



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

**JUZGADO TREINTA Y OCHO ADMINISTRATIVO ORAL
CIRCUITO JUDICIAL BOGOTÁ D.C.
SECCIÓN TERCERA**

Juez: *ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE*

Bogotá D.C., siete (7) de mayo de dos mil diecinueve (2019)

Medio de Control: Reparación Directa
Radicación: 110013336038201500781-00
Demandantes: María Olivia Giraldo de Rodríguez y otros
Demandadas: Ministerio de Defensa Nacional y otros
Asunto: Fallo primera instancia

El Despacho pronuncia sentencia de primera instancia dentro del proceso de la referencia, dado que el trámite se agotó en su integridad y no se aprecia ningún vicio que invalide lo actuado.

I.- DEMANDA

1.- Pretensiones

Con la demanda se piden las siguientes declaraciones y condenas:

1.1.- Se declare a la **NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL** administrativamente responsable por los perjuicios causados a los demandantes **MARÍA OLIVIA GIRALDO DE RODRÍGUEZ, GERMÁN ÁLVARO RODRÍGUEZ GIRALDO, OSCAR HUMBERTO RODRÍGUEZ GIRALDO, CÉSAR HENRY RODRÍGUEZ GIRALDO** y **EDGAR ALBERTO RODRÍGUEZ GIRALDO**, con motivo de la muerte de Álvaro Rodríguez Granados ocurrida el 25 de agosto de 2013 por la supuesta falla en la atención médica que se le brindó en ese centro hospitalario.

1.2.- Se condene a las entidades demandadas a pagar a favor de los demandantes la cantidad de 100 SMLMV a cada uno de ellos.

Sede Judicial del CAN – Carrera 57 No. 43-91 Piso 5º
Correo: jadmin38bta@notificacionesrj.gov.co
Bogotá D.C.

2.- Fundamentos de hecho

Según lo reseñado en el escrito de demanda, el Despacho los sintetiza así:

2.1.- El 24 de agosto de 2013 el señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d) ingresó a las 8:30 am al servicio de urgencias del Hospital Central de la Policía Nacional, siendo diagnosticado como paciente de alto riesgo de muerte súbita por presentar dolor torácico típico de alta probabilidad de riesgo intermedio, síndrome coronario agudo tipo ianst con angina inestable.

2.2.- La anotación registrada en la historia clínica de que el paciente manifestó no aprobar la cirugía de revascularización es falsa porque en ningún momento expresó su negativa.

2.3.- Durante la permanencia en el servicio de urgencias del Hospital Central, esto es el día 24 de agosto de 2013 sólo hasta las 5:17 pm fue valorado por urología, cuyo especialista refirió que el paciente se encontraba estable.

2.4.- Las anotaciones realizadas en las páginas 29 y 30 de la historia clínica no son ciertas, porque hacen alusión a que se efectuaron valoraciones por cardiología cuando únicamente fue valorado horas antes de su deceso.

2.5.- Transcurrieron 28 horas entre el ingreso del paciente y la valoración por cardiología, porque sólo hasta la 1:02 am del 25 de agosto de 2013 lo vio el especialista, quien se abstuvo de practicar el cateterismo por la inestabilidad del paciente por cuanto consideró que no debía ser movilizado.

2.6.- Existen contradicciones en la historia clínica del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d), porque el personal médico en varias ocasiones hizo anotaciones de que su condición era estable, pero que por otro lado el especialista de cardiología dio otro concepto de la condición de salud del paciente como inestable.

2.7.- En vista de la condición de salud de estabilidad del paciente anotada en varias oportunidades por el personal médico de urgencias se desvirtúa la condición de inestabilidad aludida por el especialista de cardiología, por lo que considera que ésta circunstancia no fue una justificación válida para no realizar el procedimiento de cateterismo.

2.8.- El personal médico del servicio de urgencias se abstuvo de remitirlo a la Unidad de Cuidados Coronarios.

2.9.- Las anteriores circunstancias llevaron al deceso del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d), por lo que acuden a este medio de control para perseguir su indemnización por falla del servicio médico.

3.- Fundamentos de derecho

El apoderado de la parte actora señaló el preámbulo, los artículos 1, 2, 5, 6, 11, 12, 13, 22, 88, 90, 93, 95, 124 y 365 de la Constitución Política de Colombia.

II.- CONTESTACIÓN

2.1.- Policía Nacional – Dirección de Sanidad

El apoderado judicial designado por esta entidad contestó la demanda con escrito radicado el 28 de noviembre de 2016¹, en el que se opuso a lo pretendido. La mayoría de los hechos los puso en entredicho. Dentro del mismo escrito formuló como defensa la excepción denominada “Ausencia de falla médica por cumplimiento de guías y protocolos médicos”.

La anterior excepción la fundamentó en que la Dirección de Sanidad, a través del Hospital Central, brindó al paciente una atención acorde a las características de calidad, por lo que alegó que en el presente caso no se configura la falla del servicio médico.

Refirió que desde el momento en que el paciente ingresó al Hospital Central, es decir el día 24 de agosto de 2013, se le dio un manejo anti-isquémico, antiagregante dual junto con los paraclínicos y los estudios imagenológicos ordenados por el médico tratante. A su vez, narró que se explicó a los familiares sobre la monitorización estricta, continua y que posteriormente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, por cuanto su sintomatología se contrajo a un infarto agudo de miocardio extenso con arritmia ventricular secundaria.

Que al día siguiente el 25 de agosto de 2013 a las 9:30 am presentó bradicardia severa con bloqueo completo, por lo cual afirmó que se le dio un manejo

¹ Folios 175 a 178 del Cuaderno 1

adecuado porque le colocaron marcapasos transitorios con buena aceptación. A su vez, informó que si bien es cierto que no se había registrado nota de valoración por parte del cardiólogo, sí le fue comentada la epicrisis del paciente por parte del médico internista conforme a lo registrado por él en la evolución N° 6 del 24 de agosto de 2013 a las 4:58 pm.

Y que posteriormente, el 25 de agosto de 2015 a las 1:02 pm el especialista en cardiología sí realizó la valoración médica del paciente por cuanto él mismo realizó electrocardiograma.

Que después presentó dos episodios de paro cardíaco, de manera que fue reanimado de forma inmediata pero que lamentablemente continuó en un coma profundo con inestabilidad hemodinámica aun cuando estaba con alto soporte vasopresor. Sin embargo, pese a todas las medidas presentó asistolia irresistible lo que ocasionó su deceso.

En este sentido, explicó que el cateterismo cardíaco es un medio diagnóstico que no garantiza un tratamiento de angioplastia efectivo, por lo tanto hizo énfasis en que el paciente entró en franca descompensación y por tales razones alega que no se puede concluir que la no realización del procedimiento dentro de las 12 horas fue lo que ocasionó el agravamiento del paciente.

Apoiado en literatura médica expuso que hay varios estudios que demuestran que las causas de muerte en pacientes octogenarios estuvieron directamente relacionadas con el evento coronario agudo y partiendo de éste análisis sostuvo que el deceso del paciente fue una consecuencia de la severidad del cuadro, lo cual relaciona la mayor mortalidad del síndrome coronario agudo en este grupo de edad.

En consecuencia, solicita al Despacho denegar las pretensiones.

III.- TRÁMITE DE INSTANCIA

La demanda fue presentada el 17 de noviembre de 2015⁷ correspondiéndole por reparto a este Despacho, por lo que, mediante auto de 9 de febrero de 2016⁸, se

⁷ Folio 79 del Cuaderno I

⁸ Folio 81 del Cuaderno I



admitió la demanda de reparación directa presentada y se dispuso que se hicieran las notificaciones del caso.

El 8 de septiembre de 2016¹⁰ se practicaron las notificaciones vía correo electrónico a la Procuraduría 80 Judicial Administrativa de Bogotá, a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, al Ministerio de Defensa y a la Policía Nacional.

Entre los días 27, 28 y 30 de septiembre de 2016¹¹ se surtieron las diligencias de notificación por medio de la empresa de correo postal, al Hospital Central, a la Policía Nacional, a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y a la Procuraduría 80 Judicial Administrativo de Bogotá D.C., respectivamente.

Igualmente, se corrieron los traslados previstos en los artículos 172 y 199 del CPACA desde el 9 de septiembre al 29 de noviembre de 2017. La demandada dio contestación a la demanda formulando a su vez excepciones de mérito contra la prosperidad de las pretensiones.

El 3 de abril de 2018¹², se realizó la audiencia inicial prevista en el artículo 180 del CPACA, en la cual se evacuaron los tópicos de saneamiento, excepciones previas, fijación del litigio, se exhortó a las partes para que conciliaran sus diferencias sin existir ánimo conciliatorio y se decretaron las pruebas documentales allegadas al proceso y las testimoniales solicitadas por la parte demandada.

Luego, en audiencia del 24 de julio de 2018¹³ el Despacho ante la inasistencia de los testigos resolvió prescindir de los mismos. En dicha oportunidad procesal, se declaró finalizada la etapa probatoria, y se corrió traslado para presentar alegatos de conclusión. El mismo término se concedió al Ministerio Público para que rindiera su concepto.

¹⁰ Folios 85 a 91 del Cuaderno 1

¹¹ Folios 96 a 110 del Cuaderno 1

¹² Folios 187 a 190 del Cuaderno 2 incluido 1 CD-R contentivo de la audiencia inicial del 3 de abril de 2018

¹³ Folios 196 a 198 del Cuaderno 2 incluida 1 CD-R contentivo de la audiencia de pruebas del 24 de julio de 2018.

IV.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.- Demandante

El apoderado judicial de parte actora el 6 de agosto de 2018¹⁹ presentó sus alegatos de conclusión. Hizo alusión a planteamientos similares a los consignados en el escrito de la demanda, motivo por el cual el Despacho no encuentra necesario hacer resumen de los mismos.

V.- CONSIDERACIONES

1.- Competencia

Este Juzgado es competente para conocer el presente asunto, conforme lo señalado en los artículos 140, 155 numeral 6 y 156 numeral 6 del CPACA.

2.- Problema Jurídico

Al Despacho le corresponde determinar si la **NACIÓN- MINISTERIO DE DEFENSA- POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL** es administrativamente responsable por los daños y perjuicios invocados por los demandantes, con ocasión a la muerte del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.), la cual se atribuye a una falla en la prestación del servicio médico por parte del ente demandado.

3.- Presupuestos de la responsabilidad

Con relación a la responsabilidad del Estado, la Carta Política de 1991 produjo su “*constitucionalización*” al erigirla como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación o interés.

De lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado, se desprende que ésta tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por

¹⁹ Folios 199 a 201 del Cuaderno 1



su acción como por su omisión, ya sea atendiendo a los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional o cualquier otro.

En síntesis, la responsabilidad extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico y de su imputabilidad a la Administración. El daño consiste en el menoscabo del interés jurídico tutelado y la antijuridicidad del mismo en que ese daño no debe ser soportado por el administrado, ya sea porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o, porque es “irrazonable” sin depender “de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración.”²⁶.

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas – daño especial, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto, tal como lo ha determinado el precedente del Consejo de Estado:

“(…) La circunstancia de que los hechos relatados en la demanda sean constitutivos de una falla del servicio, o conformen un evento de riesgo excepcional o puedan ser subsumidos en cualquier otro régimen de responsabilidad patrimonial de los entes públicos, es una valoración teórica que incumbe efectuar autónomamente al juzgador, como dispensador del derecho ante la realidad histórica que las partes demuestren (...)”²⁷.

Finalmente, debe considerarse que la responsabilidad extracontractual no puede ser concebida simplemente como una herramienta destinada a la reparación, sino que debe contribuir con un efecto preventivo que permita la mejora o la optimización en la prestación, realización o ejecución de la actividad administrativa globalmente considerada.

4.- Régimen de imputación derivado de la actividad médica

En lo que respecta al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, lo cual impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino también la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, sin perjuicio de que en los

²⁶ Consejo de Estado- Sentencia de 23 de septiembre de 2009, Exp. 17.986.

²⁷ Consejo de Estado- Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.



casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva²⁸.

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

“...los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, (...), por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz.”²⁹

Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la “*lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz*”, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integralidad en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional indica que:

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada.”³⁰

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que corresponde a:

“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento,

²⁸ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección 3ª SUBSECCIÓN A – Consejera Ponente Marta Nubia Velásquez Rico (E) Sentencia 13 de noviembre de 2018 Expediente N° 66001-23-31-000-2010-00039-01(47680).

²⁹ Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera- Subsección C, C.P.: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., 2 de mayo de 2018. Rad. 68001-23-31-000-2000-02504-01(39038) Actor: José Antonio Hernández Camacho Y Otro Demandado: Caja Nacional De Previsión Social - Cajanal Y Otros Referencia: Acción De Reparación Directa- Apelación Sentencia.

³⁰ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social”³¹

A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

“Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incomoda.

“Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

-Debe ser integral:

“(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento³², así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente³³ o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.”³⁴

En ese sentido, la Sala ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

“La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo – llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del

³¹ Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006

³² “Que comprende, a su vez, diversas obligaciones: a) de habilidad y diligencia, referida la primera a aquellos supuestos en los que produzca un daño antijurídico como consecuencia de un diagnóstico, intervención o atención médica en un campo para el que el profesional, o la institución médica no tenga la aptitud o el personal idóneo en la especialidad necesaria, o de no consultar con un especialista, o de incumplirse el deber de aconsejar la remisión del paciente; b) obligación de medio técnicos, consistente en la existencia del material adecuado “para que el trabajo a realizar pueda efectuarse en condiciones normales de diagnóstico y tratamiento”; así como en el “mantenimiento en correcto estado de funcionamiento de los aparatos”, ámbito en el que cabe incluir la profilaxis necesaria, y; c) obligación de continuidad en el tratamiento”. FERNÁNDEZ HIERRO, José Manuel. Sistema de responsabilidad médica., ob., cit., pp.257 a 269.

³³ En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004.

³⁴ Corte Constitucional, sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; T- 421 de 2007

secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)³⁵

Entonces, para que exista responsabilidad administrativa y patrimonial del Estado por daño proveniente en la actividad médica, deben cumplirse de forma concurrente los siguientes presupuestos:

- i)** Un daño antijurídico.
- ii)** La ocurrencia de un hecho, operación u omisión atribuible a la entidad demandada, que constituya una falla en el servicio médico (título de imputación).
- iii)** Que exista relación de causalidad entre dicha falla médica y el daño realmente producido (imputación y nexo causal).

Recientemente, el Consejo de Estado en su precedente jurisprudencial ha establecido en qué eventos es imputable la falla del servicio médico bajo el título de imputación objetiva, así:

“(…) En efecto, tratándose de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión actividades médico-asistenciales, según jurisprudencia de esta Corporación, la responsabilidad patrimonial que se le atribuye al Estado bien puede ser analizada bajo el régimen de la falla probada del servicio, a lo cual se ha agregado que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello implica, el nexo de causalidad puede acreditarse por diversas vías, en especial mediante la utilización de indicios, que no en pocas ocasiones constituyen el único medio probatorio que permite establecer la presencia de la falla del servicio endilgada³⁶.

De otra parte, esta Sala también ha considerado que, en el marco de las actividades médico-sanitarias, existen situaciones que pueden regirse por el esquema de la responsabilidad objetiva, dada la peligrosidad que revisten ciertos elementos y procedimientos médico quirúrgicos, sin que con ello se hubiere pretendido desconocer que la responsabilidad médico-hospitalaria se encuentra asentada sobre la base de un criterio subjetivo, por lo que mal haría la jurisprudencia contencioso administrativa en tildar a la medicina como una actividad riesgosa.

(…)

³⁵ Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

³⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 20 de febrero de 2008, M.P. Ramiro Saavedra Becerra, exp 15.563. “(…) la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño”.

No obstante lo anterior, esta Corporación también ha considerado³⁷, a modo de excepción, que dentro del ejercicio de la actividad médica existen varios escenarios en los cuales resulta posible predicar la existencia de un régimen objetivo de responsabilidad. En efecto, en relación con algunos eventos susceptibles de ser estudiados bajo el régimen objetivo de responsabilidad, se ha precisado que éstos pueden ser:

- i) Aquellos eventos que implican la manipulación de cosas peligrosas, o que el procedimiento o el tratamiento empleado entrañe peligro, pero siempre y cuando la herramienta riesgosa cause el daño de manera directa o por ella misma, pues si la lesión es producto de una ejecución irregular del acto médico, aunque medie un instrumento que represente peligro o riesgo, el caso específico estará regido por la responsabilidad subjetiva o de falla en el servicio.
- ii) Cuando un medicamento, tratamiento o procedimiento que implique o conlleve un progreso en la ciencia y, por lo tanto, se considere novedoso, se desconozcan las consecuencias o secuelas del mismo a largo plazo³⁸;
- iii) Cuando en el acto médico se empleen químicos o sustancias peligrosas (v.gr. eventos de medicina nuclear);
- iv) En supuestos de vacunas, porque se asume de manera implícita su eventual peligrosidad y reacciones adversas en los diferentes organismos y³⁹;
- v) Cuando el daño sea producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria⁴⁰.

Los eventos antes señalados han sido decididos por esta Sección del Consejo de Estado por un régimen de responsabilidad objetivo⁴¹ y, en consecuencia, se ha precisado que no resulta relevante determinar si el comportamiento de la entidad fue diligente o cuidadoso, por cuanto es el riesgo asociado con el ejercicio de dichas actividades lo que produce en el plano fáctico o causal el daño antijurídico por el que se demanda. (...) ⁴²

³⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia proferida el 27 de junio de 2012, exp. 21.661 M.P. Mauricio Fajardo Gómez. En similar sentido consultar también: Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 24 de marzo de 2011, exp. 20.836, C.P. Enrique Gil Botero.

³⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 25 de enero de 2017, exp. 36.816, M.P. Hernán Andrade Rincón. En aquella oportunidad se declaró la responsabilidad de una institución hospitalaria por la quemadura a un paciente con un bisturí eléctrico.

³⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencias proferidas el 28 de septiembre de 2012, exp. 22.424 y el 30 de abril de 2014, exp. 29.566, ambas con ponencia de la Consejera Stella Conto Díaz del Castillo.

⁴⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencias proferidas el 25 de junio de 2014, exp. 30.583 y el 11 de junio de esa misma anualidad, exp. 27.089, ambas con ponencia del Consejero Hernán Andrade Rincón.

⁴¹ modo de ejemplo, en la sentencia de 19 de agosto de 2009, exp. 17.733, M.P. Enrique Gil Botero, la Sección Tercera de esta Corporación disertó de la siguiente forma: “Así mismo, se hace claridad en que los daños derivados de: infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, la aplicación de vacunas, el suministro de medicamentos, o el empleo de métodos terapéuticos nuevos y de consecuencias poco conocidas todavía, constituyen lesiones antijurídicas que se analizan dentro de los actos médicos y/o paramédicos, y que, por consiguiente, se rigen por protocolos científicos y por la lex artis; en consecuencia, si bien gravitan de manera cercana a la obligación de seguridad hospitalaria, no pueden vincularse con la misma, motivo por el que en su producción no resulta apropiado hacer referencia técnicamente a la generación de un evento adverso. Por el contrario, aquéllos constituyen daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados –y así ha sido aceptado por la mayoría de la doctrina y jurisprudencia extranjeras– desde una perspectiva objetiva de responsabilidad, razón por la que no tendrá relevancia jurídica la acreditación de que la entidad hospitalaria actuó de manera diligente o cuidadosa, sino que lo determinante es la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico y sanitario brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias”.

⁴² Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección 3ª. Subsección A. Consejera Ponente María Adriana Marín (E). Expediente N° Radicación número: 25000-23-26-000-2004-02010-01(41390). Sentencia 26 de abril de 2018.

5.- Caso en concreto

Los señores **MARÍA OLIVIA GIRALDO DE RODRÍGUEZ, GERMÁN ÁLVARO RODRÍGUEZ GIRALDO, OSCAR HUMBERTO RODRÍGUEZ GIRALDO, CÉSAR HENRY RODRÍGUEZ GIRALDO** y **EDGAR ALBERTO RODRÍGUEZ GIRALDO** interpusieron demanda en contra de la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – POLICÍA NACIONAL – HOSPITAL CENTRAL**, con ocasión de la muerte del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.), la cual se atribuye a una falla en la prestación del servicio médico por parte del ente demandado.

Aduce la parte actora, que las entidades demandadas no le ofrecieron a su familiar la atención médica que requería ese tipo de enfermedad consistente en que no le fue realizado un cateterismo que necesitaba el paciente, no fue remitido a la Unidad de Cuidados Coronarios, ni fue atendido de forma inmediata por el cardiólogo, cuyas circunstancias conllevaron al deceso del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.).

De igual manera, alegaron que era factible practicarle aquel procedimiento porque el paciente en sus primeras horas estaba estable y que en ningún momento el señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.) se negó a la realización de la cirugía de revascularización.

Pues bien, en criterio del Despacho se encuentra demostrado el daño referido en la demanda, esto es, la muerte del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.). En efecto, el respectivo Registro Civil de Defunción indica que él falleció el día 25 de agosto de 2013⁶⁴ dentro de las instalaciones de la referida institución hospitalaria .

Se encuentra acreditado igualmente que el señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.) ingresó al servicio de urgencias del Hospital Central el día 24 de agosto de 2013 siendo valorado a las 10:56:52 am con un cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado como dolor torácico tipo opresivo 7/10 en la escala analgésica de la OMS y localizado a nivel retroesternal irradiado en el dorso torácico⁶⁵. De igual manera, desde su ingreso al servicio de urgencias registraba como signos vitales una tensión arterial (TA) en 121/79, una frecuencia cardiaca (FC) en 68X4, una frecuencia respiratoria (FR) en 20x4m, la temperatura (T)

⁶⁴ Folio 11 del Cuaderno I

⁶⁵ Vuelto folio 121 del Cuaderno I

37°C, una saturación de oxígeno (SpO₂) 90% y con una fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) de 21%⁶⁶.

Bajo el anterior panorama, desde un principio el paciente fue diagnosticado con alto riesgo de muerte súbita. Lo anterior se estableció así porque al momento de ingresar ya presentaba dolor torácico de alta probabilidad de riesgo intermedio para síndrome coronario agudo tipo iamnst con una angina inestable de alto riesgo y con una taquiarritmia igualmente de alto riesgo.

Advierte este Despacho, que se trataba de un paciente de 86 años de edad sin que registrara antecedentes conocidos de enfermedad cardiovascular o de diabetes, por tales razones se evidencia que fue atendido de forma inmediata, pues su atención fue bajo el código azul⁶⁷.

La literatura médica reseña que el código azul es un sistema de alarma que implica el manejo de los pacientes en paro cardio-respiratorio por un grupo entrenado, por lo cual el procedimiento se debe efectuar en el menor tiempo posible⁶⁸.

De manera que dentro del acervo probatorio se encuentra demostrado que de forma inmediata el médico internista Domar David Barrios Martínez dio un manejo antianginoso, anticoagulante, permaneciendo el paciente en la sala de reanimación de urgencias, debido a que él presentó episodio de síncope asociado con diaresis, taquicardia ventricular y arritmia.

Luego, horas después del día 24 de agosto de 2013 en la evolución registrada a las 1:00:32 pm⁶⁹ el mismo médico internista al observar que el paciente presentó una segunda arritmia inestable con diaforesis asociada al episodio emético, en seguida le dio manejo con goteo antiarrítmico amiodarona comoquiera que presentaba una frecuencia cardíaca de 40-50x4 persistiendo el alto riesgo de bloqueo cardíaco y de muerte súbita. A su vez, obra registro de que el Dr. Domar David Barrios Martínez comentó el caso con el cardiólogo de turno, quien avaló el manejo médico anti isquémico, que ya se había iniciado, y de amiodarona.

⁶⁶ Vuelto folio 121 del Cuaderno I

⁶⁷ Folio 122 del Cuaderno I

⁶⁸ Consulta efectuada en la página web <http://esenorte3.gov.co/wp-content/uploads/2018/05/protocolo-codigo-azul.pdf>

⁶⁹ Vuelto folio 124 del Cuaderno I

Posteriormente, el médico internista José Alfonso Hurtado Palomino a las 1:32:32 pm del día 24 de agosto de 2013⁷⁰ continuó con el manejo anti isquémico apoyado con concepto de cardiología. A su vez, de la anotación allí consignada también se desprende que el paciente no aprobó la cirugía de revascularización presentando de nuevo otro episodio de arritmia causándole deterioro de su estado de conciencia y neurológico lo que requirió intubación orotraqueal siendo conectado con ventilación mecánica.

Luego, el mismo día 24 de agosto de 2013 a las 3:04:43 pm al presentar infarto agudo del miocardio el paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos UCI⁷¹, por lo que fue tratado con terapia respiratoria integral incluida la percusión, vibración, drenaje postural, succión, micro nebulización, acelerador de flujo, tos asistida y ejercicios respiratorios⁷².

Sin dilación, se desprende que a las 3:50:55 pm fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central, con el siguiente cuadro clínico: Paciente de 86 años que ingresó con diagnóstico⁷³ de síndrome coronario agudo tipo infarto agudo del miocardio sin elevación del segmento ST vs angina inestable de alto riesgo, taquiarritmia, catalogado como paciente de alto riesgo de muerte súbita. Frente a ello, el médico de la especialidad de neurociencias, Dr. Gabriel Adolfo Centanaro Meza le ordenó sedación, manejo anti isquémico patológico, soporte avanzado de UCI, ecocardiograma y cateterismo cardiaco, apoyado en el concepto de cardiología.

Más tarde a las 5:17:40 pm se intentó pasar sonda vesical sin éxito por estrechez uretral siendo valorado por urología a las 5:47:30 pm por el Dr. Wilfredo Donoso Donoso, en atención a lo cual se realizó dilatación del meato uretral, dejando sonda foley 16 FR bajo recomendaciones médicas.

Advierte el Despacho, que el mismo médico anestesiólogo Dr. Carlos Jaime Hurtado Hurtado, el 25 de agosto de 2013 efectuó valoración del paciente a las 6:46:26 am en la cual constató el regular estado con infarto agudo de miocardio, sumado a que en la noche requirió soporte hemodinámico con norepinefrina, soporte ventilatorio y que a su vez presentó como signos vitales una tensión arterial de 90/50, una frecuencia cardíaca (FC) de 74, una frecuencia

⁷⁰ Vuelto folio 125 del Cuaderno I

⁷¹ Folio 127 del Cuaderno I

⁷² Vuelto folio 128 del Cuaderno I

⁷³ Vuelto folio 128 del Cuaderno I



respiratoria (FR) de 14, una saturación de oxígeno (SPO2) de 91%, afebril, troponina positivo, con bloqueo de rama derecha del corazón y con bloqueo auriculoventricular (AV) de primer grado. Se continuó con manejo cardiovascular y respiratorio.

Más adelante, a las 9:30 am del día 25 de agosto de 2013⁷⁴ presentó bradicardia severa con pulso y bloqueo completo, por lo que al suministrarse atropina sin resultado, en seguida procedieron a colocar marcapasos externos transitorios con la verificación del buen funcionamiento a las 10:15 am. Es de destacar, que en este instante fue informado de nuevo a la familia el pronóstico de alta probabilidad de muerte.

Después a las 12:39:04 pm, el médico internista Gabriel Adolfo Centanaro Meza diagnosticó que el paciente presentó varios episodios de paro cardíaco respecto de los cuales fue reanimado pero que lamentablemente ya se encontraba en un coma profundo, anúrico, acidótico, hipotenso e inestable hemodinámicamente a pesar del alto soporte vasopresor y de otras medidas avanzadas⁷⁶. En este instante fue valorado por cardiología, cuyo especialista consideró la indicación de cateterismo cardíaco pero que en el momento estaba muy inestable para ser movilizado y que su pronóstico era ominoso con alta probabilidad de daño cerebral severo secundario y con muy alta probabilidad de muerte⁷⁷.

De lo probado en el proceso, se tiene que aun cuando se continuó con el manejo de cuidados intensivos se observó un deterioro notorio de la condición física en horas de la mañana del 25 de agosto de 2013, pues presentó arritmia y entró en paro cardiorrespiratorio, por lo cual fue entubado con alto soporte inotrópico.

En estas circunstancias el día 25 de agosto de 2013 a las 1:02:46 pm⁷⁸ el cardiólogo apoyado en el ecocardiograma evidenció dilatación leve de la aurícula izquierda, ventrículo izquierdo con diámetros 43 y 38 sistólico y diastólico respectivamente, con función sistólica severamente deprimida con FEVI de 20%. De manera que ante las precarias posibilidades de éxito el médico tratante explicó la situación crítica del paciente a los familiares⁷⁹.

⁷⁴ Folio 133 del Cuaderno I

⁷⁶ Folio 135 del Cuaderno I

⁷⁷ Folio 135 del Cuaderno I

⁷⁸ Folio 136 del Cuaderno I

⁷⁹ Vuelto folio 136 del Cuaderno I

Lamentablemente, a las 4:16 pm el señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.) presentó asistolia irreversible y choque cardiogénico⁸⁰, lo que conllevó a su deceso.

El material probatorio obrante en el proceso permite evidenciar que el **HOSPITAL CENTRAL** no incurrió en ninguna falla médica determinante en la muerte del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.), ya que por el contrario el aludido centro asistencial brindó desde un principio un servicio médico oportuno, idóneo y acorde con las necesidades clínicas del paciente, tan pronto como ingresó al servicio de urgencias del hospital, al presentar en un comienzo un cuadro de 6 horas de evolución de dolor torácico tipo opresivo 7/10 en la escala analgésica de la OMS y localizado a nivel retroesternal irradiado en el dorso torácico⁸¹.

Obra en el expediente igualmente que explicaron a los familiares el procedimiento a seguir, en el cual se contemplaba el cateterismo, pero que debido a su inestabilidad no era posible practicarlo, de manera que aquel no se llevó a cabo no solo por el riesgo que la intervención representaba, sino porque al evaluar ciertos factores como la edad del paciente y los diferentes episodios de arritmia cardíaca, así como los varios paros cardíacos presentados junto con el infarto agudo padecido, hizo que ambos especialistas, tanto de anestesiología como de cardiología, llegaran a la conclusión que de momento dicho procedimiento no era viable.

Así las cosas, es claro que el personal médico de la entidad demandada no solo estableció diagnósticos acertados desde la primera valoración, sino que frente a cada cuadro y síntoma que presentaba el paciente, se adoptaron las medidas adecuadas tendientes a contrarrestar la patología encontrada.

Aunado a lo anterior, las valoraciones hechas por los profesionales de la salud permiten establecer que si no se le hizo el cateterismo al paciente en las primeras horas de ingreso al servicio de urgencias del Hospital Central, no obedeció a un error en el actuar médico, ni a la falta de aplicación de los tratamientos necesarios, sino a los riesgos propios que surgieron del grave estado de salud en que se encontraba el señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.).

⁸⁰ Vuelto folio 138 del Cuaderno 1

⁸¹ Vuelto folio 121 del Cuaderno 1



Consideran los demandantes que el deceso el señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.) es atribuible única y exclusivamente al ente hospitalario, debido a que no fue realizado el cateterismo y porque no lo remitieron a la Unidad de Cuidados Coronarios.

Esta es la oportunidad precisa para recordar que bajo el título de imputación de falla médica el *onus probandi* sigue estando en cabeza de la parte actora, lo que significa que en este caso los demandantes no podían conformarse con afirmar la existencia de fallas en la prestación de servicios médicos, sino que han debido suministrar medios de prueba idóneos para desvirtuar que el tratamiento brindado señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.) fue en efecto el correcto.

Así, ya que la patología que afectó la salud del paciente era de alto riesgo de mortalidad, que el mismo fue atendido bajo el código azul que es un sistema de alarma que implica el manejo de los pacientes en paro cardio-respiratorio y que la obligación de los médicos y del centro hospitalario es de medios y no de resultados, la satisfacción de la carga de la prueba en este caso era de suma importancia, pues no podía conformarse la parte actora con aportar copia de la historia clínica del paciente, en espera de que el operador judicial analice todos y cada uno de los pasos seguidos durante el tratamiento de enfermedades cardiacas que desarrolló el Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.), a fin de determinar en qué parte pudieron equivocarse los galenos.

Ante un asunto de tanta complejidad como este, en el que fallece un paciente que padece enfermedades cardiacas y dada la avanzada edad del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.), los reparos efectuados por la parte actora al tratamiento ofrecido por el centro asistencial demandado, sin más respaldo probatorio que la copia de la historia clínica, en realidad en nada contribuyen a acoger las pretensiones de la demanda.

Por otra parte, los accionantes quieren configurar la falla del servicio con base en que entre los días 24 y 25 de agosto de 2013 en ningún momento el paciente se negó a practicarse la cirugía de revascularización.

Sobre este aspecto, es del caso advertir que si bien el médico internista José Alfonso Hurtado Palomino a las 1:32:32 pm del día 24 de agosto de 2013⁸² continuó con el manejo anti isquémico apoyado con concepto de cardiología y a

⁸² Vuelto folio 125 del Cuaderno 1

su vez, dejó constancia que el paciente no aprobó la cirugía de revascularización, lo cierto es que a esta hora ya había presentado un segundo episodio de arritmia causándole deterioro de su estado de conciencia y neurológico lo que requirió intubación orotraqueal siendo conectado con ventilación mecánica.

Frente a este cuestionamiento dirá el Juzgado que tampoco sirve para determinar que el deceso del paciente obedeció a una falla médica o a una falla en la prestación del servicio médico. Si los actores dudaban de la veracidad de lo allí consignado han debido tachar oportunamente la autenticidad de la historia clínica, pero no conformarse con tratar de sembrar la deuda en torno a ello, ya que procedimentalmente ello no opera de esa forma.

De manera que no obra prueba que tal procedimiento estuviere prescrito por los médicos internistas que atendieron al paciente y en caso de ser cierto, tampoco se demostró que en esas lamentables condiciones era factible su práctica y que con ello hubiera podido salvar su vida.

De otro lado, es de destacar que entre los días 24 y 25 de agosto de 2013, los médicos internistas Domar David Barrios, Martínez José Alfonso Hurtado Palomino, así como el médico de la especialidad de neurociencias, Dr. Gabriel Adolfo Centanaro Meza, le dieron manejo a los diagnósticos del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.) con apoyo del cardiólogo de turno.

Posteriormente, el día 25 de agosto de 2013 a las 1:02:46 pm⁸³ el mismo cardiólogo, apoyado en el ecocardiograma evidenció dilatación leve de la aurícula izquierda, ventrículo izquierdo con diámetros 43 y 38 sistólico y diastólico respectivamente, con función sistólica severamente deprimida con FEVI de 20%.

Basado en el estado crítico del paciente el cardiólogo explicó a los familiares las precarias posibilidades de éxito, pero indicó que quedaba abierta la posibilidad en remitirlo a la Unidad de Cuidados Coronarios si se estabilizaba⁸⁴. Luego, no es de recibo el señalamiento de los demandantes relativo a que no existió valoración por la especialidad de cardiología, comoquiera que todo el manejo brindado al señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.) fue comentado a ese especialista.

⁸³ Folio 136 del Cuaderno 1

⁸⁴ Vuelto folio 136 del Cuaderno 1



Pues bien, el que las autoridades médicas hayan considerado en algunos momentos del tratamiento que el paciente podía ser cateterizado o remitido a la Unidad de Cuidados Coronarios, ello por sí solo no constituye la materialización de una falla médica o una falla en la prestación del servicio médico. Se supone que esa decisión fue asumida por los especialistas que trataron al paciente, con base en el cuadro clínico que en su momento presentaba el mismo, y que por tanto existían las condiciones necesarias para ello. Por lo mismo, si la parte actora cuestiona ese proceder, ha debido explicar por qué razón lo decidido convenía a la salud del enfermo, y además de ello probar que ello en realidad afectó de forma importante su estado de salud. Sin embargo, la ausencia de pruebas impide conferirle la razón a los actores, cuya actividad probatoria fue muy escasa, carente de un soporte científico que avalara la hipótesis de los demandantes.

Por lo tanto, este estrado judicial no encuentra ningún elemento de juicio para atribuir a la entidad demandada responsabilidad administrativa por el deceso del señor Álvaro Rodríguez Granados (q.e.p.d.), razón por la cual se negarán las pretensiones de la demanda.

6.- Costas

El artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo prescribe que *“la sentencia dispondrá sobre la condena en costas”*. En este caso el Despacho considera procedente condenar en costas a la parte vencida, motivo por el cual con fundamento en el Acuerdo No. PSAA16-10554 de 5 de agosto de 2016 *“Por el cual se establecen las tarifas de agencias en derecho”*, expedido por la Presidencia del Consejo Superior de la Judicatura, condenará en costas a la parte demandante, por lo que se fija como agencias en derecho el equivalente a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta y Ocho Administrativo Oral – Sección Tercera del Circuito Judicial de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

F A L L A

PRIMERO: DENEGAR las pretensiones de la demanda de **REPARACIÓN DIRECTA** promovida por **MARÍA OLIVIA GIRALDO DE RODRÍGUEZ, GERMÁN ÁLVARO RODRÍGUEZ GIRALDO, OSCAR HUMBERTO RODRÍGUEZ**

Sede Judicial del CAN – Carrera 57 No. 43-91 Piso 5°
Correo: jadmin38bta@notificacionesrj.gov.co
Bogotá D.C.

GIRALDO, CÉSAR HENRY RODRÍGUEZ GIRALDO y EDGAR ALBERTO RODRÍGUEZ GIRALDO contra la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – POLICÍA NACIONAL - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL.**

SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte demandante. Fijar como agencias en derecho el equivalente a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Liquidense.

TERCERO: ORDENAR la liquidación de los gastos procesales, si hay lugar a ello. Una vez cumplido lo anterior archívese el expediente dejando las anotaciones del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE
Juez 38 Administrativo Bogotá D.C

dmap