZ

* Ordenó el alta del señor Olinto Castellanos (sin encontrarse en verdaderas condiciones para iniciar su recuperación y tratamiento en casa, lo que ocasionó su reingreso a la institución solo 3 horas después) s
* Tenía conocimiento del reingreso de urgencias del señor Olinto Castellanos, sin embargo no hubo ningún enfermero (a) que lo estuviera esperando para atender este tipo de urgencia
* Reconoce la existencia del evento adverso (contribuye su testimonio a contradecir lo escrito en la historia clínica respecto de la caída del señor Olinto Castellanos)
* Protegió la cabeza del señor Olinto Castellanos al momento de la caída y por eso no se la golpeó (Esté en total contradicción con la historia clínica y las notas de enfermería, entonces porque se le tomó resonancia magnética)
* El señor Olinto entró consciente, despiertos tocaba el pecho.
* Cae al piso el señor Olinto, allí se inició RCP al paciente por parte del equipo (Contradice lo consignado en la historia clínica y en las notas de enfermería)
* La Dra. Rosa Bibiana Pérez, no arrancó el RCP como está consignado en la historia clínica, manifiesta tener un problema de columna, una hernia discal, que se lo impidió (¿Cómo tomó al paciente de la cabeza de manera inmediata para que no se golpeara, sin que sufriera alguna lesión en la columna?)

5. CONCLUSIONES

Por lo anteriormente expuesto en el caso que nos ocupa podemos concluir una vez finalizado el debate probatorio que existió una falla del servicio imputable al Hospital Central de la Policía Nacional por el incumplimiento del contrato de asistencia médica que tenía con el señor Olinto Castellanos, en atención a que sucedieron varios hechos que fueron probados en este proceso, como:

* La prematura dada de alta del paciente quien solo horas antes de la salida había presentado un cuadro médico serio que ameritaba vigilancia médica, como se constata con el hecho de empezar su deterioro en casa a escasas dos (2) horas de haber salido del Hospital de la Policía.
* Nunca haber informado a los familiares del paciente de manera adecuada cual era el diagnóstico médico que había llevado al señor Olinto al estado de inconciencia que finalmente lo llevó a la muerte,
* La concreción del evento adverso sufrido por el señor Olinto Castellanos como consecuencia de la caída de la camilla que ocasiono un claro empeoramiento de la emergencia que estaba presentando y por la cual había ingresado, toda vez que durante el tiempo que duro en el piso no se estaba suministrando oxigeno ni se inició la reanimación de manera inmediata,
* El mal diligenciamiento de la historia clínica que impiden a los familiares del paciente conocer las reales circunstancias en las que recibió la atención médica dispensada a su reingreso al Hospital,
* por no existir, entre otras incongruencias el documento nota de historia clínica de la Dra. Rosa Viviana Pérez quien fuera la médica internista que participo presuntamente en la reanimación el paciente,
* Notorias contradicciones en los testimonios de las Dras. Rosa Bibiana Pérez, Sofía Guarín García y la historia clínica y notas de enfermería.

Con lo anterior, dejo sentados mis ALEGATOS DE CONCLUSIÓN, rogando a ese Despacho para dar mayor solidez a este análisis se tenga en cuenta la normativa y jurisprudencia expuestas dentro de la demanda, para que usted Señora Juez, en su sapiencia, tome la decisión que en Derecho y Justicia corresponda …”

* + 1. El apoderado de la parte demandada **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL** manifestó:

*“… De los elementos de prueba puede inferirse que como se argüyó en la contestación a la demanda el paciente tenía múltiples comorbilidades (Hipertensión arterial, obesidad, Enfermedad renal crónica de 3 años de evolución, en estadio 3 de 5, antecedente de ablación exitosa por taquicardia supra ventricular en 2005, antecedente de cateterismo coronario en 2009 y dislipidemia), quien había requerido hospitalización en varias ocasiones en los últimos meses antes del fallecimiento del señor CASTELLANOS ROJAS, recibiendo manejo multidisciplinario, donde se procedió por parte de los Profesionales de la Salud a realizar estudios pertinentes y a tomar la decisión del egreso el día 28 de diciembre de 2014, el cual se hizo con base a la condición clínica del paciente, la resolución de las complicaciones agudas que generaron su hospitalización y los exámenes pendientes eran de práctica ambulatoria, como bien lo indicó en la última sesión de pruebas la testigo ROSA BIBIANA PÉREZ médico internista del Hospital Central de la Policía Nacional.*

*Siguiendo los lineamientos de la literatura científica y guías médicas, las hospitalizaciones prolongadas configuran riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, razón por la cual, una vez se evidencio compensación de sus patologías de base, el egreso debe ser la conducta pertinente, emitiéndose las indicaciones de seguimiento ambulatorio por Necrología, Cardiología y demás, con indicaciones específicas sobre signos de alarma al paciente.*

*El 28 de diciembre de 2014, reingresa al Hospital Central, en horas de la tarde por presentar discomfort epigástrico con mal estado general, a donde ingresa en paro cardiorrespiratorio, iniciándose por parte del Profesional de la Salud maniobras de reanimación cardiopulmonar inmediatamente, sin cambiarlo de la camilla de ambulancia en la cual fue ingresado, donde dado a las compresiones que se realizaran en la reanimación se doblan las patas de la camilla, sufriendo una caída el señor OLINTO OLIVO CASTELLANOS, recibiendo golpe en cabeza y miembro superior izquierdo. Se continúa con el proceso de reanimación cardiopulmonar, con compresiones, desfibrilación eléctrica, intubación oratraqueal por anestesióloga con respuesta después de 27 minutos. De ello dio cuenta la doctora ROSA BIBIANA PEREZ quien se encontraba presente en las maniobras de reanimación y señaló que cuando cae el paciente le protegió la cabeza.*

*Por consiguiente se concluye que de acuerdo a la literatura científica que describe que los pacientes con ingresos y/o reingresos por insuficiencia cardiaca hasta la mitad mueren sumando a esto, el incremento aún más del riesgo cuando cursan comorbilidades asociadas como enfermedad renal crónica y síndrome metabólico dado compromiso endotelial, que a mayor severidad en la escala de 0 a 5 de estadiaje es mayor y, este paciente tenía estadio 3; el riesgo de muerte súbita de estos pacientes es alto, sin que se pueda predecir el momento de su presentación, sobre este tema también declaró la testigo ROSA BIBIANA.*

*El paciente reingresó en paro cardiorrespiratorio como urgencia vital iniciando las maniobras de reanimación en camilla, con la mala fortuna de sufrir caída al doblarse las patas de la camilla de ambulancia en la cual se encontraba el paciente a quien por la premura en iniciar la reanimación no fue trasladado a la camilla indicada. La reanimación tuvo un tiempo de duración de 27 minutos, al lograrse estabilización del paciente fue trasladado para realización de Resonancia Magnética Nuclear las cuales no evidenciaron lesiones hemorrágicas, es decir, no generó la caída factor de deterioro en el paciente.*

*En efecto, la caída no tuvo impacto en su evolución, como lo demuestra la Resonancia Magnética Cerebral cuando describe que no se evidencian lesiones hemorrágicas y lo registran los Neurólogos en las diferentes evoluciones: "TODAS ESTAS LESIONES SON SECUNDARIAS A LA H1POXIA/ISQUEM1A", en la cual no se evidenció lesión hemorrágica cerebral, no hubo fractura, ortopedia ordenó radiografías, se diagnosticó trauma de tejidos blandos y fue tratado en consecuencia. Realizándose la resonancia magnética cerebral en cumplimiento de las guías de manejo de paciente que presenta trauma craneoencefálico y no está consciente.*

*En efecto, la resonancia fue negativa para evidencia de lesión traumática cerebral y se destaca la lesión sufrida en el miembro superior izquierdo como distractor, toda vez que ni el trauma ni esta lesión de tejidos blandos incidió en la evolución del paciente, no hay elementos que permitan establecer relación directa de ellos con la condición crítica y menos con el desenlace del paciente.*

*Tal como lo ha sostenido la jurisprudencia del Honorable Consejo de estado, la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño, en el presente caso, si bien se presentó un evento adverso con la desafortunada caída del paciente, se tomaron las medidas correspondientes para identificar las consecuencias de la caída el trauma en la cabeza no generó un efecto en la evolución del paciente, sin embargo, el paciente con sus coomorbilidades de base ya comentadas desencadenaron su fallecimiento, por tanto el daño no tiene origen en la caída del paciente, sino en la misma condición de salud del paciente, con alto riesgo determinado por enfermedad renal crónica y síndrome metabólico dado compromiso endotelial, el riesgo de muerte súbita de estos pacientes es alto, sin que se pueda predecir el momento de su presentación.*

*Por lo anterior y tal como lo ha sostenido el Consejo de estado que si a pesar de aplicarse el procedimiento recomendado y aceptado mundialmente, el paciente no responde adecuadamente o queda sometido a condiciones de incapacidad física y mental como ocurrió en el caso concreto o en el peor de los casos fallece, por ese solo hecho no hay lugar a imputar dicha lesión al establecimiento público, si el daño no obedece efectivamente a falta de diligencia y observación de la lex Artis y así ocurrió en el caso sub lite en el que la entidad demandada prestó todos los elementos médicos y humanos para mejorar la condición de Salud del señor OLINTO CASTELLANOS, no obstante que en el servicio de urgencias se presentó la caída de la camilla del paciente, pero presentado el evento se tomaron tocias las medidas indicadas en las guías de urgencias, tal como lo advirtió la testigo y médico del Hospital Central de la Policía Nacional SOFIA GUARIN, Médica Internista del servicio de Urgencias con las actividades de la reanimación del paciente, sin embargo el paciente con criterio de alto riesgo por sus coomorbilidades no presenta buena respuesta a las actividades y tratamientos médicos dispensados en el servicio de urgencias y fallece por complicaciones desencadenadas por sus enfermedades de base.*

*El testimonio de su hijo Mayor Lelio Castellanos debe valorarse en esa condición de pariente cercano, su afán al vivenciar las condiciones de salud de su padre y máxime con el infortunado evento adverso presentado que generó su angustia con sentimiento de impotencia, pero que no permiten inferir una falla del servicio médico brindado en el servicio urgencias en el que el esfuerzo de los galenos estuvo dirigido a restablecer la condición de salud de su padre sin éxito, porque el mismo se encontraba con alto riesgo de infarto por sus patologías da base.*

*Por tanto considera el suscrito profesional que la responsabilidad del Estado en la prestación de los servicios médicos es de medio. Esto es, que la obligación radica en brindar una adecuada, oportuna y diligente prestación del servicio médico, acorde con las posibilidades presupuéstales, técnicas y profesionales de que el ente prestador del servicio dispone en un momento determinado, preceptos que fueron cumplidos por la entidad demandada en este caso, razón por la cual se deben desestimar las suplicas de la demanda…”*

* + 1. **El MINISTERIO PUBLICO representado por la procuraduría judicial 82-1** no conceptuó.
  1. **CONSIDERACIONES**
  2. **LA RAZÓN DE LA CONTROVERSIA:**

Conforme a lo establecido en la FIJACIÓN DEL LITIGIO, se debe **establecer si la demandada NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA – HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL debe responder por los daños PRESUNTAMENTE ocasionados a los demandantes como consecuencia de la presunta deficiente atención MEDICA brindada al señor Olinto Castellanos Rojas lo que PRESUNTAMENTE desencadenó en su muerte.**

Surge entonces el siguiente problema jurídico:

***¿Existió una falla en la prestación del servicio médico por parte de la demandada NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL –DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL* al señor Olinto Castellanos Rojas que aparentemente condujo a su muerte*?***

Para dar respuesta a este interrogante deben tenerse en cuenta estos puntos:

Con relación a la responsabilidad por falla médica, el Consejo de Estado ha propendido por la adopción de la Teoría de la carga dinámica de la prueba de manera adecuada, es decir, analizando en cada caso en particular cómo será la distribución de las cargas y qué le corresponderá probar a cada parte, puesto que la manera como ha venido aplicándose la falla presunta ataca el fundamento mismo de la teoría de las cargas dinámicas.

Así las cosas, la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que aquélla resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil (hoy código general del proceso) *-que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado-*, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial.

La carga de la prueba puede definirse como aquella obligación que tienen las partes de demostrar lo afirmado en su demanda o en su contestación, con fundamento en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil (hoy código general del proceso), el cual dispone que *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.*

En desarrollo de la norma procesal antes citada, tenemos en principio que la legislación colombiana establece que es el paciente quien está obligado a demostrar la culpa del profesional de la salud, así como los otros dos elementos de responsabilidad (daño y nexo causal entre daño y culpa), si quiere que sus pretensiones sean acogidas.

En estos casos, si el paciente no logra acreditar dentro del proceso que fue imprudente, negligente o imperito el actuar del profesional de la salud, éste último no podrá ser obligado a resarcir los perjuicios alegados.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha cuestionado la presunción de la falla del servicio y ha señalado, en aplicación de la teoría de la carga dinámica de las pruebas, que dicha presunción no debe ser aplicada de manera general sino que en cada caso el juez debe establecer cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia.

En conclusión, siguiendo la más reciente posición de la jurisprudencia, es necesario tener en cuenta los siguientes criterios:

* Corresponderá al demandante probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los cuales le resulte “*excesivamente difícil o prácticamente imposible*” hacerlo;
* Corresponde al demandante aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los eventos en los cuales le “resulte muy difícil -si no imposible-...la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”;
* En la valoración de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa real del daño;
* La valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas que presentan alteraciones en su salud, y
* el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio[[5]](#footnote-5).

Quiere decir lo anterior, que cuando se demanda buscando la indemnización de perjuicios que según la víctima del daño se produjeron con ocasión de una actuación u omisión atribuible a autoridades o entidades médicas y hospitalarias por actos médicos o asistenciales, en principio le corresponde al interesado probar los extremos de tal responsabilidad (la existencia del daño y su imputabilidad a la parte demandada, la falla en el servicio médico y el nexo causal entre el daño causado y el servicio prestado).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término de **caída** como ***“(…) la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad (…)”.***

La literatura médica sobre caídas de adultos mayores destaca lo siguiente:

*“(…) Los resultados de múltiples estudios indican que cada año más de un 30% de las personas mayores de 65 años sufren una caída.* ***Estas cifras aumentan espectacularmente en mayores de 80 años. Aproximadamente un 5% de ellas sufren fracturas*** *y un 10% otro tipo de lesiones, como luxaciones o lesiones vasculares.*

*Las caídas en* ***usuarios hospitalizados pueden ser reiteradas y tendientes a generar un efecto acumulativo adverso sobre la capacidad de movimiento del individuo, causando periodos de inmovilidad y, como resultado de las complicaciones, incluso la muerte****.*

*Además, se describe una elevada prevalencia de consecuencias psicosociales como el síndrome postcaída, el miedo,* ***la pérdida de autoestima y la disminución cualitativa y cuantitativa para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales.*** *Esta incidencia, ha sido considerada un indicador indirecto de la calidad de la atención que presta el personal de una institución de salud.*

*Las caídas de usuarios están consideradas dentro del grupo de “****eventos adversos****” que ponen en peligro la seguridad de los mismos. La seguridad de los pacientes ha alcanzado en los últimos años una gran relevancia, tras la publicación del informe “To err is Human” (Institute of Medicine. Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 1999), donde se plantea que la seguridad es una dimensión esencial de la calidad asistencial y sin ella aumenta la probabilidad de que otras dimensiones como la efectividad o la satisfacción de los pacientes se vean afectadas negativamente.*

***FACTORES DE RIESGO.***

***1. FACTORES INTRÍNSECOS:*** *Son aquellos que están relacionados con el propio usuario y estarán determinados por cambios fisiológicos relacionados con la edad, patologías agudas o crónicas y por el consumo de fármacos.*

*1.1 Edad (…) El adulto mayor de 65 años presenta riesgos multifactoriales, que son determinantes para que se presente una caída.*

***1.2 Factores fisiológicos del envejecimiento****. El envejecimiento conlleva alteraciones propias que inciden en gran medida para que se dé una caída. Problemas causados en la estabilidad postural y en la marcha del anciano: Alteraciones en la marcha por cambios en el sistema nervioso central y periférico, pasos cortos y lentos, postura en flexión con una amplia base de sustentación especialmente en el sexo masculino,* ***en el femenino la marcha es más bamboleante y con una base de sustentación más estrecha (marcha senil).****La desaferentación parcial del sistema nervioso central que modula las reacciones motoras, la adaptación al entorno y los problemas posturales. Disminución del desplazamiento de la cadera y del tobillo. Alteraciones de la percepción sensitiva (sensibilidad vibratoria y postural de los miembros inferiores) y sensorial (oído, vista y vestíbulo) que comprenden la disminución de la percepción del ambiente que lo rodea.* ***Inseguridad al caminar con ligero desequilibrio. Disminución del control muscular y aparición de rigidez músculo esquelético provocada por la muerte de neuronas dopaminérgicas de los ganglios basales*** *y la pérdida de dendritas en las**células de Betz de la corteza motora, que controlan la inervación de músculos proximales antigravitorios de brazo, tronco y espalda, Deformidad de los pies, Aumento de la xifosis dorsal que provoca cambios en la postura y la forma al caminar, Alteraciones visuales, auditivas y vestibulares, Alteraciones neuroendocrinas: disminución de la renina y aldosterona que alteran el manejo del sodio y el volumen intravascular provocando mayor facilidad para la deshidratación. Alteraciones del baro receptor y la reducción del flujo cerebral.*

***Enfermedades que condicionan a tener caídas:***

* *Neurológicas: trastornos laberínticos (isquémicos, infecciosos, traumáticos), accidente vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, demencia, alteraciones musculares relacionadas con afectación de la transmisión nerviosa, mielopatías, insuficiencia vertebro basilar, alteraciones cerebelosas degenerativas, alteraciones cognitivas, cuadros confusionales, convulsiones, hematoma subdural crónico, atrofia cerebelosa, hidrocefalia normotensiva, parálisis supra nuclear progresiva, neuropatía periférica, alteraciones mecano receptoras cervicales, síncopa e hipotensión ortostática secundarios a reducción global y transitoria de flujo cerebral acompañado de pérdida de conciencia de corta duración.*
* *Músculo esquelético: patología articular, deformidades de la columna vertebral, artrosis y artritis en columna, cadera, rodillas y pies que puedan producir dolor e inestabilidad, fracturas no sospechadas, alteraciones de los pies, osteoporosis, pérdida brusca del tono muscular de extremidades inferiores, miopatías.*
* *Cardiovasculares: hipersensibilidad del seno carotideo, infarto del miocardio, miocardiopatía obstructiva, arritmias cardiacas, embolia pulmonar, hipotensión arterial, ortostismo, valvulopatías.*
* *Otras causas: estrés, intoxicaciones, endocrinas, trastornos metabólicos, psicógenas, síncopes neurovegetativos, anemia, infecciones, deshidratación/diarrea, incontinencia urinaria, depresión, ansiedad, periodos postoperatorios, estados de ayuno prolongados, estado nutricional (obesidad y desnutrición), reposo prolongado, antecedentes de caídas previas, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco), hipotensión postprandial, diabetes mellitus, cambios bruscos de posición, dejar solo al paciente (niños y ancianos).*

*2.* ***FACTORES EXTRÍNSECOS: Corresponden a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico o bien elementos de uso personal. Estos contribuyen hasta 50% para que se produzcan caídas.***

*2.1 Arquitectónicas de la unidad hospitalaria*

*• Ausencia del timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de la luz descompuesto.*

*• Escalones a la entrada o salida del baño.*

*• Ausencia de barras de sujeción en baños y áreas de regaderas.*

*• Área de regaderas con piso deslizante y sin tapetes antiderrapantes.*

*• Escaleras o rampas sin antiderrapantes.*

*• Escaleras con escalones irregulares.*

*• Lavabos y retretes muy bajos.*

*• Pisos disparejos.*

*2.2 Equipo y Mobiliario*

* + *Sistema no audible ni visible de timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de luz descompuesto, focos fundidos dentro o fuera de la habitación o del control de enfermeras.*
  + *Mobiliario fuera de su lugar (buró, banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas entre otros).*
  + *Silla de baño mojada, resbaladiza o ausencia de ésta (silla desplegable).*
  + *Presencia de cables, cordones y obstáculos en general.*
  + *Ausencia de dispositivos específicos para la deambulación, bastones, muletas y andaderas con faltantes de gomas en los puntos de apoyo.*
  + *Utilización de tripies, sillas de ruedas, bombas de infusión o cualquier otro equipo de rodamiento para la deambulación.*
  + *Llantas de tripies en malas condiciones.*
  + *Camas y camillas sin cinturones de seguridad, barandales laterales, piecera o cabecera.*
  + *Camas, camillas o sillas de ruedas con frenos en mal estado o no funcionales.*
  + *Iluminación deficiente.*

***2.3 De Proceso***

* *Fuera del alcance del usuario: timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de luz, artículos personales, banco de altura.*
* *Omitir subir los barandales de cama o camilla.*
* *No verificar el funcionamiento de los sistemas de seguridad: como barandales de las camas, camillas y sillas de ruedas.*
* ***Cambios bruscos de postura, incorporar al usuario de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.***
* ***Movilización del usuario sin ayuda de otro miembro del equipo o familiar.***
* *Faltas de normas de seguridad en la unidad hospitalaria.*
* ***Falta de orientación al usuario y familiar de las medidas de seguridad, para deambular con los equipos de venoclisis, tubo de drenaje urinario, entre otros****.*
* *Falta de orientación en el uso de sillas de ruedas, freno y descansa pies.*
* *No delimitación de áreas con piso mojado al realizar la limpieza.*
* *Falta de establecimiento de un sistema de reporte y mantenimiento preventivo y correctivo del equipo y mobiliario.*

***CUANDO VALORAR:*** *1.* ***Al ingreso del usuario.*** *2. Una vez por turno y al inicio del mismo en usuarios cuyo resultado de la valoración de riesgo haya sido bajo o mediano.3. Usuarios cuyo resultado de la valoración de riesgo haya sido alto se realizará cada 4 hrs. (…)[[6]](#footnote-6)*

* 1. **ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS PRUEBAS:**
     1. Conforme al material probatorio aportado se encuentran **PROBADOS los siguientes hechos**:
* El señor OLINTO OLIVIO CASTELLANOS ROJAS era esposo[[7]](#footnote-7) de MARÍA DE JESÚS RODRÍGUEZ y padre de MARTHA CECILIA CASTELLANOS RODRÍGUEZ[[8]](#footnote-8), MAYERLY ROCÍO CASTELLANOS RODRÍGUEZ [[9]](#footnote-9) y LEONEL ENRIQUE CASTELLANOS RODRÍGUEZ[[10]](#footnote-10)
* El señorOLINTO OLIVIO CASTELLANOS ROJAS fue atendido en el HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL desde el 15 de diciembre de 2014 hasta el 4 de febrero de 2015**[[11]](#footnote-11)**
* El señor presentaba las siguiente patologías: HIPOTIROIDISMO, HTA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN 2005 ABLACION EXITOSA DE REENTRADA DE LA UNIÓN AURICULOVENTRICULAR.
* De la atención se resalta que el señor venia remitido del CARDIO INFANTIL por encontrar derrame pleural al momento de estar en estudio de cateterismo cardiaco el 15 de diciembre de 2014 y fu dado de alta el **28 de diciembre de 2014** con uso de oxigeno domiciliario; sin embargo, ese mismo día debió reingresar por presentar paro cardiorespiratorio, fue reanimado por los galenos y sufrió caída de la camilla mientras se efectuaba la reanimación.
* Por la caída le ordenaron una resonancia magnética sin que reportara derrame cerebral
* El 28 de diciembre de 2014 se anotó que el reporte de resonancia cerebral leucoencefalopatia de posible origen arterio esclerotico- estudio negativo para evidencia de lesión traumática. Gases arteriales de ingreso alcalosis metabolica indice de oxigenación 117 sodio 141 potasio 3.56 calcio 0.81 l actato 1.63 glicemia 159. Radiografía de torax opacidad en apice derecho congestion hiliar no se descarta broncoaspiracion. Se continúa sedación, medidas de protección cerebral Protección gástrica Manejo de falla cardiaca
* *Ese mismo día fue enviado a la UCI por presentar un paro*

“paciente de 70 años con antecedente de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica estadio 3, quien viene en estudio de disnea asociada a derrame pleural clasificado como transudado, masa en tiroides con biopsia no representativa, ingreso en paro por fv, con troponinas negativas sin cambios electrocardiográficos con enfermedad coronaria y falla cardiaca descarta en los ultimos estudios, se considera como diagnostico probable tep aunque tiene estudio venoso e miembros inferiores reciente negativo, se deja anticoagulación plena en el momento con trastorno severo de oxigenación con imagen que sugieren broncoaspiracion, y signos de respuesta sistémica se decide inicio de antibiótico terapia piperacilina tazobactam claritromicina, dada hospitalización reciente, se solicita cultivo de sot, se ajsuta soporte ventilatorio, con caída de la distensibilidad y presiones altas en la vía aérea sin mejoría con modo dual de presión, se deja en presión control y en posición prono, se suspende asa, losartan dada oliguria, se continua soporte multisistemico en uci pronóstico reservado familia informada”

* El señor OLINTO OLIVIO CASTELLANOS ROJAS falleció el 4 de febrero de 2015[[12]](#footnote-12)
* En diligencia de testimonios del 24 de julio de 2018 el señor LELIO ARMANDO CASTELLANOS RODRIGUEZ manifestó: “mi papa llego consiente al hospital conmigo, lo baje y no había silla de ruedas y un patrullero trato de entrar a buscar una camilla y no encontró y yo vi una camilla de ambulancia y lo entre a mi papa y llegando a la parte donde realizan el procedimiento, me lo recibieron 2 enfermeras como de mala gana y halaron la camilla y mi papa salió a volar y se pegó en la cabeza y en el brazo y cuando cayó estaba consiente, en el momento que ingresamos había una doctora guarín que es la médica internista y lo único que hizo fue pararse ahí como 25 minutos y solo se fijó en decirme que yo me saliera y yo no me Salí porque vi la intensión de ella y dijo “además él ya se va a morir”, yo le dije que no me salía y le dije que exigía que ella iniciara la reanimación y ella no lo hizo sino se quedó ahí. Iba pasando un doctor y él fue el que realizo la reanimación cardio-pulmonar y luego bajo la doctora rosa Viviana y subieron a mi papa porque ya había llegado el anestesiólogo; Yo le pedí que le realizaran un tac en ese momento para ver que sucedió en la cabeza porque el cayo en el piso. En la historia clínica hay falencias puesto que entregaron 700 folios cuando eran 900.La doctora guarín omitió todo, dejo que se muriera. No tengo conocimiento a ciencia cierta de la causa de la muerte”
* La señora NIDIA CIFUENTES MENDOZA manifestó: “no me acuerdo de recibir ningún paciente en urgencias con esas especificaciones”
* La señora OMAIRA JIMENEZ DIAZ declaró: “yo estaba en el triage cuando ingresaron con el señor en brazos y yo me levante de mi puesto a ver porque ingresaron al paciente así, cuando yo ingrese entraron al paciente a reanimación y hasta ahí llego yo; en el momento que pregunto si hay algún familiar porque tengo que pedir el carnet para que lo atienda y abrir evento, en ese momento me devuelvo a ver que familiares hay y veo que mayerli ingreso y me dijo que el que acababa de ingresar era su papa, yo todo lo sé porque la distingo a ella. De ahí ya no se más”.

* En diligencia de testimonios la señora SOFIA GUARIN GARCIA señaló: “No recuerdo el paciente y no tenía cedula del paciente para saber la situación. Hace tres años es difícil acordarme. Vagamente recuerdo que era un paciente que llego muerto hasta donde yo me acuerdo y venia en una ambulancia pero no sé cuál fue el error humano en el sentido que el paciente se calló, pero nosotros iniciamos las maniobras estando el paciente en el piso y no se suspendió por el hecho de estar el paciente en el piso sino se cumplió todo el proceso. Tendríamos que mirar los registros para saber si ya estaba muerto. La guía dice que si uno no está seguro debe hacer la reanimación y simplemente tendríamos que mirar como llego porque yo tengo solo la impresión pero tendría que haber algún registro.

La reanimación se inicia lo más rápidamente posible que uno lo pueda hacer, uno tiene que ganar tiempo y nosotros procedimos en el menor tiempo posible a hacer la reanimación. Todos tienen que estar coordinados en sus funciones y cada persona tiene una función pero no tengo certeza que función realice yo.

Estaba también la doctora rosa Viviana.

No recuerdo si fue exitosa la reanimación de todas maneras lo más importante en una reanimación es el daño neurológico porque si se ha demorado en salir puede haber muerte cerebral.

Yo asumo que un paciente se cae y uno no pierde tiempo sino trata de hacer las cosas en el menor tiempo posible además se necesita un grupo que coordine eso y yo no recuerdo como funciono el grupo sino cada uno deja sus notas de lo que hizo. En medicina hay una muerte que se llama muerte súbita si hay un paciente que tiene patología cardiaca la principal causa de muerte es la muerte súbita.

No estoy segura si entraron familiares pero eso tiene q estar consignado en la historia clínica”

* La doctora ROSA BIBIANA PEREZ ZABALA en diligencia de testimonios manifestó ser medica con especialidad en medicina interna, trabaja en la Clínica De La Policía y en la CLÍNICA COLOMBIA desde el 2008. Atendió al señor OLINTO OLIVO CASTELLANOS ROJAS en una primera oportunidad cuando estaba hospitalizado, el señor era el padre de MAYERLI empleada de la Clínica y administradora o jefe del piso, atendió al señor y una vez se controlaron las condiciones motivo de su hospitalización y se le dio salida.

El señor estuvo hospitalizado porque ingreso con una insuficiencia cardiaca que género que acumulara liquido en los pulmones y agudización pulmonar crónica, se estudiaron todas las razones que generaron la falla cardiaca, se controlaron y se le dio salida.

El señor tenía 70 años de edad y tenía una falla renal crónica y por ello era más demorado que el señor eliminara el líquido que estaba acumulada en los pulmones.

El señor tenía varias enfermedades de base como enfermedad crónica en estadio moderado, enfermedad esclerótica, hipertensión arterial y artrosis, cuando se hospitalizo fue porque tenía dificultad respiratoria progresiva allí presento un derrame pleural y se acudió a varias especialidades (neumología) y se hicieron varios exámenes para descartar otras enfermedades (descartando procesos infecciosa, trombolismo pulmonar) en ultimas se asoció a una insuficiencia cardiaca, se estabilizo su riñón, se compensaron esas patologías y por ello se le dio de alta.

Al momento de darle la salida señor OLINTO OLIVO CASTELLANOS ROJAS se le dieron las recomendaciones y advertencias acordes a una persona que tiene insuficiencia cardiaca, se le ordenaron exámenes ambulatorios entre ellos un estudio de sueño (la persona debe estar en condiciones de sueño para ver como esta su organismo neural, respiratorio durante el sueño), se le dio salida con bala de oxígeno de transporte por cánula nasal.

Ese mismo día reingresó por urgencias con un ritmo anormal (fibrilación ventricular – ritmo colapsante), es una parada del corazón, no tiene relación directa con una falla cardiaca pero es un factor de riesgo para las personas que sufre de una insuficiencia cardiaca.

Cuando ingreso no se le hizo **Triage**, ingresó a la sala de reanimación directamente dada la condición del señor se activó lo que en medicina se llama código azul, el señor tenía una anatomía de su cuello muy corto, presentándose dificultad de entubación por lo tanto se acudió al anestesiólogo para colaborar, en el código azul entre más personas ayuden mejor mínimo un grupo de 9 personas y allí se presentó un evento adverso la camilla perdió la estabilidad y el señor cayó al piso, la médica se encontraba ahí y protegió cabeza para evitar recibir un golpe directo, se le hizo una imagen de cerebro (tomografía cerebral[[13]](#footnote-13)) y no pasó nada a nivel de cráneo, por la reanimación (masaje, electricidad) y la entubación el señor quedo como sedado.

Después el señor ingreso a la unidad de cuidado intensivo y no lo volvió a ver.

Manifestó que cuando se le diagnostica a una persona una insuficiencia cardiaca se presentan varios factores que van sumando los riegos, una falla cardiaca sola (por el hecho de que no funciona bien el ventrículo) si tiene una malformación del corazón suma una mortalidad de moderada a alta, en el caso del señor OLINTO tenía una cardiopatía de base y se suman otros parámetros como edad, otras enfermedades asociadas a la persona (enfermedad renal crónica que implicaba una alteración de los vasos del organismo) y la evolución que presenta la persona, el examen que se le hizo en sangre de PNP en el paciente implicaba una mortalidad a mediano plazo el presentaba una sobrevida del 25 % de 6 meses a un año, él podía presentar más episodios y decaídas, y con cada decaída aumentaban la probabilidades de muerte.

* + 1. Ahora entremos a dar respuesta al interrogante planteado ***¿Existió una falla en la prestación del servicio médico por parte de la demandada NACION – MINSTERIO DE DEFENSA-POLICIA NACIONAL –DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL* al señor Olinto Castellanos Rojas que aparentemente condujo a su muerte*?***

Del material probatorio que obra en el proceso, esto es la historia clínica de ***OLINTO OLIVO CASTELLANOS ROJAS,*** no es posible concluir que la demanda ni sus médicos, hayan incurrido en algún tipo de conducta negligente, descuidada o imprudente que haya ocasionado su muerte.

Si bien se presentó una caída, el examen que se le tomó no demostró aparte de los hematomas, que hubiera presentado algún tipo de daño que desencadenara su muerte; el señor tenía varias enfermedades de base entre ellas una **insuficiencia cardiaca**, falla renal, hipertensión arterial y podía presentar otras afecciones en su estado de salud asociadas a esta enfermedades que desencadenarían su muerte.

No encontrándose demostrada la existencia de una violación de la lex artis por parte de los médicos intervinientes, cierto es que resulta inviable considerar configurada la **falla** del servicio en cabeza de la administración, y por ende, el juicio de responsabilidad no puede considerarse estructurado aun cuando, como en el presente caso, la existencia de un daño no resiste el mayor análisis.

Al no configurarse el segundo elemento de la responsabilidad por falla médica, el hecho imputable a la demandada a título de falla en la prestación del servicio, no puede lógicamente configurarse el tercer elemento de la responsabilidad, el **nexo causal** entre éstos.

En las circunstancias anteriores, al no haberse acreditado los elementos de la responsabilidad por falla médica, ésta no se configura y las pretensiones de la demanda deben ser denegadas.

* 1. Citando la posición del TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN “C” No habrá lugar a condenar en costas, por cuanto no se observa que las partes hayan actuado con temeridad o mala fe en las actuaciones procesales

La condena en costas la adopta el juez teniendo en cuenta la conducta de la parte vencida en el proceso, pues no es una regla de aplicación forzosa y general.

El artículo 188 del CP ACA no obliga al juzgador a condenar en costas indefectiblemente sin que medie una valoración de la conducta de la parte vencida en el proceso, dicha norma señala que se debe disponer sobre dicha condena solo en la sentencia que decida el mérito del asunto sometido a debate en el proceso

Analizado dicho aspecto, este despacho estima que en esta oportunidad no hay lugar a imponer condena en costas, debido a que no se aprecia temeridad o abuso de las atribuciones o derechos procesales por las partes Además, las costas deben aparecer comprobadas, de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 365 del C.G.P, según el cual "Sólo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación," situación que no se ha presentado en el caso estudiado.

En mérito de lo expuesto, **el JUZGADO TREINTA Y CUATRO (34) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUÍTO DE BOGOTÁ, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y, por autoridad de la Ley,**

**FALLA:**

**PRIMERO: Declárense** no probadas las excepciones propuesta por las demandadas.

**SEGUNDO:** **Niéguense** las pretensiones de la demanda

**TERCERO:** Sin **condena en costas**.

**CUARTO:** Notifíquese a las partes del contenido de esta decisión en los términos del artículo 203 del CPACA.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**OLGA CECILIA HENAO MARIN**

Juez

NNC

1. Folio 419 de 739:

   "ANAMNESIS:

   PACIENTE QUE INGRESA EN PARO RESPIRATORIO PRESENTA CAÍDA DE LA CAMILLA SE DOCUMENTA FIBRILACIÓN VENTRICULAR SE REALIZA REANIMACIÓN CARDIOCEREBRO PULMONAR CON CADIOVERSION ELECTRICA SALE A RITMO SINUSAL SE REALIZA ENTUBACION OROTRAQUEAL POR ANTESTESIOLOGO (...)

   Folio 421 de 739:

   EVENTO ADVERSO

   AL INGRESAR A REANIMACION EN CAMILLA PORTATIL AL INICIAR REANIMACION CARDIACA LA CAMILLA PIERDE EQUILIBRIO Y EL PTE CAE AL PISO RECIBIENDO TRAUMA EN CABEZA.

   A LA EVALUACIÓN NEUROLOGIA ACTUAL LAS PUPILAS SE ENCUENTRAN ISOCORICAS NORMOREACTIVAS. NO HAY EVIDENCIA DE OTORREA OTOLIQUIA. NO LESIONES NI HEMATOMAS EN CUERO CABELLUDO. SE INDICA TOMA DE RNMC CEREBRAL POR NO DISPONBBILIDAD (SIC) DE TAC ÍNMEDIATO Y EL PTE MOVILIZA EXTREMIDADES DISTALES SUPERIORES E INFERIORES Y MUERDE EL TUBO SE ESPERA REPORTE DE RNM CEREBRAL PENDIENTE TRASLADO A UCI CAMA 8

   REQUIRIO 10 MG DE MIDAZOLAN TOTAL PARA SEDACION IOT Y TOMA DE RNM

   NO HA REQUERIDO SOPORTE VASOPRESOR O VASOACTIVO HASTA EL MOMENTO. INICIALMENTE CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS Y EN EL MOMENTO NORMOTENSO."

   De igual forma a folio 427 de 739, se informa sobre el evento adverso:

   "POSTERIOR A EGRESO INGRESA NUEVAMENTE A URGENCIA EN PARO CARDIORESPIRATORIO PRESENTA CAIDA DE CAMILLA SE DOCUMENTA FIBRILACION VENTRICULAR SE REALIZA REANIMACION CARDIOCEREBRO PULMONAR CON CADIOVERSION ELECTRIC A SALE RITMO SINUSAL SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL

   SE ACEPTA EN CUIDADO INTENSIVO PARA CONTINUAR MANEJO" Folio 438 de 739

   PACIENTE QUIEN EL DIA DE AYER PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO DE 10 MIN (APROX) CON REANIMACION EXITOSA AL PAERCER (SIC) SECUND ARIO (SIC) A SINDROME CARDIORRENAL, EN EL MOMENTO BAJO SEDACION SIN RESPUESTA A ESTIMULOS.

   DURANTE REANIMACION PACIENTE PRESENTA EVENTO ADVERSO CAIDA DE CAMILLA DE AMBULANCIA, SUFRIENDO TRAUMA CRANEOENCEFALICO.

   (...) EN EL MOMENTO SE OBSERVA GRAN COMPROMISO DE PARES BAJOS, SE CONSIDERA PRONOSTICO RESERVADO, SEHABLA (SIC) CON FAMILIARES EXPLICANDO QUE EVOLUCION NEUROLOGIA ES EXPECTANTE DADO QUE SE ENCUENTRA EN ESTADO POST REANIMACION, SE ESPERA MINIMO 6 SEMANAS PARA EVALUAR COMPROMISO NEUROLOGICO POSIBLES SECUELAS.

   En las notas de enfermería queda documentado en la siguiente forma: Folio 1 de 2 del 2014/12/28 - HORA: 16:30:

   "INTENTA SOSTENER AL PACIENTE, CON EL PERSONAL DE URGENCIAS PERO EL PACIENTE CAE, RECIBIENDO EL GOLPE EN HOMBRO Y CABEZA,

   ANTE LA URGENCIA SE CONTINUA MEDIDAS DE REANIMACION EN EL PISO. SOBRE TABLA RIGIDA DE MADERA SE SUMINISTRA OXIGENO, MEDICOS"

   Folio 2 de 2 del 2014/12/28: HORA: 16:30:

   "INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE REANIMACIÓN TRAIDO POR SUS FAMILIARES, EN CAMILLA DE AMBULANCIA, CIANOTICO SIN SIGNOS VITALES, EN MAL ESTADO GENERAL, DRA ROSA MEDICO INTERNISTA INICIA RCP, SE DOBLA PARTE DELANTERA DE LA CAMILLA DE AMBULANCIA, SE PASA SONCA VESICAL SIN COMPLICACION, PACIENTE SE ESTABILIZA SE TOMAN Y REGISTRAN SIGNOS VITALES TA 166/97 FC 82 FR 25 SAT 96 JEFE DE TURNO ANA ROMERO INICIA SEDACION EN INFUCION SIN COMPLICACION PENDIENTE ORDENES MEDICAS POR PARTE MEDICO INTERNISTA ORDENADAS, (...)" [↑](#footnote-ref-1)
2. (Folio 423 de 739) "PACIENTE QUE REGRESA DE RNM DE CRANEO QUE DESCARTA LESION HEMORRAGICA EKG CAMBIOS DEL ST EN CARA INFERIOR Y LATERAL PLAN SS IC A CARDIOLOGIA PARA DESACARTAR EVENTO CORONARIO SE DEJA CON MIDAZOLAN 5 MG FENTANIL 100 MC DIA RANITIDINA 50 MG IV C..."

   Folio 438 de 739 DURANTE REANIMACION PACIENTE PRESENTA EVENTO ADVERSO CAIDA DE CAMILLA DE AMBULANCIA, SUFRIENDO TRAUMA CRANEOENCEFALICO. [↑](#footnote-ref-2)
3. Folio 429 de 739: (...) "POSTERIOR (SIC) A EGRESO INGRESA NUEVAMENTE A URGENCIAS EN PARO CARDIORESPIRATORIO PRESENTA CAIDA DE LA CAMILLA SE DOCUMENTA FIBRILACIÓN VENTRICULAR SE REALIZA REANIMACION CARDIOCEREBRO PULMONAR CON CADIOVERSION ELECTRICA SALE RITOMO SINUSAL SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL SE TRASLADA CON SEDACION CON FENTANILO Y MIDOZOLAM PUPILAS 2 MM TENSION ARTERIA 118/73 FRECUENCIA CARDIACA 57 FR 14 SATURACION 96% RUIDOS CARDIACOS RITMICOS RESPIRATORIOS SIMETRICOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE EQUIMOSIS EN MIEMBROS SUPERIORES

   ANALISIS REPORTE DE RESONANCIA CEREBRAL LEUCOENCEFALOPATIA DE POSIBLE ORIGEN ARTERIO ESCLEROTICO- ESTUDIO NEGATIVO PARA EVIDENCIA DE LESION TRAUMATICA (...) RADIOGRAFIA DE TORAX OPACIDAD EN APICE DERECHO CONGESTION HILIAR NO SE DESCARTA BRONCOASPIRACION SE CONTINUA SEDACION MEDIDAS DE PROTECCION CEREBRAL [↑](#footnote-ref-3)
4. Folio 541 de 739:

   "(...)

   ACOPLADO A VENTILADOR, RESTO DE EXAMEN FISICO SIN CAMB IOS (SIC) SIGNIFICATIVOS. NO HAY NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES.

   A/PACIENTE CON ANTECEDENTES Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SIN DETERIORO HEMODINAMICO PERO HIPERTENSO AUN, SIN DETERIORO PULMONAR, RNELA, EMTABOLICO NI HEMATOLOGICO ADICIONAL A SU EATDO DE BASE, DE SU PARTE NEUROLOGICA CON LESION SERVERA SIN RECUPRACION.

   P/CONTÍNUA SOPORTE VENTILATORIO. ANTIHTA Y RESTO DE MANEJO MEDICO INSTAURADO.

   Folio 677 de 739 " (…)

   ANALISIS

   PACIENTE EN CONDICION CLINICA ESTACIONARIA, QUEIN (SIC) CONTINUA DEPENDIENTE DE SOPORTE VENTILATORIO, CON ACEPTABLES INDICES DE OXIGENACION Y CON PARAMETROS BAJOS PERO CON POBRE

   ASISTENCIA VENTILATORIA LO QUE LIMITA PASO A TIENDA DE TRAQUEOSTOMIA, (...) MANTIENE IGUAL ESTADO NEUROLOGICO, SIN VARIACION DEL MISMO, PACIENTE CAND IDATO (SIC) A MANEJO EN CUIDADOS CRONICOS, CONTINUA CON SOPORTE INSTAURADO, MAL PRONOSTICO NEUROLOGICO

   Folio 691 de 739

   "OBJETIVO

   RECIBO PACIENTE EN ACPETABLE (SIC) ESTADO GENERAL, NO CONECTADO CON EL MEDIO CON SOPORTE DEOIXGENEO PRO TIENDA DE TRAQUEOSTOMIA A 3LPM SAT 93% [↑](#footnote-ref-4)
5. Nota de Relatoría: Sentencia del 22 de abril de 2004, exp.: 14.212 efectuada en providencia del CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. Consejera ponente: RUTH STELLA CORREA PALACIO. Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil cinco (2005). Radicación número: 47001-23-31-000-1995-04164-01(14786). Actor: DALILA DUICA DE PEREIRA Y OTROS. Demandado: DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA - HOSPITAL CENTRAL JULIO MÉNDEZ BARRENECHE [↑](#footnote-ref-5)
6. <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/PRT-DQ-02.pdf> [↑](#footnote-ref-6)
7. Folio 7 del c2 [↑](#footnote-ref-7)
8. Folio 8 del c2 [↑](#footnote-ref-8)
9. Folio 9 del c2 [↑](#footnote-ref-9)
10. Folio 10 del c2 [↑](#footnote-ref-10)
11. CD con la historia clínica del señor Olinto Castellanos Rodríguez (FOLIO 1 DEL CUADERNO PRINCIPAL)

    1. Original de la historia clínica en 3.312 folios (FOLIO 1 AL 1128 DEL CUADERNO 3; FOLIO 1 AL 371 DEL CUADERNO 4; FOLIO 1 AL 406 DEL CUADERNO 5; FOLIO 1 AL 635 DEL CUADERNO 6; FOLIO 1 AL 171 DEL CUADERNO 7; FOLIO 1 AL 212 DEL CUADERNO 8; FOLIO 1 AL 318 DEL CUADERNO 9 Y FOLIO 1 AL 112 DEL CUADERNO 9) [↑](#footnote-ref-11)
12. Folio 6 del c2 [↑](#footnote-ref-12)
13. Examen que deja ver el hueso y el cerebro [↑](#footnote-ref-13)