



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

Juez: *ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE*

Bogotá D.C., veinte (20) de septiembre de dos mil veintitrés (2023)

Medio de Control: Reparación Directa
Expediente: 110013336038201800217-00
Demandante: Beatriz Mendoza Bautista y otros
Demandado: Nación - Ministerio de Defensa - Ejército Nacional y Hospital Militar Central
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 que la NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - EJÉRCITO NACIONAL y el HOSPITAL MILITAR CENTRAL son administrativa y patrimonialmente responsables por los daños antijurídicos que le fueron causados al señor DANIEL PUENTES RODRÍGUEZ y sus familiares más cercanos, por la afectación en su salud y su posterior fallecimiento.

1.2.- Que como consecuencia de lo anterior se reconozca a favor de los demandantes las siguientes condenas: **i)** por daño moral el equivalente a 100 SMLMV¹ para su esposa e hijos BEATRIZ MENDOZA BAUTISTA, LUIS FERNANDO PUENTES MENDOZA, KAREN DANIELA PUENTES MENDOZA y DIANA KATHERIN PUENTES MENDOZA; 50 SMLMV para sus nietos HEYLLEN DANIELA PUENTES POVEDA y CELESTHE PUENTES QUICENO, EYLEM YISEL GOYENECHÉ PUENTES y JHON SEBASTIÁN GALINDO PUENTES; y 15 SMLMV para MÓNICA JOHANNA QUICENO TABARES y EDWIN HERNÁN OCTAVIO HASTAMORIR como terceros damnificados; **ii)** por daño moral a la víctima directa el equivalente a 100 SMLMV y por daño a la salud 400 SMLMV; y **iii)** para la esposa e hijos de la víctima directa la adopción de medidas simbólicas por concepto de daño a derechos constitucionales protegidos como la salud, estabilidad y unidad familiar.

1.3.- Se condene en costas a las demandadas.

2.- Fundamentos de hecho

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

2.1.- El señor Daniel Puentes Rodríguez, era beneficiario del Subsistema de Salud de las fuerzas militares y recibía los servicios de salud en el Hospital Militar Central, institución en la que en el año 2015 inició un tratamiento de hemodiálisis por disfuncionalidad de riñones, para lo cual le pusieron una fistula que fue cambiada en varias oportunidades por rechazo de la misma.

2.2.- En el mes de abril de 2016, el Hospital Militar Central retiró al señor Daniel Puentes Rodríguez en forma definitiva la fistula e instaló un catéter central, procedimiento en el que se infectó al paciente con la bacteria pseudomona, que es de origen intrahospitalario o nosocomial, lo que le generó a partir de ese momento

¹ Salario mínimo legal mensual vigente.

síntomas como vómito, deshidratación, dolor de cabeza e hinchazón, y a pesar de su mal estado de salud, los médicos del Hospital no lograban realizar un diagnóstico de la patología padecida.

2.3.- El 28 de abril de 2016, el señor Daniel Puentes Rodríguez asistió al Hospital Militar central a realizarse diálisis de rutina y el médico que lo atendió lo envió a urgencias de forma inmediata, por el delicado estado de salud en el que se encontraba, por lo que fue dejado en una camilla en observación para su evolución sin que fuera atendido en forma adecuada y sin acompañante, sin embargo, el médico de turno de la noche le dio salida sin importar que estuviera solo y sin tener medio de transporte.

2.4.- El 1° de mayo de 2016 el señor Puentes Rodríguez, estando en su lugar de residencia, inició con shock por descompensación de signos vitales, por lo que su esposa llamó una ambulancia para que fuera trasladado al Hospital Militar Central, donde tuvo que ser llevado a la UCI de cuidados intermedios para la búsqueda del diagnóstico, pues no se tenía certeza sobre la patología que padecía.

2.5.- Para la realización del diagnóstico el médico de turno ordenó un examen de cultivo de secreción al catéter central que le había sido instalado al señor Daniel Puentes Rodríguez, que arrojó como resultado la presencia de una infección por bacteria pseudomona (intra-hospitalaria o nosocomial). Se inició tratamiento con antibiótico, pero la bacteria ya tenía infectado en forma irreversible su organismo.

2.6.- Como tratamiento adicional se le pusieron al paciente 3 catéteres centrales y uno femoral, y a los 3 días presentó un neumotórax, en razón a que la bacteria afectó la pleura de los pulmones.

2.7.- El 11 de mayo de 2016 el médico intensivista le manifestó a la familia del señor Daniel Puentes Rodríguez que la bacteria ya estaba muy avanzada, que la posibilidad de recuperación era ínfima. En efecto, ese día falleció en el Hospital Militar Central como consecuencia de una *“...disfunción orgánica múltiple como consecuencia de choque séptico originado en una bacteriemia asociada a catéter venoso insertado para realizar hemodiálisis.”*.

2.8.- La afectación de la salud del señor Daniel Puentes Rodríguez y su posterior fallecimiento, por la infección con la bacteria pseudomona, le causó grave daño a su salud y perjuicios morales tanto a él como a su grupo familiar, trastocó la convivencia familiar, afectó seriamente sus actividades cotidianas y su derecho a una vida digna.

3.- Fundamentos de derecho

El apoderado de la parte demandante señaló como fundamentos jurídicos el artículo 90 de la Constitución Política, y nutrió este acápite con jurisprudencia del Consejo de Estado relativa al daño antijurídico y responsabilidad médica derivada de infecciones intra-hospitalarias o nosocomiales, entre la que destaca la sentencia de 11 de junio de 2014, dictada en el radicado No. 25000232600019980226801.

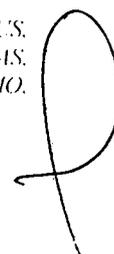
II.- CONTESTACIÓN

2.1.- Hospital Militar Central

El 12 de febrero de 2019², el apoderado judicial del Hospital demandado dio contestación a la demanda, para lo cual se opuso a la prosperidad de las pretensiones al considerar que no existe fundamento fáctico ni jurídico para ello, dado que el Hospital Militar Central a través del contratista RTS y los médicos especialistas asociados en dicha empresa, pusieron a disposición del señor Daniel Puentes todo el equipo técnico y humano con el que cuentan para tratar las diversas patologías diagnosticadas y que le afectaban su estado de salud³, brindando una atención

² Documento digital “002ContestacionDeLaDemanda”, del C7.

³ *“ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5. SÍNDROME NEFRÓTICO. DIABETES MELLITUS. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. GASTROPARESIA DIABÉTICA. HEMORRAGIA DE LAS DIGESTIVAS ALTAS. NEUMOPATÍA CRÓNICA. FIBRILACIÓN ARTICULAR. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. HIPOTIROIDISMO. ARTRITIS SEPTICA”*.



oportuna, racional, secuencial, eficaz, diligente, tratadas por personal idóneo, con amplia experiencia en el área de la medicina requerida, quienes de acuerdo con su criterio medico científico obraron diligentemente y de acuerdo a la *lex artis*.

Por ello, considero que su representado no puede ser considerado como administrativamente responsable por falla en la prestación del servicio de salud, dado que la enfermedad presentada por el paciente se sometió al tratamiento requerido, en el que era indispensable realizar diálisis con la instalación de catéter que se debió conservar instalado, con los riesgos inherentes que su uso acarrea, tales como la posibilidad de infección, máxime si se tiene en cuenta las condiciones personales de este paciente.

De otro lado, rechazó la mayoría de los hechos dado que, a grandes rasgos, considero que la parte demandante quiere hacer ver en su demanda que el paciente se encontraba en óptimo estado de salud, pues omitió informar su estado de salud real, el cual constata que se trataba de un paciente con múltiples comorbilidades graves y potencialmente mortales que iniciaron desde el año 2000, múltiples hospitalizaciones, cirugías, antecedentes familiares de importancia, y en especial, que se trataba de un paciente con enfermedad renal crónica, estadio 5, terminal, secundario a nefropatía diabética, pacientes sobre los que la literatura médica ha indicado que tienen una mortalidad por sepsis de 100 a 300 veces mayor que la población general.

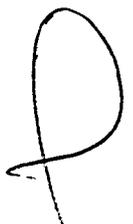
A su vez, propuso las excepciones de mérito que denominó:

.- "Inexistencia del daño, ruptura del nexo causal entre los hechos imputados en la demanda, las consecuencias señaladas por la parte actora y la actividad desplegada por el Hospital Militar Central": Asentada en que si bien el Hospital demandado se desempeña como Entidad Prestadora de Servicios en Salud para algunos eventos de la atención del Sr. Daniel Puentes, debe tenerse en cuenta que si lo reprochado en la demanda es una infección del catéter implantado para procedimiento de diálisis en la Unidad Renal, aquel no fue implementado por el Hospital sino por el contratista RTS SAS, quien es la empresa que presta servicios de Nefrología en la Unidad Renal.

Además, destacó que i) el señor Puentes padeció enfermedades graves y terminales que constituían serias comorbilidades y tenían seria incidencia en el sistema inmune que incrementaba el riesgo de padecer infección; ii) RTS SAS fue quien implantó los mecanismos necesarios para realizar el tratamiento con diálisis, utilizó los protocolos para minimizar riesgos de infecciones, el uso del catéter es mandatorio en procedimientos de diálisis y de antemano suponen riesgo inherente de infección, so pena de muerte del paciente; iii) la bacteria Pseudomona reportada en la historia clínica no es multirresistente sino que es sensible a los antibióticos de tal manera que no obligatoriamente puede catalogarse como Nosocomial o intrahospitalaria sino más bien, adquirida en la comunidad, esto es, por fuera del Hospital; iv) el paciente durante su atención registró deficientes hábitos de higiene personal y poca red de apoyo durante el tratamiento, situaciones que inciden en la posibilidad que la bacteria causante de infección haya sido adquirida en la comunidad, máxime si se tiene en cuenta que el paciente en los últimos días de su vida no tuvo larga estancia hospitalaria, aunado a su desobediencia en las recomendaciones médicas, entre las que se destaca la omisión de consultar por urgencias el 30 de abril cuando se le detectó el primer signo de fiebre, dejando pasar las primeras 6 horas que son importantes para un mejor control de la infección. Por ello, no existe relación causal entre la conducta médica y el resultado dañoso.

.- "Culpa exclusiva de la víctima": Fundada en que los galenos de la demandada no causaron ni las enfermedades, ni la evolución crónica de las mismas, sino que esto se debió a factores propios e intrínsecos del paciente, aspectos que los profesionales de la salud no podían evitar, por lo cual, si se presentó un resultado adverso para el paciente, este hace parte del riesgo que él mismo debe asumir, pues el grupo de médicos tratantes prestaron todos los servicios que estaban a su alcance.

Además, funda esta excepción en dos aspectos; el primero, en que el paciente omite dar cumplimiento a orden médica impartida por un galeno de RTS SAS durante la diálisis realizada el 30 de abril de 2016, cuando evidencia signos de infección, pues a pesar de remitirlo para urgencias, el paciente voluntariamente decidió retirarse para su



domicilio y tan solo hasta el 1° de mayo de 2016 a las 11:58 am consulta porque ve gravemente alterada su salud, de tal manera que por su culpa exclusiva dejó trascorrir las primeras 6 horas de tratamiento del proceso infeccioso, cuya primera manifestación fue la fiebre, primeras horas son de vital importancia por tratamiento temprano, lo que pudo evitar el desenlace para este paciente.

Y, el segundo fundado en que, según la historia clínica del paciente, en reiteradas notas se refiere deficiente hábito de aseo personal y escasa red de apoyo, lo que dificultó el tratamiento, de tal manera que queda probada la posibilidad de que la bacteria causante de la infección no sea de origen nosocomial, sino adquirida en la comunidad.

.- "Hecho de un tercero": Basada en que el paciente recibe atención por Nefrología debido a su falla renal en la Unidad que para tales efectos administra el contratista RTS SAS, con quien el Hospital Militar Central celebró el Contrato No. 358 de 2007, mediante el cual se contrata la adecuación, dotación y prestación del servicio de la Unidad Renal del Hospital Militar Central.

2.2.- RTS S.A.S. (Llamada en garantía por el Hospital demandado)

La apoderada de la llamada en garantía contestó la demanda a través de documento radicado el 3 de septiembre de 2019⁴, en el que se opuso a la prosperidad de las pretensiones al considerar que la atención que fue suministrada al señor Daniel Puentes Rodríguez se enmarcó dentro de los dictados de la ciencia médica aplicables al caso, sin que su fallecimiento sea imputable a acción u omisión de su mandante, encontrando su causa única y exclusivamente en sus graves y múltiples patologías de base y en sus condiciones personales y particulares.

Agregó que el paciente suscribió consentimiento informado, el que contempla dentro de los riesgos mediatos inherentes a la colocación del catéter central para hemodiálisis, la infección del orificio de entrada, así como la infección generalizada o sepsis, tal como se puede corroborar en la Guía para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica - ERC- basada en la evidencia; señaló que no se trata de un riesgo genérico derivado de la prestación de servicios de salud, sino que se trata de un riesgo propio, inherente al hecho de tener un catéter implantado, a través del cual se abre una comunicación directa entre el torrente sanguíneo y el exterior, facilitando que las bacterias habituales de cualquier ambiente (los de la comunidad, los de su piel y orificios naturales o los de los ambientes hospitalarios a los que por fuerza acude más de tres veces por semana) y que la piel intacta mantiene habitualmente controladas, puedan ingresar a la sangre y generar infecciones oportunistas, además en pacientes inmunosuprimidos por causa de la diabetes y de la misma insuficiencia renal.

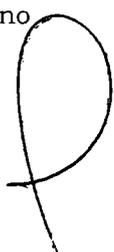
Es por ello que se le insiste al paciente y a su familia acerca de su cuidado, higiene y medidas de asepsia y antisepsia personales, para la prevención de la infección del acceso vascular, por lo que resultan fundamentales los hábitos de higiene personal del paciente, tal como es explicado y reforzado por parte del equipo interdisciplinario en salud de la Unidad Renal en cada visita y como concretamente se hizo en este caso y consta en la correspondiente historia clínica.

Además, hizo un relato de las atenciones prestadas al paciente para aducir que de forma deliberada en la demanda se omite indicar la difícil condición de salud y los comportamientos autodestructivos, pretendiendo hacer ver una familia unida y dedicada en torno a un padre enfermo que es algo absolutamente alejado de la realidad y que muestra el interés pecuniario que hoy los acompaña, pero no la dedicación, atención y cuidado que debieron proveerle en vida a su familiar y que el personal de salud de RTS insistentemente les reclamaba.

Como medios de defensa, propuso las excepciones que denominó:

.- "Inaplicabilidad del régimen de responsabilidad objetivo invocado": Fundada en que en el *sub lite* no se debe aplicar este régimen de responsabilidad, dado que la parte actora no

⁴ Documento digital "005ContestacionDeLaDemanda" del C7.



demonstró el origen del germen hallado en la humanidad del paciente, pues el riesgo de infección se encontraba relacionado con la enfermedad renal crónica del paciente en hemodiálisis, la necesidad de catéter para la realización de la terapia dialítica, la diabetes mellitus, la pobre higiene y autocuidado del paciente, la poca adherencia a las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas, y el rechazo del señor Puentes Rodríguez de acudir al servicio de urgencias ante la evidencia de un proceso febril, lo que retardó la atención del proceso infeccioso en curso.

.- "Inexistencia de una actuación culposa y/o negligente de parte de Rts S.A.S. y su personal asistencial y de apoyo": Asentada en que la actuación de los profesionales adscritos a esta entidad y de su personal de apoyo fue en todo momento adecuada, oportuna, diligente, perita y acorde a la *lex artis*.

.- "Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad": Basada en que en este asunto no concurren los elementos para acceder a las pretensiones, pues no se observa una falla en el servicio, un nexo causal entre las atenciones prestadas y el daño.

.- "Acaecimiento del riesgo previsto, informado y consentido por el señor Daniel Puentes Rodríguez": Cimentada en que las obligaciones médicas son de medio y no de resultado, pues el riesgo que representa un tratamiento médico se asume por el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad prestadora del servicio. Por ello, insiste en que la concreción del riesgo de infección, fue dado por sus patologías y el mal manejo personal de la enfermedad.

.- "Apreciación del acto médico - naturaleza de las obligaciones médico asistenciales": Basada en el hecho de que no siempre la atención, aun siendo oportuna y ajustada a las directrices científicas, puede evitar, prevenir o contrarrestar las consecuencias de las patologías o condiciones de salud por las que consulta un determinado paciente.

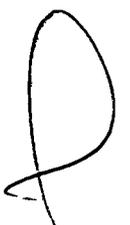
.- "Inexistencia de nexo causal - existencia de una causa extraña": Fundada en que el origen de la infección se encontraba relacionado con la enfermedad renal crónica del paciente en hemodiálisis, la necesidad de catéter para la realización de la terapia dialítica, la diabetes mellitus, la pobre higiene y autocuidado del paciente, la poca adherencia a las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas, y el rechazo del señor Puentes Rodríguez de acudir al servicio de urgencias ante la evidencia de un proceso febril, lo que retardó la atención del proceso infeccioso en curso, circunstancias extrañas y ajenas a la actividad médica, lo que destruye el nexo causal.

En cuanto al llamamiento en garantía, propuso las siguientes excepciones de mérito:

.- "Inexistencia de fundamento legal o contractual para la pretensión revérsica incoada por el Hospital Militar Central": Fundada en que si bien RTS S.A.S. suscribió el contrato de concesión para la adecuación, dotación y prestación del servicio de la Unidad Renal del Hospital Militar Central, no por ello debe responder por la eventual condena impuesta a la demandada, no solo porque el contrato no lo prevé, sino también porque se imputa responsabilidad por actividades y servicios ajenos al ámbito de control de ésta y que no eran de su competencia.

.- "Cumplimiento de las obligaciones propias del contrato se concesión para la adecuación, dotación y prestación del servicio de la unidad renal del Hospital Militar Central": Basada en que en el presente caso el equipo en salud de la institución brindó al señor Daniel Puentes Rodríguez una atención adecuada, oportuna, bajo los más altos estándares de calidad, enmarcada en todo momento dentro de la *lex artis*, poniendo a su disposición los recursos humanos, físicos, de infraestructura y tecnología requeridos, por lo que al haber cumplido a cabalidad con las obligaciones contractuales adquiridas, no existe razón o fundamento para la acción revérsica formulada.

3.- Aseguradora Solidaria de Colombia. (Llamada en garantía por el Hospital demandado)



La apoderada de la Compañía Aseguradora llamada en garantía contestó la demanda y el llamamiento el 22 de mayo de 2019⁵. Al respecto, se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda pues afirmó que la mayoría de los hechos no le constan e indicó que el material probatorio allegado no permite inferir ningún tipo de responsabilidad de su asegurado el Hospital Militar Central.

Como argumentos de fondo, propuso las siguientes excepciones:

.- “Al no tratarse de una infección nosocomial estamos ante un régimen de falla probada y no un régimen de responsabilidad objetiva”: Por medio de la cual afirma que la bacteria *Pseudomona aeruginosa* no es una del tipo nosocomial o intrahospitalaria, dado que su hábitat resulta ser no solo hospitalario sino por fuera de este, de manera que, el señor Puentes pudo haber adquirido la bacteria fuera del centro médico demandado, teniendo en cuenta que la mayoría del tiempo el paciente se encontraba en su lugar de residencia.

.- “Carga de la prueba le corresponde a la parte actora establecer de manera certera la negligencia y descuido del hospital demandado”: Cimentada en que la parte demandante no logra probar alguna falla en el servicio de salud en cabeza del Hospital Militar Central, sobre todo porque las pruebas acreditan la actuación diligente y perita de los agentes de la demandada.

.- “Inexistencia de falla del servicio por parte del hospital militar central”: Fundada en que en este caso no existió falla en el servicio por parte del Hospital Militar Central, pues todos los elementos probatorios indican que dio cumplimiento a los protocolos médicos que buscaron atender las patologías predominantes del señor Puentes y su mejoría, por ello su conducta diligente y sin reproches no permite configurar la responsabilidad patrimonial que reclaman los demandantes.

.- “Acto médico se cumplió conforme la lex artis”: Cimentada en que la historia clínica allegada al plenario permite inferir que el Hospital Militar Central brindó un servicio de salud conforme a los protocolos establecidos y con el lleno de los requisitos y estándares de calidad.

.- “Configuración de alea terapéutica en la atención brindada al señor Daniel Puentes Rodríguez”: Basada en que el caso bajo estudio se encuentra enmarcado como un evento adverso no resistible; por lo que asegura que la reacción que el paciente tuvo respecto del catéter, no pudo haber sido controlada por los galenos a pesar de haber realizado todas las conductas médicas que eran requeridas conforme a los protocolos médicos, por lo que los distintos daños que son solicitados por la parte actora no tienen como consecuencia directa los actos médicos desplegados.

.- “Configuración de alea terapéutica en la atención brindada al señor Daniel Puentes Rodríguez”: Basada en que el caso bajo estudio se encuentra enmarcado como un evento adverso no resistible; por lo que asegura que la reacción que el paciente tuvo respecto del catéter, no pudo haber sido controlada por los galenos a pesar de haber realizado todas las conductas médicas que eran requeridas conforme a los protocolos médicos, por ello los distintos daños aducidos por la parte actora no tienen como consecuencia directa los actos médicos desplegados.

.- “Caso fortuito”: Fundada en que el tratamiento instaurado al paciente requería de la implantación de un catéter por medio del cual le pudiesen realizar la hemodiálisis y así permitir su subsistencia, proceso que tiene un alto porcentaje de producir una infección, especialmente cuando se trata de personas con deficiencia renal; tratamiento idóneo que trae riesgos para conservar la vida del paciente.

.- “Inexistencia del nexo causal entre el daño y la atención suministrada por parte del Hospital Militar Central”: Basada en que no existe vínculo certero entre la actuación del personal médico y el daño antijurídico, pues este no fue la consecuencia del actuar negligente u omisivo en la atención de los profesionales en salud, quienes prestaron sus servicios conforme a protocolos y guías médicas de forma diligente, profesional y cuidadosa.

⁵ Documento digital “002CuadernoDeLlamamientoDeGarantía” del C4.



.- "Enriquecimiento sin justa causa": Fundada en que no se debe acceder a las pretensiones de la demanda por carecer de fundamentos facticos y jurídicos, y en el hipotético caso de hacerlo, solicita que no se acceda a la exorbitantes sumas que se piden en la demanda.

.- "Improcedencia e inexistencia de pruebas del daño a la salud": Con la que indica que este tipo de daño extrapatrimonial no se configuró en este asunto, máxime porque no existe argumento alguno para acceder a las pretensiones de la demanda.

A la vez, propuso excepciones frente al llamamiento en garantía, las cuales denominó:

.- "Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de Aseguradora Solidaria de Colombia S.A. por la no realización del riesgo asegurado": Cimentada en que como no existen razones jurídicas ni probatorias para condenar a su asegurado, no nace la obligación de indemnizar al no configurarse el riesgo asegurado.

.- "Falta de cobertura por parte de la póliza N°. 930-88-994000000003": Fundada en que la póliza se pactó bajo la modalidad *Claims Made*, lo que significa que se exige que los hechos motivo de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o estén comprendidos en el periodo de retroactividad pactado y, además de ello, que sean reclamados dentro del periodo de vigencia de la misma, presupuestos que no acontecieron en este asunto, por lo que no podrá existir obligación indemnizatoria.

.- "Carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguros": Basada en que el carácter de los seguros de daños es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización, por lo que no puede verse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Entonces, dado que no existe fundamento para acceder a las pretensiones, mal se haría al afectar la póliza para pagar a los demandantes los daños que reclaman.

.- "Exclusiones contempladas en la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos no. 930-88-994000000003 y el no. 930-88-994000000008": Fundada en que en el hipotético caso en que prosperen las pretensiones se habrán de tener en cuenta las exclusiones pactadas.

.- "límites asegurados pactados mediante la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos no. 930-88-994000000003 y el no. 930-88-994000000008": Por la cual pide que, en caso de una improbable condena, se afecte la póliza solo hasta el límite del valor asegurado. Y agregó, que se "DEBERAN TENER EN CUENTA LOS DEDUCIBLES PACTADOS", motivo por el cual, en el evento de alguna condena, se debe tener en cuenta esta cláusula contractual.

4.- Compañía Aseguradora De Fianzas S.A. – CONFIANZA. (Llamada en garantía por RTS S.A.S.)

El apoderado de la Compañía Aseguradora llamada en garantía contestó la demanda y el llamamiento con escrito radicado el 15 de septiembre de 2021⁶, con el que adujo no constarle ninguno de los hechos de la demanda y se abstuvo de hacer un pronunciamiento de fondo respecto de las pretensiones de la demanda, al afirmar que desconocía los fundamentos fácticos de la misma.

No obstante, propuso como medio de defensa la "AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO – SE TRATA DE OBLIGACIONES DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO", respecto de la cual argumentó que del relato de los hechos y de las pruebas aportadas con la demanda, así como de la contestación de RTS SAS, no es posible inferir un actuar culposo o negligente en la atención brindada por los accionados al señor Daniel Puentes Rodríguez, por tanto, se desvirtúa cualquier actuar negligente o imprudente de su parte, quien, por el contrario, prestó un adecuado servicio médico desde la primera vez que el causante recibió las atenciones médicas.

⁶ Documento digital "02.- 15-09-2021 CONTESTACIÓN CONFIANZA", del C8.

En cuanto al llamamiento en garantía, indicó que no se oponía a la prosperidad del mismo siempre y cuando se demuestre que los hechos ocurrieron en vigencia de la póliza, se pruebe la responsabilidad de RTS SAS y se tenga en cuenta el límite del valor asegurado y el deducible pactado en la póliza.

Luego, propuso las siguientes excepciones de fondo que denominó:

.- "Inexistencia de obligación indemnizatoria a cargo de la compañía por ausencia de responsabilidad en cabeza de RTS SAS": Sustentada en que se encuentra acreditada como causa eficiente del fallecimiento del señor Rodríguez, la causa extraña, esto es, que su deceso fue producto de una infección, riesgo necesario de los procedimientos realizados, situación que carece de cobertura por parte de las pólizas vinculadas al proceso, máxime porque las atenciones prestadas fueron las adecuadas.

.- "Cobertura exclusiva de los riesgos pactados en la póliza de responsabilidad civil profesional médica para clínicas y similares": Basada en que ante una eventual condena solo se deberán tener en cuenta los riesgos amparados con la Póliza, ya que no se encuentran cubiertos por ésta los perjuicios correspondientes a obligaciones que no constituyan responsabilidad por la prestación del servicio médico y clínico, como quiera que el amparo se circunscribe a cubrir la RC profesional clínicas efectivamente acreditada y en cabeza del asegurado. Así mismo, deberán analizarse los amparos contratados en contraposición a los presuntos perjuicios ocasionados y reclamados, pues se pretenden entre otros, daño a la salud y el daño a los derechos constitucionalmente protegidos a la salud, a la estabilidad y unidad familiar, presuntos perjuicios no amparados por los contratos de seguros.

.- "Límite de valor asegurado respecto de la póliza de responsabilidad civil profesional médica para clínicas y similares 03 rc000970 y 03 rc000971.": Sustentada en que el límite de responsabilidad a cargo de la aseguradora está señalado en la carátula de la póliza que instrumentaliza el respectivo contrato de seguros, representado en el valor asegurado establecido para cada amparo pactado, el cual no podrá ser superado.

.- "Deducible": Asentada en que el amparo de responsabilidad civil Profesional Clínica tiene un deducible del 10%, porcentaje que en ningún caso puede ser inferior a \$5.000.000. Así mismo, para el amparo de daño moral, el evento tiene un deducible del 10%, porcentaje que en ningún caso puede ser inferior a \$3.000.000.

.- "Genérica": Por la cual pide que en el evento que se pruebe una excepción diferente a las propuestas anteriormente, sea decretada.

5.- Nación - Ministerio de Defensa - Ejército Nacional

En lo que tiene que ver con esta entidad, dirá el Despacho que, pese a que se le notificó el auto admisorio, no ejerció su derecho de defensa y contradicción.

III.- TRÁMITE DE INSTANCIA

El libelo demandatorio fue presentado ante la Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos el 10 de junio de 2018⁷, dependencia que lo asignó a este Despacho, quien con auto de 5 de octubre de 2018⁸, admitió la demanda de reparación directa y ordenó la notificación del proveído a las demandadas, al igual que al Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Conforme lo previsto en los artículos 172 y 199 del CPACA, el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, contestó la demanda el 12 de febrero de 2019, esto es, en tiempo. Por su parte, la **NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - EJÉRCITO NACIONAL**, pese a su notificación, no ejerció el derecho de defensa.

El demandado **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** formuló llamamiento en garantía en contra de la Compañía de Seguros **SOLIDARIA DE COLOMBIA** y la sociedad **RTS**

⁷ Documento digital "006ActaDeReparto" del CI.

⁸ Documento digital "008AutoAdmisorio" del CI



S.A.S., los cuales se aceptaron mediante autos del 29 de abril y 17 de junio de 2019, respectivamente.

El término de que trata el artículo 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo corrió del 13 de agosto al 3 de septiembre de 2019. La llamada en Garantía la Compañía de Seguros **SOLIDARIA DE COLOMBIA** contestó la demanda el 22 de mayo de 2019 y **RTS S.A.S.** contestó la demanda el 3 de septiembre de 2019, esto es, en tiempo.

La llamada en Garantía **RTS S.A.S.**, formuló llamamiento en garantía contra la **COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. - CONFIANZA**, el cual se aceptó mediante auto del 20 de enero de 2020; la llamada en garantía contestó oportunamente el llamamiento y la demanda el 15 de septiembre de 2021, escrito reiterado el 10 de noviembre de ese mismo año.

La audiencia inicial tuvo lugar el 21 de septiembre de 2019⁹, en la que se evacuó la etapa de saneamiento, no hubo excepciones previas que resolver, se fijó el litigio y se exhortó a las partes a conciliar sus diferencias sin existir ánimo conciliatorio. De igual forma, se decretaron los medios probatorios solicitados por las partes.

La audiencia de pruebas se practicó el 25 de enero de 2022¹⁰, diligencia en la que se incorporaron las documentales recaudadas, se aceptó el desistimiento de la práctica de algunas pruebas testimoniales y se escuchó el testimonio de los señores JAIRO ENRIQUE PÉREZ FRANCO, CAROLINA LARRARTE ARENAS, NASLY STELLA RUIZ MEDINA, LUZ HELENA MOSQUERA PUÍN, JORGE ARMANDO PULIDO SÁENZ y KAREN DANIELA PUENTES MENDOZA. Por último, se declaró finalizada la etapa probatoria y se concedió a las partes el término de diez (10) días para que alegaran de conclusión por escrito, el mismo término se otorgó al Ministerio Público para que rindiera concepto de fondo en este asunto.

IV.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.- RTS S.A.S.

El 2 de febrero de 2022¹¹, la apoderada de la sociedad llamada en garantía presentó sus alegatos de conclusión con los cuales reiteró los argumentos esgrimidos en la contestación de la demanda, e hizo hincapié en que las pretensiones de la demanda no deben prosperar, en primer término, porque ninguno de los presupuestos fácticos o jurídicos propuestos por la parte demandante se lograron demostrar, por el contrario, quedó plenamente probado que la atención médica dispensada al señor Daniel Puentes Rodríguez fue adecuada, diligente y adherida a las recomendaciones y guías de práctica acogidas por la comunidad científica.

En segundo lugar, adujo que la infección desarrollada por el señor Puentes Rodríguez no cumple los criterios para ser considerada de origen nosocomial y menos aún para ser tenida como un riesgo excepcional en el contexto de un paciente crónicamente enfermo, portador de un catéter para diálisis permanente, con hábitos de higiene discutibles, inmunosuprimido, diabético, entre otros factores que fueron ampliamente demostrados y que destruyen la hipótesis planteada de que fue colonizado con una bacteria endógena por incumplimiento de guías, protocolos y medidas de asepsia y antisepsia de las instituciones sanitarias demandadas, la que además no fue probada.

Realizó unas apreciaciones sobre la prueba testimonial practicada en este asunto, de la que concluyó que la falta de adherencia al tratamiento y recomendaciones dadas por los médicos tratantes del señor Daniel Puentes Rodríguez, tuvo injerencia directa en la concreción del riesgo de infección del catéter vascular, a pesar de la atención adecuada y ajustada a las guías y protocolos médicos, lo que se maximiza por el hecho de que el paciente padecía de diabetes mellitus e insuficiencia renal que a la postre lo obligó a tener un catéter permanente, lo que llevó a que el paciente tuviese un mayor riesgo de

⁹ Documento digital "18.- 21-09-2021 AUDIENCIA INICIAL", del C8.

¹⁰ Documento digital "32.- 25-01-2022 AUDIENCIA DE PRUEBAS - TRASLADO ALEGAR" del C8.

¹¹ Documento digital "34.- 02-02-2022 ALEGATOS RTS", del C8.

infección y una menor respuesta del sistema de defensas ante un proceso infeccioso activo, debido a la inmunosupresión que generan esas enfermedades.

Por lo anterior, recalco las excepciones de mérito alegadas en la contestación de la demanda, y solicito denegar las pretensiones de la demanda.

2.- Parte demandante

El 8 de febrero de 2022¹², el apoderado de los demandantes presentó sus alegatos de conclusión, con los que reiteró los argumentos expuestos en el escrito de demanda, y enfatizó que quedó probado en el proceso que la causa de la muerte del señor Daniel Puentes Rodríguez obedeció a una disfunción orgánica múltiple como consecuencia de choque séptico originado en una bacteriemia asociada a catéter venoso insertado para realizar hemodiálisis, por bacterias contraídas en las atenciones prestadas por los demandados.

Además, agregó que el análisis de las pruebas arroja indicios sobre el origen intrahospitalario de la bacteria que causó la muerte de Daniel Puentes Rodríguez, lo que junto con el dictamen pericial permite concluir que la bacteria que produjo su deceso fue de origen nosocomial, máxime porque las demandadas no acreditaron que Daniel Puentes Rodríguez no se contagió al interior del Hospital Militar Central, y porque en las terapias de hemodiálisis que se le practicaron durante los días 28 y 30 de abril de 2016, se evidenció que el catéter yugular derecho de la víctima, como también la gasa que lo cubría, no presentaba manipulaciones antes de iniciar la sesión, lo que indica que la bacteria no fue adquirida en la comunidad.

Finalmente, reitera que en la audiencia de pruebas del 25 de enero de 2022 se tacharon de sospechosos los testimonios de las doctoras Carolina Larrarte Arenas, Nasly Stella Ruiz Medina y Luz Helena Mosquera Puin y del doctor Jorge Armando Pulido Sáenz, debido a la relación de subordinación que tienen con las partes vinculadas como terceros civilmente responsables, por lo que pide que sea más estricto el análisis de sus afirmaciones.

3.- Hospital Militar Central

El apoderado del hospital demandado presentó sus alegatos finales con escrito allegado el 8 de febrero de 2022¹³, con el que además de reiterar los argumentos plasmados en la contestación de la demanda, recalco que las pruebas allegadas y practicadas en este asunto, demuestran la atención oportuna, continua y pertinente que se dispuso al paciente Daniel Puentes durante su paso por la unidad renal administrada, dotada y manejada por el contratista RTS; destacando que el paciente por sus antecedentes y enfermedades de base, se encontraba en fase terminal de la falla renal crónica y que para la fecha de ocurrencia de los hechos reprochados, no se documenta en la historia clínica que se haya retirado una fistula y se haya instalado un catéter en abril de 2016, como pretende hacerlo creer el demandante, pues el paciente usaba el catéter desde agosto de 2015, por lo que pierde fuerza de convicción el fundamento de la demanda bajo la afirmación de que “durante dicho procedimiento” se infectó al paciente.

Por ello, también afirma que, aunque comportaba un riesgo el uso del catéter, el mismo se justificaba precisamente por la necesidad de continuar la diálisis so pena de la muerte del Sr. Puentes, ya que se trataba de un paciente renal crónico en fase terminal, etapa de la enfermedad en la que a pesar de los avances tecnológicos en diálisis peritoneal o hemodiálisis, existe un índice de mortalidad hasta del 20% al año en pacientes con terapia de reemplazo renal, y el 70% de estos pacientes mueren por causas cardiovasculares e infecciosas.

Por tanto, pide que se nieguen las pretensiones de la demanda por cuanto no existe relación causal entre el daño y las acciones desplegadas por sus agente, o por lo menos no quedó demostrado en este asunto, ni de manera indiciaria, por lo que al no estar

¹² Documento digital “37.- 08-02-2022 ALEGATOS DTES”, del C8.

¹³ Documento digital “39.- 08-02-2022 ALEGATOS HMC”, del C8.

acreditado que la bacteria que empeoró el estado de salud del familiar de los demandantes haya sido de origen intrahospitalario, no es dable aplicar el régimen objetivo de responsabilidad, y si se analiza desde la perspectiva de la falla del servicio, las pruebas solo son indicativas de que el servicio dispensado al paciente fue el necesario, mismo que nada puede reprochársele.

4.- Ministerio Público.

La delegada de la Procuraduría General de la Nación se abstuvo de rendir concepto de fondo en este asunto.

5.- Otras partes procesales

En lo que tiene que ver con la demandada Nación - Ministerio de Defensa -Ejército Nacional, y las compañías aseguradoras llamadas en garantía, se tiene que no presentaron sus alegaciones finales.

CONSIDERACIONES

1.- Competencia

Este Juzgado tiene competencia para conocer esta acción porque así lo determinan los artículos 140, 155 numeral 6, 156 numeral 6° y 164 numeral 2 letra i), del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2.- Problema Jurídico

El litigio se circunscribe a determinar si la **NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - EJÉRCITO NACIONAL** y el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, son administrativa y extracontractualmente responsables de los perjuicios invocados por los demandantes, con ocasión a la afectación de la salud y posterior muerte del señor Daniel Puentes Rodríguez.

En caso de acreditarse la responsabilidad del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, se deberá determinar igualmente si las llamadas en garantía, la Compañía de Seguros **SOLIDARIA DE COLOMBIA** y la sociedad **RTS S.A.S.**, deben asumir el pago de la eventual condena en razón de la póliza de cumplimiento contractual No. 930-88-994000000003 y No. 930-88-994000000008 y el Contrato de Concesión No. 358 del 21 de diciembre de 2007, respectivamente.

En el evento que se acredite la responsabilidad de la sociedad **RTS S.A.S.**, se deberá determinar también si la llamada en garantía **Compañía Aseguradora de Fianza S.A. CONFIANZA S.A.**, debe asumir el pago de la eventual condena en razón de las pólizas de Seguros de Responsabilidad Civil Profesional Médica para Clínicas y similares No. RC000970 y No. RC000971.

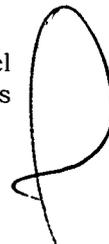
3.- Presupuestos de la responsabilidad

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 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.”¹⁴.

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 (...)”¹⁵.

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.

5.- Régimen de imputación derivado de la actividad médica

Ahora bien, en cuanto 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, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta a falla probada, en la actualidad la posición consolidada de esa Alta Corte en esta materia la constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio el fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria.¹⁶

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, no solo 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.”¹⁷

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 integridad 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

¹⁴ Consejo de Estado- Sentencia de 23 de septiembre de 2009, Exp. 17.986.

¹⁵ Consejo de Estado- Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

¹⁶ Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.

¹⁷ 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.



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.”¹⁸

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, 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 en salud”¹⁹

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 incómoda.

“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 seguimiento²⁰, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente²¹ 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.”²²

En ese sentido, la Sección Tercera del Consejo de Estado 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

¹⁸ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

¹⁹ Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006

²⁰ “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.

²¹ En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004.

²² Corte Constitucional, sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; T- 421 de 2007

del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del 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)”²³

Así entonces, siendo la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud de naturaleza subjetiva, es carga de la parte demandante probar la falla del servicio, al igual que el nexo de causalidad entre la acción u omisión de la Administración y el daño antijurídico²⁴.

6.- Régimen de responsabilidad cuando el daño se deriva de infecciones intrahospitalarias o nosocomiales

Como se viene diciendo, la regla general para los casos de prestación del servicio médico es que el estudio se aborda bajo el régimen de responsabilidad subjetivo de falla probada en el servicio, sin embargo, cuando se trata del daño derivado por la adquisición de una infección nosocomial o intrahospitalaria, el estudio de responsabilidad debe hacerse bajo un régimen de responsabilidad objetivo por riesgo excepcional, incluso cuando media consentimiento informado.

Respecto del consentimiento informado, en los casos de infecciones nosocomiales, el Consejo de Estado ha señalado que *“el consentimiento, aún informado, que se presta frente al riesgo nosocomial no puede reputarse perfecto. En efecto, el riesgo de contraer este tipo de infecciones no está circunscrito a una intervención concreta, sino que se predica de la existencia y el funcionamiento de todo el sistema de salud. (...) Ahora bien, dado que, dentro del contexto de la sociedad occidental moderna, aislarse del sistema de salud (con sus componentes hospitalarios y farmacológicos) supone renunciar de alguna manera a la posibilidad de proteger los bienes básicos de la vida y la salud, así como de paliar el sufrimiento, en aquellos casos en los que la cura no es posible, es lícito inferir que el consentimiento del paciente está, de alguna manera, movido por la necesidad absoluta de preservar esos bienes. Y es que, cuando la disyuntiva consiste en aceptar el tratamiento, la muerte segura o la renuncia a la curación, la posibilidad de elegir, sin desaparecer, si se ve significativamente reducida. En virtud de lo anterior, frente a las enfermedades nosocomiales, el principio de la asunción del riesgo por el consentimiento debe relativizarse, con la posibilidad de no llegarse a aplicar, si se dan otras circunstancias que, en conjunción con la antedicha imperfección, demuestren la desproporcionalidad de la carga nosocomial”*²⁵.

Así, la jurisprudencia Contencioso Administrativa ha reconocido la responsabilidad estatal, con independencia de la acreditación de la falla del servicio o la culpa, en los supuestos de las infecciones nosocomiales o infecciones asociadas a la atención en salud. En ese sentido, la jurisprudencia de esa Alta Corporación, adujo respeto de este tipo de responsabilidad objetivo relativa a las infecciones intrahospitalaria, lo siguiente:

“La sentencia pionera en relativizar la otrora absoluta prevalencia del régimen de la culpa en la responsabilidad médica, es la fechada el 19 de agosto de 2009, se declaró lo siguiente sobre la predicación de la responsabilidad frente a las infecciones nosocomiales y otras clases de eventos adversos:

“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

²³ Sección Tercera. sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

²⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras

²⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. CP: Stella Conto Diaz Del Castillo. Sentencia de 29 de septiembre de 2015, Radicación: 25000-23-26-000-1995-00964-01(21774)

mayoría de la doctrina y jurisprudencia extranjeras—²⁶ 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”²⁷.

La misma subsección C reiteraría, nuevamente, este postulado en sentencia de 24 de marzo de 2011:

“... 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 daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados 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”²⁸.

La sentencia pionera en relativizar la otrora absoluta prevalencia del régimen de la culpa en la responsabilidad médica, es la fechada el 19 de agosto de 2009, se declaró lo siguiente sobre la predicación de la responsabilidad frente a las infecciones nosocomiales y otras clases de eventos adversos:

“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—²⁹ 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”³⁰.

La misma subsección C reiteraría, nuevamente, este postulado en sentencia de 24 de marzo de 2011:

“... 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 daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados 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

²⁶ PUIGPELAT, Oriol Mir “Responsabilidad objetiva vs. Funcionamiento anormal en la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (y no sanitaria)”, Conferencia impartida el 28 de noviembre de 2007 en el marco de las Jornadas Hispano – Mexicanas sobre el derecho a la salud y la responsabilidad patrimonial sanitaria. Ver igualmente: REGAÑÓN GARCÍA – ALCALÁ, Calixto Díaz “Responsabilidad objetiva y nexo causal en el ámbito sanitario”, Ed. Comares, Granada, 2006.

²⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 19 de agosto de 2009, Exp. 17733., C.P. Enrique Gil Botero.

²⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 24 de marzo de 2011, Exp. 20836, C.P. Enrique Gil Botero.

²⁹ PUIGPELAT, Oriol Mir “Responsabilidad objetiva vs. Funcionamiento anormal en la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (y no sanitaria)”, Conferencia impartida el 28 de noviembre de 2007 en el marco de las Jornadas Hispano – Mexicanas sobre el derecho a la salud y la responsabilidad patrimonial sanitaria. Ver igualmente: REGAÑÓN GARCÍA – ALCALÁ, Calixto Díaz “Responsabilidad objetiva y nexo causal en el ámbito sanitario”, Ed. Comares, Granada, 2006.

³⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 19 de agosto de 2009, Exp. 17733., C.P. Enrique Gil Botero.



cabeza del servicio médico y sanitario brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias³¹”

Posteriormente, en marzo de 2012, la Subsección A, aceptó la procedencia de formas objetivas de responsabilidad en los casos de infección nosocomial. En la referida sentencia se lee:

“... para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del Estado, quien alega haber sufrido un perjuicio **deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente**; ésta última, por su parte, podrá eximirse de responsabilidad única y exclusivamente probando que la infección, para el caso que ocupa a la Sala en esta oportunidad, ocurrió como consecuencia de una causa extraña, esto es una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.

“(…). La Sala encuentra, entonces, que a la luz de los documentos aportados al proceso, la infección sufrida por la señora Cuesta Torres, la cual le causó la artritis séptica, fue adquirida como consecuencia de la artrografía que se le realizó en su rodilla derecha el día 27 de octubre de 1997 en las instalaciones del Hospital Universitario San José de Popayán, razón por la cual y atendiendo la jurisprudencia consolidada en la materia, en punto a la responsabilidad objetiva por infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, revocará la sentencia de primera instancia y, en su lugar, declarará al Hospital Universitario San José de Popayán y a COMSALUD I.P.S., como responsables patrimonialmente por los hechos objeto de este proceso.

Por otra parte, aun cuando tanto el Hospital Universitario San José de Popayán y como COMSALUD I.P.S., acreditaron haber actuado con diligencia y cuidado en la realización del procedimiento médico, dicha conducta no resulta suficiente para exculparlas en un caso como el presente, en el cual se analizan los hechos objeto del litigio a partir de un esquema de responsabilidad objetiva, puesto que sólo se podrá exculpar a la parte demandada, se reitera, cuando ella acredite una causa extraña; en el presente caso, sin embargo, no se encuentran elementos probatorios que le permitan a la Sala inferir la existencia de alguna causa extraña al actuar de las entidades demandadas, que hubiere podido generar la infección que padeció la señora Cuesta Torres³².

En noviembre del mismo año, la misma Subsección se pronunció sobre la responsabilidad estatal en el caso de la muerte de una madre a causa de “sepsis secundaria a episiotomía sobreinfectada”, estos términos que evidencian la aceptación de formas objetivas de responsabilidad:

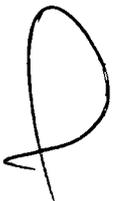
“... Aun cuando el Hospital Lorencita Villegas de Santos acreditó haber actuado con diligencia y cuidado en la realización del parto -el cual se realizó de forma satisfactoria- y, posteriormente, inició el tratamiento antibiótico para contener la infección adquirida en dicho centro hospitalario, tales actuaciones per se no resultan suficientes para liberarlo de responsabilidad en un caso como el presente. en el cual se analizan los hechos objeto del litigio a partir de un esquema de responsabilidad objetiva, en virtud del cual corresponde a la parte actora acreditar nada más allá de los conocidos elementos que configuran la responsabilidad: actuación del Estado, daño antijurídico e imputación, extremos que se encuentran suficientemente acreditados en el expediente, pues -bueno es insistir en ello-, fue una infección contraída en el centro hospitalario demandado que produjo la muerte de la paciente.

Ese mismo marco conceptual impone entender que es a la entidad demandada a quien correspondía demostrar -en este caso concreto-, mediante pruebas legales y regularmente traídas al proceso, si se había dado algún supuesto de hecho en virtud del cual pudiera entenderse configurada una causal de exoneración, como fuerza mayor, hecho exclusivo de un tercero o culpa exclusiva y determinante de la víctima, y ocurre que ninguna de estas causales eximentes de responsabilidad ha sido acreditada en el plenario³³.

³¹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. sentencia del 24 de marzo de 2011, Exp. 20836. C.P. Enrique Gil Botero.

³² Cfr. Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección A. sentencia proferida el 27 de junio de 2012, Exp. 21.661 M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

³³ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección A. sentencia proferida el 7 de noviembre de 2012. Exp. 26.124.



Igualmente, en sentencia de 29 de mayo de 2013, esa misma Subsección declaró la responsabilidad estatal, al margen de la culpa. Lo hizo en estos términos:

“De todo lo anterior, la Sala considera que aparece demostrado que la infección presentada por el señor CESAR AUGUSTO OSPINA LEON, fue adquirida en la Clínica San Pedro Claver, por cuanto la historia clínica es contundente en señalar que desde la entrada al centro hospitalario, 4 de abril de 1998, y hasta antes del primer postoperatorio, 28 de abril de esa anualidad, el paciente no presentó ningún síntoma o señal de infección, al punto que el cultivo practicado dio resultado negativo. Ahora bien, es claro que fue a partir de la cirugía que apareció el proceso infeccioso el cual se hizo persistente a punto que ni siquiera con la amputación de la extremidad se logró restablecer la salud del paciente. (...), situación fáctica que se ajusta a lo que la jurisprudencia de esta Sub Sección sostiene acerca de la responsabilidad de índole objetiva para eventos de infecciones intrahospitalarias.

Ese mismo marco conceptual impone entender que si bien está acreditada la diligencia y cuidado con las que actuó la entidad demandada en la atención prestada al señor Ospina con ocasión de su fractura, lo cierto es que, en estos eventos de infecciones intrahospitalarias, la responsabilidad del ente hospitalario se fundamenta en el hecho de que, a pesar de la gravedad de la fractura, lo cierto es que el lesionado ingresó libre de infección, y que los microorganismos que la provocaron, fueron adquiridos por el paciente en las instalaciones de la demandada³⁴.”³⁵

Bajo esa misma línea, también se reconoció por parte de esa Alta Corporación la procedencia de la responsabilidad estatal, al margen de la culpa, apoyada en la consagración constitucional de una concepción de la responsabilidad basada en el daño, *“la figura del riesgo-alea, y a la doctrina foránea para justificar la aplicabilidad de formas objetivas de la responsabilidad”*. Así, es claro que la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar.

Sobre este asunto, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido clara en aplicar el régimen de responsabilidad objetiva derivada del riesgo excepcional o *“riesgo alea”*, siendo esta última categoría de riesgo la que toma en consideración la probabilidad de que *“cierto tipo de actividades o procedimientos, pueden dar lugar, quizás con la ineludible mediación del azar o de otro tipo de factores imprevisibles, a la producción de daños sin que medie asomo alguno de culpa”*³⁶. Es decir que en los casos que se presenta infección contraída en un centro asistencial, el daño surge por la concreción de un riesgo conocido por la ciencia médica, sin embargo, se torna irresistible en tanto su concreción depende, muchas veces, del azar, pero por esta situación de irresistible, se aclara que no puede ser calificada como caso fortuito, esto en lo que respecta a las infecciones nosocomiales, dado que no son ajenas a la prestación del servicio de salud y no son imprevisibles pues constituye un riesgo conocido por la ciencia médica que puede ser previsible y controlable, razón por la cual las entidades hospitalarias deberán adoptar todas las medidas que establecen los protocolos diseñados por las autoridades competentes a efectos de reducir los riesgos que comporta para los pacientes³⁷.

Esta postura fue reiterada por esa alta corporación en sentencia del 30 de abril de 2014³⁸, donde se agregó que en estos asuntos de enfermedades intrahospitalarias la carga de la prueba del daño causado corre por cuenta del demandante, exigiéndose que demuestre que la causa del daño fue una bacteria multirresistente que se encontraba dentro del hospital, utilizando todo tipo de pruebas idóneas, tales como,

³⁴ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección A. sentencia del 29 de mayo de 2013. Exp. 28.483.

³⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. CP: Stella Conto Diaz Del Castillo. Sentencia de 29 de septiembre de 2015, Radicación: 25000-23-26-000-1995-00964-01(21774)

³⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 26 de marzo de 2008, exp. 16.530, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

³⁷ Consejo de Estado, sentencia del 29 de agosto de 2013, M.P. Danilo Rojas Betancourth. Radiado: 25000-23-26-000-2001-01343-01(30283)

³⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. M.P Danilo Rojas Betancourth. Radicado: 250002326000200101960 01

peritajes, documentos e indicios, estos como la demostración de que el daño fue producido por una bacteria típicamente intrahospitalaria, en suma, concluye que para aplicar el régimen objetivo de responsabilidad por daños derivados de la adquisición de una bacteria nosocomial, deberá constatarse que el daño: i) tuvo su origen en una infección de origen exógeno al paciente; ii) fue ocasionado por una bacteria multirresistente y iii) por tanto, resultó inevitable para la institución la producción del mismo, porque de haber sido evitable se trataría eventualmente de una falla el servicio.

7.- Asunto de fondo

Algunos de los familiares más cercanos del señor **DANIEL PUETES RODRÍGUEZ** (q.e.p.d.), presentaron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa contra la **NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - EJÉRCITO NACIONAL** y el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, para que sean declarados administrativa y extracontractualmente responsables por su deceso, el que atribuyen a una infección intrahospitalaria o nosocomial, denominada pseudomona, la cual presuntamente fue adquirida en un procedimiento realizado en el Hospital Militar Central en el mes de abril de 2016, relativo a la instalación de un cateterismo central.

En la demanda no se alega negligencia médica propiamente dicha, sino que la posición de la parte demandante se contrae a afirmar que en la instalación del cateterismo central implantado al señor Puentes Rodríguez, en el mes de abril de 2016, adquirió una bacteria que lo llevó a la muerte, por lo cual invocan la responsabilidad objetiva de las demandadas.

Por su parte, la parte pasiva en este asunto, aduce que el deceso del paciente obedeció a las diferentes enfermedades ruinosas que cursaban en su humanidad, que llevaron a sufrir una infección como una consecuencia normal del único tratamiento viable para preservar su vida, sobre todo porque la bacteria que le fue hallada no solamente se encuentra en el ambiente hospitalario, sino que también puede habitar en su cuerpo o estar presente en actividades normales del día a día.

7.1.- Hechos probados

Examinadas las pruebas allegadas por las partes, el Despacho evidencia lo siguiente:

.- Se allegó al expediente una extensa historia clínica que acredita que el señor Daniel Puentes, padece de larga data de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, con múltiples valoraciones por urgencias y hospitalizaciones. Por ejemplo, en una hospitalización de 11 de septiembre de 2013, se adujo en el análisis por parte del servicio de nefrología lo siguiente: *"PACIENTE DIABETICO DESDE HACE 15 AÑOS, HIPERTENSO, CON HISTORIA DE VARIAS HOSPITALIZACIONES POR EMESIS SECUNDARIA A GASTROPARESIA DIABETICA, EN PACIENTE NO ADHERENTE A TRATAMIENTO. CON MAL CONTROL METABOLICO DE DIABETES... AL MOMENTO FUNCION RENAL CONSERVADA... CONSIDERAMOS, PROTEINURIA ES SECUNDARIA A NEFROPATIA DIABETICA NO DIAGNOSTICADA PREVIAMENTE"*³⁹; sus episodios continuos y hospitalizaciones por gastropatía diabética se encuentran registrados en diferentes notas de su historia clínica⁴⁰, en las que sobresalen las anotaciones médicas tendientes al no control de la diabetes, con historia de mala adherencia a dieta y al tratamiento dado, siendo diagnosticado con gastroparesia diabética, diabetes mellitus mal controlada, pie diabético, gastroparesia diabética y síndrome emético⁴¹; y artritis séptica en la rodilla izquierda⁴²; destacándose igualmente episodios de posibles infecciones y úlceras en el pie derecho, para lo cual se le ha aplicado amplio manejo con antibióticos.

³⁹ Documento digital "CC80265058DANIELPUENTESRODRIGUEZEPICRISIDIEZ" de la subcarpeta "CD2" de "CD FOLIO 235", del C7.

⁴⁰ Por ejemplo, ver el documento digital "CC80265058DANIELPUENTESRODRIGUEZEPICRISINUEVE" visible en las carpetas *ibidem*.

⁴¹ Documento digital "CC80265058DANIELPUENTESRODRIGUEZEPICRISIOCHO", *ibidem*.

⁴² Documento digital "CC80265058DANIELPUENTESRODRIGUEZEPICRISISDOS", *ibidem*.

Atención médica en el servicio de Urgencias de 5 de noviembre de 2014⁴³, por cuadro de 8 días de lesión en región plantar a nivel de grueso artejo pie izquierdo, asociado a secreción fétida y eritema, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulinoquiriente, gastropatía diabética, nefropatía diabética, síndrome nefrótico, pie diabético, hipertensión arterial, artroplastia de rodilla derecha y de tobillo derecho por pie diabético y Gastro yeyunostomía con anastomosis yeyuno yeyunal en marzo de 2014, y con deterioro de su función renal, a lo que se anota que *“PRESENTA RIESGO DE ULCERARSE Y SOBREENFECTARSE EN UN FUTURO POR RIESGO METABOLICO, POBRE ADHERENCIA A TRATAMIENTO, USO DE CALZADO INADECUADO”*⁴⁴.

Evento similar ocurrió el 2 de marzo de 2015⁴⁵, cuando acudió al servicio de urgencia del Hospital demandado en el que se encontró a un paciente con cuadro clínico de 8 días de evolución caracterizado por lesión en primer dedo de pie izquierdo, dolorosa, con salida de secreción blanquecina fétida, con presencia de ulcera en base de primer dedo, limpia, con leve secesión blanquecina y amarillenta, fétido, normobárico, afebril, por lo que se decide ingresar para iniciar manejo antibiótico y estudio; aunado a que se le advirtieron *“COMPLICACIONES RENALES”*. Se hospitalizó y se advirtió el diagnóstico insuficiencia renal crónica agudizada.

Durante su estancia hospitalaria, se anotó por la especialidad de Nefrología el 9 de marzo de 2015: *“PACIENTE EN LA SEXTA DECADA DE LA VIDA CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 MUY MAL CONTROLADAS, EL PACIENTE REFIERE QUE DESDE AHCE 6 MESES DECIDIO SUSPENDER TODOS LOS MEDICAMENTOS Y DEJAR DE ASISTIR A CONTROLES MEDICOS, ULTIMA CREATININA ALREDEDOR DE 2.0 MG/DL EN NOV DE 2014 ACTUALMENTE CON CREATININA EN 4 ESTABLE EN LOS ULTIMOS DIAS POSIBLEMENTE EN RELACION A MAL CONTROL DE SUS PATOLOGIAS DE BASE QUE LLEVARON A PROGRESION DE SU ERC. AHORA CURSANDO CON PIE DIABETICO, EN MANEJO ANTIBIOTICO Y POR CLINICA DE HERIDAS, EN ESPERA DE EVALUACION POR CX VASCULAR POR ESTENOSIS DEL 75 A 99% EN TERCIO MEDIO DE TIBIAL ANTERIOR Y OSTIUM CON SIGNIFICANCIA HEMODINAMICA. EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, SIN SIRS, DIURESIS POSITIVA SIN CUANTIFICACION DE LA-LE. NO HAY AZAODOS DE CONTROL, SE SOLICITAN Y SI SE ENCUENTRA ESTABILIDAD DE ESTOS SE CONTINUARA SEGUIMIENTO DE PACIENTE AMBULATORIO POR PROGRAMA DE NEFROPROTECCION Y PREDIALISIS. ANALISIS: PACIENTE MASCULINO DE 51 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DM TIPO 2 E HTA MAL CONTROLADAS, CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA ESTADIO IV”*⁴⁶

El 24 de marzo de 2015, consulta por primera vez al servicio de nefrología aduciendo *“Me mandaron por los riñones”*, y se anotó en el plan de evolución los siguiente:

“Paciente de 51 años de edad con antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada por mala adherencia al tratamiento, sin manejo farmacológico hasta hace 2 semanas por hospitalización en razón a pie diabético pedis 2, con requerimiento de manejo insulínico. Durante su hospitalización presenta elevación de azoados, con TFG de ese momento de 16 ml/min. Asiste hoy a consulta de primera vez con paraclínicos que muestran creatinina elevada con TFG de 19 ml/min, por lo que se ingresa inmediatamente a programa de nefro protección y predialisis. Además, en paraclínicos se documenta importante anemia, asociado a palidez mucocutánea importante, disminución de la clase funcional, hiperfosfatemia, emesis de contenido alimentario. Deshidratación grado 1, con episodios de lipotimia referidos por la esposa, razón por la cual se considera que paciente en el momento debe ser redireccionado al servicio de urgencias de hospital militar central para ampliación de estudios y evaluar indicación de terapia transfusional. Se plantea acompañarlo al servicio de urgencias. Sin embargo, paciente se niega a ser llevado a este servicio y manifiesta deseo de no acatar recomendaciones médicas. Se explica en múltiples oportunidades condición actual, necesidad de manejo intrahospitalario, riesgos previsibles y no previsibles que incluyen la muerte. Se intenta persuadir. Paciente accede finalmente. Se traslada a servicio de urgencias. Se entrega a médico de turno. Paciente que presenta elevado riesgo cardiovascular por múltiples comorbilidades, mala adherencia al tratamiento.

⁴³ Página 22 y siguientes del documento digital “CC80265058DANIELPUENTESRODRIGUEZEVOLUCIONESCINCO”, visible en la carpeta *ibidem*.

⁴⁴ Página 29 *ibidem*.

⁴⁵ Página 33 *ibidem*.

⁴⁶ Página 86 *ibidem*.



Con Filtración glomerular disminuida, alto riesgo de terapia de soporte renal a corto plazo.”⁴⁷

Ese día en el servicio de urgencias se recibe paciente con los antecedente anotados, remitido de consulta externa por nefrología por encontrar en los paraclínicos hemoglobina de 8.9 y asociado a ello astenia, adinamia hace 1 mes, presenta 4 episodios eméticos con náuseas, síndrome anémico a estudio síndrome emético secundario a gastroparesia diabética, diabetes mellitus, insulinorequeriente no controlada, hipertensión arterial no controlada, insuficiencia renal crónica estadio IV, se le da manejo ambulatorio⁴⁸.

Son constantes las visitas al servicio de urgencias del hospital Militar Central, por episodios de descompensación, vómitos negros y con sangre, consecuencia de su gastropatía diabética que, aunque fue intervenida quirúrgicamente no mejoraba, razón por la que el 28 de abril de 2015 se le diagnosticó hemorragia gastrointestinal superior, esofagitis erosiva, anemia normocítica normocrómica en relación a enfermedad crónica y angiodisplasia intestinal; al otro día se le ordena tratamiento ambulatorio con *IBP* y recomendaciones dietarias y se le insistió en el adecuado control de la diabetes.

La misma situación se repitió el 7 de junio de 2015⁴⁹, con sospecha de sepsis y picos febriles toda la noche, náuseas, taquicardia realizando episodios de bacteriemia, con posible asociación al catéter mahurka implantado al paciente. La especialidad de nefrología indicó que el paciente cursaba enfermedad renal crónica estadio 5, ingresa al programa de hemodiálisis desde el 8 de mayo de 2015, con las comorbilidades ya conocidas, con regular adherencia a manejo farmacológico, en sala de hemodiálisis se encuentra escasa secreción del orificio de catéter mahurka derecho, por lo cual fue retirado y se obtuvo aislamiento el día “27/may/2015 de *klebsiella oxytoca multi sensible, sin sirs hasta ese momento por lo cual se indicó el día 28-may-2015 manejo ambulatorio con trimetoprima + sulfametoxazol por 14 días (no se conoce si ha ido adherente a la antibioticoterapia) ingresa el día 07-jun-2015 por síndrome emético que llama la atención es conocido por nuestro servicio con evolución de 2 meses que se ha asociado a otros signos de uremia por lo que se ha dado manejo de enfermedad renal mencionado (...)*”.

Su hospitalización se alargó al 10 de junio de 2015, se controló la sepsis de etiología a establecer, no picos febriles, hidratado, no ingurgitación yugular. catéter central de hemodiálisis cubierto por apósito, sin otras alteraciones; lesión en pie, sitio de retiro de catéter derecho con costra hemática sin otras alteraciones.

Su estancia hospitalaria se alargó hasta el 18 de junio de 2015⁵⁰, fecha en la que la terapia con antibióticos tuvo buen resultado, se practicaron diálisis, se cambió varias veces el catéter tunelizado sin complicaciones, infección de tejidos blandos en dorso pie izquierdo controlada, al examen físico sin signos de infección ni inflamación local en el sitio de inserción del catéter, no signos de SIRS control del proceso infeccioso, se decide continuar en las sesiones de diálisis, dada la mejoría del cuadro clínico se decide dar salida.

El 18 de noviembre de 2015, presenta otro ingreso al Hospital por cuadro de hematemesis y astenia; el 16 de diciembre vuelve a ingresar con cuadro clínico de vómitos incontables desde la madrugada y por sufrir caída trauma craneano y facial al tropezar mientras caminaba⁵¹.

El 28 de abril de 2016, visita el servicio de urgencias del Hospital, encontrando a un paciente masculino de 52 años de edad con cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en edema facial, rubicundez, disnea de pequeños esfuerzos con exacerbación en la última semana, ese día asistió a sesión de hemodiálisis en donde lo encuentran disneico con edema facial y desaturado, revisan TAC de tórax y de cuello

⁴⁷ Página 6 del documento digital “001ContestacionDeLaDemanda” cuaderno 3.

⁴⁸ Página 117 del documento digital “CC80265058DANIELPUENTESRODRIGUEZEVOLUCIONESCINCO”.

⁴⁹ Página 140 *ibidem*.

⁵⁰ Página 197 *ibidem*.

⁵¹ Página 222 *ibidem*.

ordenados el 22 de abril de 2016, que reporta hallazgos altamente sugestivos de trombo al interior de vena subclavia izquierda granulomas residuales en ambos campos pulmonares, adenopatías probablemente reactivas mediastinales, colateralidad venosa en ventana aortopulmonar mamaria interna izquierda y en pectoral mayor izquierdo a correlacionar con antecedentes de trombosis venosa.⁵²

Se hospitaliza hasta el día siguiente, siendo atendido por las especialidades de cirugía general, cirugía vascular periférico, cirugía de tórax, quienes cierran interconsulta debido a que consideran trombosis antigua recanalizada y no requiere más intervenciones por estos servicios; en el momento familiar refiere paciente con edema progresivo intolerancia al decúbito quien niega su sintomatología dado el no querer permanecer en la institución, pero se le explica que tiene cifras tensionales elevadas y se pasa a interconsulta por medicina interna, quien anota: "EL DIA DE HOY SE LE REALIZA DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO SDE SISTEMA CAROTIDEO YUGULAR Y SUBLCAVIO EL CUAL ES REPORTADO DENTRO DE LIMITES NORMALES CON ADECUADO FLUJO. RX DE TORAX SIN EVIDENCIA DE MAS POR LO QUE SE DESCARTA SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR. SE CONSIDER QUE DEBE CONTINUAR ESTUDIOS AMBULATORIOS DE PERSISTIR CON EDEMA DEBERA SER VALORADO POR ALERGOLOGIA POR EL MOMENTO NO AMERITA ESTUDIOS ADICIONALES POR MEDICINA INTERNA POR LO QUE SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA"⁵³.

El 1° de mayo de 2016, a las 12:39 p.m., el señor Daniel Puentes ingresa al servicio de Urgencias del Hospital Militar Central en pésimas condiciones generales, con antecedente de enfermedad renal crónica estadio V, quien recientemente estuvo hospitalizado por hallazgos en TAC de cuello contrastado que sugerían trombo de la subclavia izquierda, se descartó trombosis aguda, se dio egreso, ingresa en ambulancia medicalizada con cuadro de 4 horas de evolución consistente en alteración del estado de conciencia, hipotenso, con dependencia al venturo para saturaciones adecuadas, sin signos de dificultad respiratoria, somnoliento, respuesta verbal incompresible, se deja en reanimación y manejo⁵⁴.

La especialidad de medicina interna anota que el paciente cursa con cuadro de alteración del estado de la conciencia sin focalización posterior a hemodiálisis, al ingreso con glucometría normal y cifras tensionales en rango de hipotensión sin respuesta a líquidos, se considera cuadro de choque de posible origen séptico, se intuba y se inicia soporte ventilatorio. Diagnóstico choque séptico no especificado, se sospecha como primera posibilidad sepsis por catéter.

Al día siguiente, lo atiende la especialidad de neurocirugía y se anota que el paciente requiere manejo avanzado de la vía aérea e inicio de vasopresor, persiste con respuesta inflamatoria sistémica, tiene 2 focos probables uno origen de catéter y otro de origen pulmonar, está en cubrimiento antibiótico de amplio espectro en espera de cultivos⁵⁵. Entonces, se trataba de un paciente masculino quien ingresa por un cuadro de falla orgánica múltiple secundario a sepsis de foco no claro, en malas condiciones generales y en reanimación, teniendo como diagnóstico principal choque séptico de origen a establecer, i) bacteriemia asociada a catéter a confirmar vs pulmonar, y ii) disfunción orgánica múltiple: neurológica, hematológica y cardiovascular.

Su estancia hospitalaria se alarga, sigue la antibioticoterapia, se le cambia el catéter de mahurka, así como cambio sobre guía de catéter femoral arterial por catéter de Volume View, procedimientos que se anotan como complicados por la estenosis, su evolución se torna tórpida y su estado general va a mal. Hemocultivo del 2 de mayo de 2016, positivo a las 5:16 y a las 27 horas de incubación con bacilos Gram negativos lactosa negativo por lo que se reafirma el diagnóstico de choque séptico de origen de dispositivo intravascular, con bacteriemia por Bacilos Gram negativos en manejo con meropenem, cursa con disfunción orgánica múltiple, continuará terapia de reemplazo renal, con choque séptico refractario, estado crítico con mal pronóstico, y continuo manejo en UCI⁵⁶.

⁵² Página 229 *ibidem*.

⁵³ Páginas 235 a 247 *ibidem*.

⁵⁴ Página 251 *ibidem*.

⁵⁵ Página 278 *ibidem*.

⁵⁶ Página 335 *ibidem*.



El 5 de mayo de 2016, se confirma la tipificación de la infección, y se anotan los diagnósticos: I) Disfunción orgánica múltiple: hematológica, cardiovascular, metabólica, en mejoría; i) Choque séptico por bacteriemia asociada a dispositivo vascular por pseudomonas aeruginosa y Cocos gram positivos; ii) enfermedad renal crónica en estadio 5, en hemodiálisis; iii) diabetes mellitus tipo 2 no controlada; y iv) hipertensión arterial controlada.

Pese al tratamiento dado y aunque había presentado mejoría, su estado de salud empezó a empeorar, y el 10 de mayo de 2016 se anota que el paciente está con evolución estacionaria, en falla multiorgánica con probabilidad de mortalidad de 90%, actualmente con soporte hemodinámico con noradrenalina a dosis máxima e inotrópico, parámetros ventilatorios sin cambios, con radiografía de tórax en el que se evidencia neumotórax y enfisema subcutáneo, con poca tolerancia terapia de hemodiálisis por lo que se suspende intermitentemente dicho soporte.

Finalmente, el 11 de mayo de 2016⁵⁷, se anota: "PACIENTE EN SEXTA DECADA DE LA VIDA, QUIEN EVOLUCIONA A CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN EN TEJIDOS BLANDOS Y BACTEREMIA ASOCIADA A CATETER SIN RESPUESTA A TRATAMIENTO INSTAURADO Y PROGRESION EN DISFUNCION ORGANICA A PUNTOS DE NO REVERSA. SIN TERAPIA DE REPLAZO RENAL COMO DECISION CONJUNTA ANTE LA PROGRESION DE DISFUNCION ORGANICA. POBRE PRONOSTICO VITAL A CORTO PLAZO". Y a las 10:36 p.m., se consignó por Cuidados Intensivos que paciente quien hace ritmo de asistolia a las 9:17 p.m., se declara fallecimiento, se llama a familiares.

Como diagnósticos finales en la historia clínica, se anotaron:

"DIAGNOSTICO

1. CHOQUE SEPTICO - BACTEREMIA ASOCIADA A CATETER
- 1.1 BACTEREMIA POR Pseudomonas aeruginosa Y Proteus mirabilis
- 1.2 DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE, SOFA 18 ptos
- RENAL, CARDIOVASCULAR, PULMONAR, NEUROLOGICA Y HEPATICA
2. ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ESTADIO 5
3. DIABETES MELLITUS TIPO 2"

.- De otro lado, se aportó la historia clínica de la Unidad Renal⁵⁸, administrada por RTS SAS, de la que se puede extraer como relevante que pese a los tratamientos dados al paciente su función renal no mejora, y como primera nota visible, se tiene que el 15 de mayo de 2015 se le practica el procedimiento denominado "INSERCIÓN DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS"⁵⁹. También se encuentran varias anotaciones relativas a que el paciente tiene mala adherencia al tratamiento dado, se documenta implantación y retiro del catéter en varias fechas, así como varias atenciones por procesos infecciosos, con accesos vasculares muy complicados por su enfermedad de base. Se Destaca que el 4 de junio de 2015, presentó salida de pus no asociado a SIRS, que obligó a quitar el catéter tunelizado e implantar otro al lado izquierdo yugular, presentando signos de uremia⁶⁰. Sintomatología que se repitió en terapias de 26 de junio de 2015⁶¹, anotándose por la especialidad de nefrología que se sospechaba posible foco abdominal y se trata con antibióticos y retiro del catéter.

Se allegaron igualmente las notas de enfermería que reportan la atención dada en sala de hemodiálisis que denota las atenciones prestadas, usualmente catéter con signos de sangrado, se educaba al paciente para mejorar sus hábitos de aseo, se practicaba curación del catéter y se verificaban signos de infección.

Según las notas de la historia clínica, las hemodiálisis iban bien hasta que el 14 de abril de 2016, se recibió al paciente en sala procedente de su domicilio, se observa edema facial y se refiere que el paciente se siente en regulares condiciones de salud, se revisa el catéter y se encuentra sin signos de infección, notas que se repiten hasta la sesión del 30 de abril de 2016⁶².

⁵⁷ Página 520 *ibidem*.

⁵⁸ Cuaderno 3.

⁵⁹ Página 38 del documento digital "001ContestacionDeLaDemanda" cuaderno 3.

⁶⁰ Página 51 del documento digital "001ContestacionDeLaDemanda" cuaderno 3.

⁶¹ Página 62. *ibidem*.

⁶² Página 65 a 75 del documento digital "002ContestacionDeLaDemanda", del C2.

Además, se cuenta con los consentimientos informados suscritos por el paciente Daniel Puentes Rodríguez de los que se extrae que el 7 de mayo de 2015, se suscribió "Consentimiento Informado Implantación Catéter Temporal o Tunelizado para Hemodiálisis", en el que se lee que el procedimiento tiene riesgos inmediatos como necesidad de trasfusión, posibles hospitalizaciones, neumotórax, dolor, muerte, entre otros; y riesgos mediatos como, infección generalizada (sepsis), necesidad de retiro o cambio de catéter, infección de orificio de entrada, trombosis venosa, entre otros⁶³. El 26 de mayo, el 17 de junio y el 27 de agosto de 2015, se volvió a firmar este consentimiento informado, así como el "Consentimiento Informado de Retiro de Catéter Venosos Central para Hemodiálisis", consentimiento que también se suscribió el 17 de junio y el 27 de agosto de 2015⁶⁴.

También se firmó el 13 de mayo y el 11 de agosto de 2015, el "Consentimiento Informado Creación de Fístula Arteriovenosa (Nativa/ Protésica)", la cual implicaba similares riesgos mediatos e inmediatos⁶⁵.

Finalmente, el 3 de mayo de 2016, se suscribieron los consentimientos para el retiro y la implantación de un nuevo catéter central para hemodiálisis.

.- También se aportó historia clínica elaborada por RTS en sus especialidades de trabajo social, psicología, enfermería y otras, que demuestran la mala adherencia del paciente al tratamiento de diálisis y a las recomendaciones médicas y en especial el desinterés del señor Puentes Rodríguez a seguir con el tratamiento dado, la ingesta de medicamentos y las prácticas de aseo⁶⁶.

Por ejemplo, en la atención dada al señor Daniel Puentes Rodríguez el 3 de octubre de 2015⁶⁷, Trabajo Social anotó que el paciente remitido por el área de enfermería de sala de hemodiálisis, ingresa solo a la unidad renal en regulares condiciones físicas, situación que se ha tornado permanente, y su esposa indica "Doctora el paciente es muy caprichoso en la casa, no quiere seguir recomendaciones médicas ni nutricionales, quiere comer lo que él quiere, no se está cuidando con la dieta", también se aduce que se resiste a estar acompañado porque se siente bien, pero en el examen médico se advierte que se encuentra en condiciones regulares con su estado de salud, y la pobre red de apoyo familiar por las labores que desempeñan su esposa y su hija menor de edad y estudiante.

Se destaca también que sus exámenes de laboratorio no están bien, no sigue recomendaciones para la aplicación de insulina en casa, el paciente no se toma la medicación, ni sigue indicaciones por nutrición.

El 7 de diciembre de 2015, la especialidad de psicología anota que paciente quien presenta pobre autocuidado, falta mejorar hábitos de higiene, no se aplica la insulina en casa ni realiza actividades beneficiosas para su salud, y la no asistencia a citas con nutricionista y otras.

El 31 de enero de 2016, las especialidades de nefrología y psiquiatría, insisten en las anotaciones de que el paciente, aunque parece receptivo, "presenta pobre autocuidado, falta mejorar hábitos de higiene, no se aplica la insulina en casa ni realiza actividades beneficiosas para su salud", razón por la que se explican pautas para el mejoramiento ante la adherencia a su tratamiento, fomento en la toma de conciencia sobre sus estilos mal adaptativos para buscar una mejor calidad de vida.

El 11 de febrero de 2016, continúan las anotaciones de que paciente tiene mala adherencia al tratamiento nutricional, no realiza los tiempos de comida estipulados para paciente diabético, actualmente con todos los laboratorios alterados, y refiere el paciente "yo ya no tengo diabetes"⁶⁸. Anotaciones que se repiten en casi todas las atenciones médicas en sala de diálisis, como en la atención de 22 de marzo⁶⁹, 23 de

⁶³ Página 175 del del documento digital "002ContestacionDeLaDemanda", del C2.

⁶⁴ Folio 194 *ibidem*.

⁶⁵ Página 183 *ibidem*.

⁶⁶ Documento digital "80265058" visible en la carpeta "CD FOLIO 235" del C7.

⁶⁷ Página 1 del documento digital "80265058", visible en la carpeta "CD FOLIO 235" del C7.

⁶⁸ Página 5 *ibidem*.

⁶⁹ Página 7 *ibidem*.

abril⁷⁰, 29 de abril⁷¹, 30 de abril de 2016, en todas se destaca su mala adherencia al tratamiento dado, la falta de ingesta de medicamentos, la poca higiene, y el no seguimiento de las indicaciones nutricionales sobre todo porque se le ha visto tomar gaseosa y paquetes lo que le altera sus exámenes paraclínicos.

El 2 de mayo de 2016⁷², se realiza nota retrospectiva de sábado 30 de abril de ese año, en la que se indica que al finalizar sesión de diálisis, el paciente presenta fiebre de 38 grados y escalofríos, se toman hemocultivos central y periférico, y se informa al paciente que debe ser trasladado inmediatamente al servicio de urgencias, sin embargo, *“de manera enfática y con palabras agresivas, manifiesta no desea acudir a servicio de urgencias, **ME VOY A MI CASA CON MI PROPIA AUTORIZACION Y RIESGOS**”, en presencia de personal de enfermería y demás pacientes de diálisis de ese turno. Se explican riesgos y posibles consecuencias de su decisión”.*

El 10 de mayo de 2016, se anotó por la especialidad de nefrología *“Paciente quien presenta pobre autocuidado, falta mejorar hábitos de higiene, no se aplica la insulina en casa ni realiza actividades beneficiosas para su salud, en varias ocasiones se ha realizado intervención con sus familiares a quienes se observa con dificultades para asumir los cuidados y compromisos con el paciente debido a que el paciente es de difícil manejo en casa. Familia disfuncional... Familiares manifiestan conductas reactivas con el personal médico de nefrología y conducta grosera por parte del hijo del paciente hacia el personal, no atiende ni escucha recomendaciones sugeridas por el personal médico de nefrología”.*

Además, de las anotaciones de los nefrólogos se destaca que, durante los últimos días del paciente se consideró que no se aplica insulina hace cuatro meses y al realizar sensibilización al respecto, el paciente refiere que no se aplica medicamento porque se siente bien y considera que no necesita la insulina, por lo que se anota la poca capacidad de introspección sobre la enfermedad y sus complicaciones metabólicas.

.- En audiencia de pruebas de 25 de enero de 2022, se escucharon los siguientes testimonios:

.- Doctor Jairo Enrique Pérez Franco, médico especialista en medicina interna e infectología, persona que analizó la historia clínica del paciente para emitir un concepto, y lo que observó es que el paciente tenía antecedente de diabetes mellitus, que es una de las principales causas de falla renal crónica⁷³, enfermedad en la que se pierde completamente la función renal, por lo que para conservar la vida se necesita alguna terapia de reemplazo renal. El paciente empezó la hemodiálisis mientras estaba hospitalizado, en donde le habían implantado un catéter de mahurkar y una fistula que no funcionó perfectamente, adujo que usualmente se hace el procedimiento 3 veces a la semana.

Destacó que pacientes con la condición de salud como la del señor Puentes Rodríguez son más susceptibles a infecciones, pues los que sufren de falla renal tiene muchas alteraciones en el cuerpo, pero el mayor riesgo de infección es una que se recalca⁷⁴, y para los pacientes que necesitan el catéter, ese riesgo aumenta aún mas porque el sistema inmunológico se disminuye por tener una vía de acceso para que las bacterias u hongos ingresen al cuerpo humano, especialmente en la piel que no está sana (con heridas), puesto que la piel sana es prácticamente inmune a éstos.

Informó que hay dos protocolos en el HOMIC para la prevención de infecciones durante estos procedimientos, uno que tiene que ver con la inserción y otro con el mantenimiento⁷⁵, en el primero se verifica que la persona que implanta el catéter sea idónea, que tenga los implemento de prevención disponibles, la preparación de la piel del paciente, y mecanismos para que no se infecte, entre otros; y en el segundo momento, se deja el catéter bien cubierto, se limita para la manipulación, se hacen curaciones cuando se necesite, se cambian los apósitos que los recubren cada cierto

⁷⁰ Página 8 *ibidem*.

⁷¹ Página 9 *ibidem*.

⁷² Página 10 *ibidem*.

⁷³ Minuto 23:50 del audio de la audiencia.

⁷⁴ Minuto 26:10 *ibidem*.

⁷⁵ Minuto 27:45 *ibidem*.

tiempo, uso de batas, guantes y gorros, entre otros. Así mismo, explicó que la persona cuando va a su casa les queda prohibido manipular el dispositivo, y la forma en como deben bañarse, entre otras; y destacó que el HOMIC se caracteriza por tener tasas de infección muy bajas, destacando en el país por ello⁷⁶.

Después, adujo que su conclusión luego de estudiar la historia clínica es que el paciente cuando ingresó a hospitalizarse tenía signos de que cursaba una infección severa⁷⁷, siendo evidente desde al menos un día antes fiebre y salida de secreción a través del catéter, y en los cultivos tomados a su sangre les creció en todos, una bacteria que se llama pseudomona aeruginosa, y como no mostraba otros signos en su humanidad, hacia pensar que cursaba una infección asociada a catéter, por lo que era necesario retirarlo cuanto antes y poner antibiótico dirigido contra esa bacteria, lo cual se realizó. Por tanto, concluyó que la conducta de diagnóstico y ataque de esa infección por parte del hospital fue diligente.

Sobre la bacteria, adujo que normalmente vive en el cuerpo humano en un gran porcentaje de la población en el intestino⁷⁸, y de ahí puede salirse y generar infecciones en otra parte del cuerpo, además vive en zonas húmedas, porque es una bacteria que vive fácilmente en el agua, no es una bacteria que *"se asocia fácilmente a las infecciones de catéter, las mas frecuentes son otras, que viven en la piel y que por vivir en la piel se pueden meter a través del catéter, entonces no es la mas frecuente pero en la lista de las bacterias aparece sin ser tampoco de las más raras"*⁷⁹. Y, cuando se le indagó si podría considerarse como una infección intrahospitalaria, indicó que más bien es una infección relacionada al cuidado del catéter, asociada con el cuidado de la salud, mas que intrahospitalaria que es cuando la persona se encuentra hospitalizada; destacó que no es posible establecer en dónde nació el contagio de la bacteria, pero por historia clínica es posible llegar a un conocimiento de donde salió cierto foco, por ejemplo si tuviera diarrea se podría pensar que vino del intestino, pero para el caso del paciente, lo más probable es que haya nacido o ingresado por las paredes del catéter⁸⁰, por ejemplo, de pronto porque tuvo un grado de humedad, ya que no se evidenció infección en otras partes del cuerpo.

Entonces, indicó que habría que ver cómo era el manejo del catéter dado por el mismo paciente, pues en su criterio, para que se infecte en la Unidad es muy difícil pues tiene un criterio de calidad altísimo y el uso de elementos que disminuyen mucho la probabilidad de que allí se contagie, no obstante, no puede confirmar con certeza en qué momento entró la bacteria al catéter.

Finalmente, aseguró que la mala adherencia del paciente al tratamiento de insulina para la diabetes mellitus aumentaba el riesgo de infección, porque eso implica que el grado de unión a proteínas del cuerpo sea demasiado alto, *"de hecho no aplicarse la insulina 4 meses es mucho"*⁸¹, pues el paciente que usa insulina es porque tiene una enfermedad muy avanzada y no puede vivir sin ella; además, indicó que un paciente con esas características y con insuficiencia renal *"empieza de base inmunocomprometido"* por lo que sus barreras físicas se ven muy disminuidas para afrontar la infección, hecho que se agrava aún más si se niega a recibir atención en salud una vez inicia los síntomas, pues en algunas ocasiones *"lastimosamente, de acuerdo a la severidad de la infección se sabe qué la oportunidad en la cual se ponen los antibióticos y en la cual se manejan los riesgos tiene que ver con la mortalidad, entonces cuando hay una infección severa ya se sabe para varias infecciones que el hecho de demorar una o tres horas el inicio del antibiótico y el inicio de las otras estrategias del inicio de la infección o el retiro del catéter aumenta la mortalidad indiscutiblemente"*⁸².

.- Doctora CAROLINA LARRARTE ARENAS, quien prestó a Daniel Puentes Rodríguez la atención médica en su último día de vida como médica adscrita a RTS SAS, contó que el paciente tenía mal control metabólico de su enfermedad de base de diabetes

⁷⁶ Minuto 1:02:25 *ibidem*.

⁷⁷ Minuto 30:11 *ibidem*.

⁷⁸ Minuto 34:18 *ibidem*.

⁷⁹ Minuto 34:10 *ibidem*.

⁸⁰ Minuto 42:45 *ibidem*.

⁸¹ Minuto 1:09:00 *ibidem*.

⁸² Minuto 1:11:55 *ibidem*.



mellitus⁸³, tenía múltiples hospitalizaciones asociadas a procesos infecciosos, fue conocido por la unidad renal inicialmente en marzo de 2015 por remisión que hiciera la especialidad de nefrología después de una hospitalización, quienes anotaron que ya tenía la enfermedad renal crónica, se ingresa a un programa de nefroprotección, en el que un equipo multidisciplinario decide aplicarle la terapia de diálisis, pues su enfermedad avanza rápidamente, y explicó los procedimientos realizados para poder hacer la terapia, esto es la instalación del catéter central y una fistula que no pudo ser usada.

Resalta las notas de la histórica clínica que aluden a que el paciente tenía pobre adherencia a los tratamientos dados a sus enfermedades y de nutrición, la suspensión de la insulina para la diabetes, pobre aseo en el catéter y apoyo familiar⁸⁴, aspectos que llevaron a aumentar el riesgo de infección, sobre todo porque los pacientes en diálisis tienen 100 veces más posibilidad de adquirir una infección, siendo esta la segunda causa más frecuente de morbilidad de estos pacientes, pues la primera son complicaciones cardiovasculares, y si se tiene en cuenta que el paciente poseía un catéter, podría pensarse que tiene 800 veces más probabilidad de infección. También indicó que según su conocimiento, no hubo más pacientes infectados con la bacteria pseudomona para esa época, y destacó que al paciente se le instaló el catéter en agosto de 2015, y que cuando *“uno presenta infecciones asociadas al procedimiento como tal, digamos al hecho de ponerle el catéter la infección se tiene que manifestar dentro de las 48 horas, y transcurrieron muchos meses para presentar signos de infección”*⁸⁵.

.- La señora NASLY STELLA RUIZ MEDINA, jefa de enfermería de la Unidad Renal de RTS SAS, quien atendió al paciente Daniel Puentes en la sala de hemodiálisis en unas terapias, por lo que recuerda que el paciente tenía unos accesos vasculares muy complicados por su diabetes, que le generaban venas muy delgadas, con tendencia a tener trombosis, aunado a que era un paciente complicado, llegaba con los catéteres muy sucios pese a la educación de aseo que se le daba⁸⁶, ya que era muy renuente a las indicaciones que se le daban respecto de la fistula y del catéter, destacando con esto que el apoyo familiar era difícil y el paciente *“estaba solo”*, necesitaba acompañamiento y generalmente iba solo a las terapias, por lo que con Trabajo Social se debió intervenir mucho a la familia.

Aseguró que para el momento en que se atendía al paciente se contaba con un protocolo de conexión y desconexión⁸⁷, se realizaban listas de chequeo a los enfermeros y auxiliares, procedimiento entre los que destaca el lavado de manos, el cambio de tapabocas, uso de guantes, gasas estériles, la consulta para determinar si el paciente había sentido algo inusual en el catéter, se realizaba en un espacio libre de aire, se le daban recomendaciones de aseo, y se realizaban las curaciones necesarias; al finalizar la terapia se devuelve la sangre al paciente con técnica estéril. En cuanto a recomendaciones, se le indicaba al paciente en concreto que no podía mojarse el acceso vascular, no debía rascarse, ni acercarse al calor, lavado de manos constante, no permitir que una persona ajena tocara el catéter, entre otras.

.- La trabajadora social LUZ HELENA MOSQUERA PUÍN, quien atendió al paciente Daniel Puentes Rodríguez en la Unidad Renal de RTS en el Hospital demandado, adelantó un proceso de atención de los pacientes de la Unidad, así como procesos educativos de los deberes, compromisos y responsabilidades que debían tener con sus cuidados para el tratamiento, el transporte y refrigerio que se les ofrecía. Respecto del paciente objeto de esta demanda, indicó que era aislado, no era adherente al tratamiento⁸⁸, tenía una red de apoyo débil porque únicamente contaba en su segunda unión con la esposa e hija menor de edad, descuidado en su aseo personal y no seguía las indicaciones de su médico tratante ni del grupo de apoyo en la parte nutricional, era un paciente de difícil manejo.

⁸³ Minuto 1:30:03 *ibídem*.

⁸⁴ Minuto 1:35:36 *ibídem*.

⁸⁵ Minuto 2:02:48 *ibídem*.

⁸⁶ Minuto 2:48:30 *ibídem*.

⁸⁷ Minuto 2:51:30 *ibídem*.

⁸⁸ Minuto 15:12 del audio de la audiencia “AUDIENCIA PRUEBAS 2018-00217 R.D-20220125_083102-Grabación de la reunión I”

Adujo que tuvo la oportunidad de hacer visita domiciliaria al paciente, en la que evidenció que *“no tenía las características de limpieza y salubridad, de hecho era un paciente que había las probabilidades de poder por sus mismas condiciones de no desplazarse a la Unidad Renal, de ingresar a un programa de peritoneal, en ese entonces junto con la jefe encargada se hicieron las revisiones de estas condiciones y pues no aplicaba tampoco por su desaseo, y también la señora con la que él vivía en ese entonces creo que trabaja en un puesto en la plaza de frutas... por lo que no tenía el tiempo para brindarle al paciente en ese entonces”*⁸⁹. Además, agregó que el paciente se consideraba de mediano riesgo pues dependía del titular del servicio, su hijo, y de lo que hiciera la esposa en su entorno, pues él ya no trabajaba, y en algún momento tuvo serios problemas de aseguramiento en el Subsistema de Salud, además en las interacciones con él se le notaba bastante aburrido y cansado con las indicaciones pues por su actitud se notaba que *“no quería llevar un tratamiento como se lo recomendaban”*.⁹⁰

- El Doctor JORGE ARMANDO PULIDO SÁENZ, quien adujo haber conocido al paciente Daniel Puentes porque lo atendió durante el mes de mayo de 2016, en la atención hospitalaria en nefrología en el Hospital Militar Central. Destacó una nota suya en la historia clínica en la que se le indicaba al paciente que debía ir al servicio de urgencia por presentar fiebre, no obstante, el paciente no hizo caso a la recomendación, paciente que por estar en diálisis y tener alta carga de enfermedades era indispensable que asistiera a dicho servicio para evitar una posible sepsis y otras complicaciones graves⁹¹. Aseveró que, en el ámbito de las infecciones, cuanto más temprano se ataque las mismas, el resultado es más óptimo, pues éstas inician de forma localizada pero cuando no se tratan oportunamente se pueden propagar a otros órganos, lo que origina una sepsis severa que a la postre conduce a una falla multiorgánica⁹², máxime si el paciente sufre de diabetes porque el mal control de la glicemia lleva a tener mayores complicaciones infecciosas. Por ello, afirmó que *“el tiempo es oro en estos asuntos”*, pues las condiciones de un paciente tienden a empeorar con el paso del tiempo, haciendo más difícil la recuperación de la salud.

Cuando se le indagó por la bacteria pseudomona indicó que, si bien la misma se presenta en el ámbito hospitalario, también se encuentra ampliamente en la comunidad⁹³.

- Interrogatorio de parte de la señora KAREN DANIELA PUENTES MENDOZA, hija del señor Daniel Puentes Rodríguez, quien manifestó que el hogar estaba conformado por Beatriz Mendoza Bautista y ella, pero que vivían en la casa de una tía junto con otros familiares. Indicó que para la época de los hechos el señor Puentes Rodríguez no ejercía ninguna actividad económica, no trabajaba porque su estado de salud era grave, estaba muy débil, y la que trabajaba era la mamá. En cuanto a la enfermedad de su padre, señaló que inicio más o menos desde el año 2011, cuando le diagnosticaron diabetes, y para finales de 2015 le diagnosticaron *“la diálisis”*, cuando inició el procedimiento en el hospital y empezó a empeorar todo.

Agregó que en ese tiempo estudiaba, pero sabía que a la casa llegó una visita de dos médicos que le explicaron dos tipos de diálisis, pero *“al ver pues la casa que no era, pues no estábamos tan seguras que fuera lo mejor porque decían que tenía que tener un cuidado más allegado”*; respecto de los cuidados decían que debía tener una adecuada alimentación, proteger el catéter, para lo cual se ponía papel vinipel para que no se mojara, iba a diálisis cada día de por medio, *“a veces se le taponeaba por decirlo así se le hacían coágulos ahí que no le permitían cuando legaban al hospital que le hicieran la diálisis”*, y dormía en una habitación solo. Agregó que su papa no se cuidaba en el sentido de que no le gustaba ir al hospital, porque estaba cansado de vivir 5 años ese proceso, pero cuando se agravaba sí iban al hospital para ser atendido. El hogar se mantenía a través de un puesto de corabastos que tenía la mamá. Finalmente, indicó que el demandante Edwin Hernán Octavio Hastamorir lo acompañó algunas veces a la diálisis, pero eso no era constante comoquiera que él también trabajaba.

⁸⁹ Minuto 18:49 *ibidem*.

⁹⁰ Minuto 22:09 *ibidem*.

⁹¹ Minuto 11:00 del audio de la audiencia “AUDIENCIA PRUEBAS 2018-00217 R.D-20220125_141835-Grabación de la reunión”

⁹² Minuto 13:20 *ibidem*.

⁹³ Minuto 22:23 *ibidem*.

.- Documento denominado "DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO DANIEL PUENTES RODRÍGUEZ"⁹⁴, elaborado por el Dr. Nelson Javier Fonseca Ruiz de la Universidad CES, en el que es enfático en afirmar que tan solo se le aportó historia clínica a partir del 1° de mayo de 2016, pero que de ella concluye que el paciente falleció por disfunción orgánica múltiple como consecuencia de choque séptico originado por una bacteriemia asociada a catéter venoso insertado para realizar hemodiálisis, el cual estaba colonizado por Pseudimas Aeruginosas, infección que considera de carácter intrahospitalario, y tuvo su foco en la instalación del catéter "que había sido previamente implantado". Por lo demás, indica que la atención médica suministrada estuvo de acuerdo con la *lex artis*, fue un servicio pertinente y oportuno, sin que se pudiera observar negligencia médica o administrativa.

Este dictamen pericial no fue controvertido, puesto que la parte demandante no lo solicitó, como tampoco lo hicieron los apoderados de la demandada o sus llamadas en garantía.

7.2.- De la tacha a los testigos

En audiencia de pruebas de 25 de enero de 2022, el apoderado de la parte demandante tachó los testimonios rendidos por los doctores CAROLINA LARRARTE ARENAS y JORGE ARMANDO PULIDO SÁENZ, por la jefa de enfermería NASLY STELLA RUIZ MEDINA y por la trabajadora social LUZ HELENA MOSQUERA PUÍN, bajo la expresión genérica de que su imparcialidad podría verse afectada al sostener una relación laboral con la llamada en garantía RTS S.A.S.

El Despacho no encuentra de recibo la tacha planteada, como quiera que escuchado los testimonios nuevamente, no se logró advertir que los relatos efectuados por los testigos hayan sido extrañamente beneficioso a su empleador, ni que se hayan efectuado manifestaciones dudosas con el fin de favorecer alguna situación concreta, pues más bien, sus dichos concuerdan con lo anotado en las historias clínicas y sus manifestaciones fueron apoyadas por sus conocimientos científicos, los que también están de acuerdo con lo manifestado por el Doctor Jairo Enrique Pérez Franco, médico especialista en medicina interna e infectología, cuyo alegato no fue tachado, y quien a la postre otorgó un testimonio médico basado en su interpretación de la atención dada al familiar de los demandantes. Por lo mismo, se dará pleno valor probatorio a los mismos, destacando que sus dichos igualmente serán confrontados con los demás medios de prueba allegados al expediente.

7.3.- Análisis del caso

El examen de las pruebas obrantes en el expediente lleva a concluir que si bien quedó demostrada la existencia de un daño, consistente en la muerte del señor Daniel Puentes Rodríguez (q.e.p.d.), el mismo no se le puede endilgar a la entidad demandada, dado que no se probó la tesis con la que la parte demandante sustenta sus pretensiones, relativa a que la bacteria que contrajo el paciente pueda considerarse multirresistente o que el contagio de dicho germen se haya producido al interior del Hospital Militar Central, y en especial por las especiales condiciones de salud que presentaba el paciente al momento de ser atendido en esa institución de salud, hecho que impide que el Despacho pueda acceder a declarar la responsabilidad del Estado bajo el régimen objetivo de responsabilidad que invoca la parte demandante.

De acuerdo con lo expuesto en acápites anteriores, es claro que cuando se alega que el daño derivó de una infección nosocomial o intrahospitalaria, el régimen bajo el cual se debe analizar la responsabilidad es el objetivo por riesgo excepcional. Presupuesto bajo el cual la parte actora tiene la carga de la prueba, esto es probar que la causa del daño fue una bacteria multirresistente que se encontraba dentro del hospital, para lo cual puede utilizar todo tipo de pruebas idóneas, tales como peritajes, documentos e indicios, entre los últimos la demostración de que el daño fue producido por una bacteria típicamente intrahospitalaria. En suma, para aplicar el régimen objetivo de responsabilidad por daños derivados de la adquisición de una bacteria nosocomial, debe constatar que el daño:

⁹⁴ Página 211 del documento digital "002Demanda-Anexos", del CI.

- i) tuvo su origen en una infección de origen exógeno al paciente;
- ii) fue ocasionado por una bacteria multirresistente y
- iii) por tanto, resultó inevitable para la institución la producción del mismo porque de haber sido evitable se trataría eventualmente de una falla el servicio.

En primer lugar, se tiene que las pruebas indican que el señor Daniel Puentes Rodríguez (q.e.p.d.), era un paciente complicado, con un estado de salud bastante grave, debido a sus patologías de diabetes mellitus tipo II mal controlada, hipertensión mal controlada y enfermedad renal crónica estadio V, pésima adherencia a los tratamientos dados, mala alimentación, no ingesta de medicamentos, y mal control de su higiene y de la limpieza propia de los catéteres que tuvo a lo largo de su proceso de diálisis. Durante toda su enfermedad y su tratamiento son múltiples las notas que así lo acreditan.

Si bien la parte demandante asegura en la demanda que *“en el mes de abril de 2016”*, le practicaron al paciente un cateterismo central, y que por dicho procedimiento fue que resultó infectado con la bacteria *Pseudomona aeruginosa*, tal aseveración no se probó en este asunto, pues la historia clínica cuenta que el catéter central fue instalado en la humanidad del paciente desde el 7 de mayo de 2015, y posteriormente tuvo que ser cambiado de sitio por diferentes complicaciones en fechas de 26 de mayo, 17 de junio y 27 agosto de 2015, y 3 de mayo de 2016, sin embargo, no se documenta la atención en la que la parte demandante aduce genéricamente que fue infectado en abril de 2016.

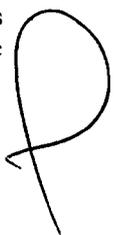
Lo anterior permite concluir que los hechos en que se basa la imputación del daño a las entidades demandadas no fueron probados, pues al contrario de lo dicho en el escrito inicial, el paciente ya tenía instalado el catéter central que varios meses después resultó infectado.

Según las notas de la historia clínica de Sala de Diálisis, el paciente empezó a presentar regular estado general y edema facial y torácico en aumento desde el 14 de abril de 2016, hasta el día 28 siguiente en el que luego de la diálisis lo remiten a la sala de urgencias, donde es atendido por cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en edema facial ocasional de predominio vespertino con rubicundez y disnea por lo que se sospecha síndrome de vena cava superior y se le realizó TAC de cuello y tórax con evidencia de imagen sugestiva de trombosis de subclavias parcialmente recanalizada, además, se le realizó Doppler arterial y venoso que se reporta normal, descartando el síndrome y dando salida con plan de manejo.

El 30 de abril de 2016, el paciente acude a practicarse la diálisis pero continúa refiriendo regular estado general, se encuentra febril 38°, saturando 92%, a las 16+27 horas se le termina el procedimiento y se le ordena ir inmediatamente a urgencias, sin embargo, el paciente se muestra violento y con palabras agresivas manifiesta que no desea acudir al servicio: *“me voy a mi casa con mi propia autorización y riesgos”*; se toma hemocultivos de la vía arterial del catéter y otro periférico, y el paciente por sus propios medios se retira de la institución sin compañía de ningún familiar.

Así, el 1° de mayo de 2016, a las 12:39 p.m., ingresa al servicio de urgencias del Hospital Militar Central por presentar alteración del estado de conciencia, según la esposa la última vez que lo vio normal fue a las 3 de la mañana, se encuentra hipotenso, con dependencia al Venturi para saturaciones adecuadas, sin signos de dificultad respiratoria, somnoliento, respuesta verbal incompresible, se ordena reanimación y manejo y se conceptúa que cursa con sepsis de tejidos blandos asociada a catéter que el día 5 siguiente, se confirma la tipificación de la infección, y se anotan los diagnósticos: I) Disfunción orgánica múltiple: hematológica, cardiovascular, metabólica, en mejoría; i.i) Choque séptico por bacteriemia asociada a dispositivo vascular por *Pseudomonas aeruginosa* y Cocos gram positivos; ii) enfermedad renal crónica en estadio 5, en hemodiálisis; iii) diabetes mellitus tipo 2 no controlada; y iv) hipertensión arterial controlada.

Finalmente, el 11 de mayo de 2016, se anota que el paciente evoluciona a choque séptico de origen en tejidos blandos y bacteriemia asociada a catéter, sin respuesta a tratamiento instaurado con antibióticos y progresión en disfunción orgánica a puntos de no reversa, pobre pronóstico vital a corto plazo, y a las 9:17 p.m., el paciente hace ritmo de asistolia a las 9:17 p.m., y se declara su fallecimiento.



Con lo anotado en las historias clínicas no es posible establecer en qué momento el catéter yugular central para la realización de hemodiálisis implantado al señor Puentes Rodríguez, pudo haberse infectado por la bacteria pseudomona aeruginosa que provocó una sepsis generalizada en su humanidad y luego su muerte; mucho menos se pudo determinar si este contagio se produjo al interior del Hospital demandado, sobre todo porque los testimonios practicados en este asunto, mostraron que si bien esta puede encontrarse en el ambiente hospitalario, también es común encontrarla en la comunidad e incluso en la misma flora intestinal del paciente.

La anterior conclusión también está apoyada en la literatura médica que indica que la bacteria pseudomona aeruginosa, está presente en el suelo y el agua en todo el planeta. Estas bacterias crecen en áreas húmedas, tales como fregaderos, lavabos, piscinas inadecuadamente cloradas y jacuzzis, y en soluciones antisépticas caducadas o inactivadas y en ocasiones, estas bacterias están presentes en las axilas y área genital de las personas sanas y puede infectar diferentes partes del cuerpo, sobre todo en el caso de personas que tienen problemas médicos graves o están hospitalizadas.

Las infecciones por Pseudomonas aeruginosa varían desde infecciones externas leves hasta enfermedades graves potencialmente mortales, son más frecuentes y suelen ser más graves en personas que estén debilitadas por ciertas enfermedades o trastornos graves, tales como diabetes o fibrosis quística, o una enfermedad que debilite su sistema inmunitario, entre otros. *“Estas bacterias infectan la sangre, la piel, los huesos, los oídos, los ojos, el sistema urinario, las válvulas cardíacas y los pulmones, así como heridas (como quemaduras, lesiones o heridas quirúrgicas). El uso de dispositivos médicos, como catéteres insertados en la vejiga o en una vena, tubos de respiración y ventiladores mecánicos, aumenta el riesgo de infecciones por Pseudomonas aeruginosa”*⁹⁵.

En cuanto a su propagación y transmisión, la literatura médica ha dicho que se encuentra en el suelo húmedo, agua, aguas residuales, vegetación, humanos y animales, es ampliamente difundida en la naturaleza, *“en el agua (ríos, lagos, depósitos, duchas, bañeras, piscinas y piscinas de hidromasaje, etc.), en los suelos húmedos, en los vegetales y en los materiales húmedos (alimentos, fómites); también puede formar parte de la flora microbiana normal saprófita de las zonas húmedas de la piel (axilas, conducto auditivo, región perineal y mucosas)”*⁹⁶. Y la transmisión se produce principalmente a través del contacto de la piel lesionada o reblandecida y de las mucosas con el agua o con los objetos contaminados.

Entonces, si bien es cierto que la bacteria que complicó aún más la salud del señor Puentes Rodríguez se encuentra en el ambiente hospitalario, también lo es que se encuentra en la comunidad e incluso en el cuerpo de las personas, razón por la que la carga de la prueba en cabeza de la parte demandante se dificulta pues debe demostrar que la misma sí se hallaba al interior del Hospital Militar Central y no fue adquirida en otro ámbito.

Sobre este punto, bien podría acudirse a los indicios para concluir que la infección pudo haberse dado de forma intrahospitalaria, pues el paciente frecuentaba las instalaciones del Hospital Militar Central, no obstante, existen razones que rompen el nexo causal entre la infección y la actividad hospitalaria, y que generan serias dudas sobre cómo se contaminó el catéter con aquella bacteria.

En primer lugar, porque quedó descartado que la infección se haya producido al momento de la instalación del catéter yugular central derecho en la humanidad del paciente, pues este procedimiento tuvo lugar muchos meses antes de que iniciaran los síntomas que permitieron concluir que cursaba una sepsis generalizada, por lo que el fundamento de la demanda queda descartado ya que no resulta posible correlacionar la infección presentada por el paciente en el mes de abril de 2016 con el procedimiento de inserción del catéter.

⁹⁵ Información extraída del siguiente link: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/infecciones/infecciones-bacterianas-bacterias-gramnegativas/infecciones-por-pseudomonas>

⁹⁶ Información extraída del siguiente link: <https://www.centroulcerascronicas.com/divulgacion/pseudomona-aeruginosa/>

En segundo lugar, porque los padecimientos que llevaron a que el estado de salud del paciente se desmejorase iniciaron con antelación al 28 de abril de 2016 cuando el paciente asistió al servicio de urgencias para tratar el edema facial que aumentaba y que sugería la presencia de un trombo al interior de vena subclavia izquierda el cual fue descartado, lo que hace pensar que la infección pudo haber iniciado varios días antes de su visita al Hospital.

En tercer lugar, porque cuando se hizo evidente que podía estar cursando una posible infección durante el procedimiento de diálisis de 30 de abril de 2016, pues ya presentaba fiebre y se encontraba saturado, no acogió la orden médica de dirigirse a la sala de urgencias del Hospital y de forma grosera indicó que se iba para su casa bajo su propio riesgo, sin darle ninguna importancia a todas las recomendaciones médicas y sus antecedentes de salud. Por tanto, el hecho de que el paciente rechazara asistir tempranamente al servicio de urgencias claro que tuvo impacto en su desenlace, pues conllevó a la progresión del proceso infeccioso y la afectación multiorgánica, pues tal como se testificó en este asunto, el tiempo con el que se atacan las infecciones causadas por bacterias resulta de suma importancia para su erradicación.

En cuarto lugar, porque según los testimonios y la literatura médica, el paciente presentaba antecedentes de salud que hacían que su exposición a padecer la infección que lo llevó a fallecer fuera demasiado elevada, esto es tener patologías de base como la diabetes mellitus, hipertensión y enfermedad renal crónica en fase terminal, las que lo hacían una persona inmunosuprimida, y aunque él tenía conocimiento de ello, hay suficientes pruebas que demuestran que se expuso a ese riesgo sin mayor miramiento, pues no contribuía al manejo de sus enfermedades, no consumía los medicamentos ordenados y no era adherente con los tratamientos dados por sus médicos tratantes.

Además, porque sus hábitos de aseo eran constantemente cuestionados, de hecho la enfermera jefe que declaró en este asunto fue enfática en afirmar que tenía un buen trato con los accesos vasculares que tenía instalados en su cuerpo, pues llegaba a las sesiones con el catéter sucio o mal cuidado, con malos hábitos alimenticios y con pobre red apoyo familiar, lo que lleva a asegurar que a pesar de las recomendaciones y permanente seguimiento, el señor Daniel Puentes Rodríguez (q.e.p.d.) no era complementemente adherente al tratamiento, ni acataba juiciosamente las recomendaciones médicas respecto de sus patologías y rutinas de cuidado, hecho que por supuesto tuvo injerencia en la concreción del riesgo de infección del catéter vascular.

En ese sentido, el riesgo de infección estaba dado en el caso del paciente, según lo explicaron los médicos declarantes, porque el antecedente de diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica hacían que dicha persona tuviese un mayor riesgo de infección y una menor respuesta del sistema de defensas ante un proceso infeccioso activo, debido a la inmunosupresión que generan estas enfermedades. Además, el constante uso del catéter genera que el paciente tuviera un mayor riesgo de infección, pues tiene una puerta abierta entre su torrente sanguíneo y el exterior para que bacterias oportunistas puedan ingresar con facilidad a su humanidad, riesgo que era considerado como permanente por lo que le era exigible un autocuidado más estricto, cosa que no sucedió.

En quinto lugar, porque se demostró que en el Hospital Militar Central se tenían establecidos protocolos de manejo de infecciones por bacterias que se cumplían estrictamente, que la tasa de infecciones en la entidad demandada es baja y que para la época de los hechos no se documentó o demostró otro proceso infeccioso causado por la bacteria pseudomona.

En sexto lugar, porque el uso del catéter comportaba un alto riesgo de infección por el particular estado de salud del paciente, riesgo que fue asumido por él mismo al momento de suscribir el consentimiento informado, sin embargo, aquel se justificaba por la necesidad de practicar el procedimiento de diálisis, pues sin este el riesgo de muerte era inminente, como quiera que se trataba de un paciente renal crónico en fase terminal, con precarios sistemas inmunológicos.

En suma, porque el catéter si bien era indispensable para la sobrevivencia del paciente, afectaba la barrera natural de la humanidad del paciente, es decir la piel, y el hecho de que el paciente hiciera una vida normal, hacía que estuviera expuesto a múltiples

ambientes, lo que hacía posible que el germen oportunista pudiera tener cualquier origen, incluyendo su propia flora bacteriana o incluso haber sido adquirido en la comunidad.

En ese sentido, llama la atención del Despacho que según la historia clínica la bacteria *pseudomona aeruginosa* que se encontró en la humanidad del paciente era sensible a los medicamentos dados, es decir no era multirresistente como suelen ser las bacterias contraídas en el nosocomio, y que su fallecimiento obedeció más a que cuando se le prestaron los servicios de salud era tarde pues la bacteria ya había colonizado gran parte de sus tejidos blandos, sobre todo porque su estado de salud era bastante delicado por sus patologías de base, por su mal autocuidado y porque por sus especiales condiciones estaba mucho más expuesto a ese resultado que otros pacientes.

De otro lado, el Despacho resta valor probatorio al dictamen pericial aportado por la parte demandante, comoquiera que no fue objeto de contradicción, a lo que se agrega que de su lectura es dable inferir ciertas inconsistencias que hacen que sus conclusiones no tengan peso probatorio. Por ejemplo, la mayoría de los cuestionamientos fueron respondidos bajo la afirmación de que no tenía la historia clínica completa, pues solo se le aportaron las atenciones suministradas a partir del 1° de mayo de 2016, y como se sabe que los síntomas de infección iniciaron antes de esa data, salta a la vista que su análisis no fue integral.

Además, porque su conclusión más importante, relativa a que *“el foco infeccioso del catéter de hemodiálisis insertado previamente sal 1 de mayo. Esta infección fue de origen intrahospitalario”*, no se encuentra justificada, no se explican las razones por las que se califica la infección como intrahospitalaria, ni cuál fue el momento de la implantación del catéter, ni si el tipo de germen aislado puede ser considerado como endógeno o exógeno, ni la repercusión que tiene el catéter como vía de acceso de bacterias oportunistas, ni se detuvo a pensar si el contagio pudo haberse dado en la comunidad o si ya se encontraba en la humanidad del paciente, pues como se dijo, tan solo conoció las atenciones suministradas desde la fecha anotada.

En fin, como quiera que por las especiales circunstancias en que se desarrollaron los hechos en los que resultó infectado el dispositivo vascular implantado al paciente por *pseudomonas aeruginosa*, no es posible concluir que aquel contagio haya ocurrido al interior de las instalaciones de la entidad demandada, ni en qué tiempo, ni que se tratara de una bacteria multirresistente que se hallaba en el Hospital, razón por la cual no se accederá a las pretensiones de la demanda bajo el título objetivo de responsabilidad que invoca la parte demandante. Además, no tiene caso estudiar la responsabilidad de la parte demandada bajo el régimen de responsabilidad subjetivo, como quiera que no se endilga ningún tipo de falla en la prestación del servicio, de hecho, pruebas como los testimonios y el mismo documento contentivo del dictamen aportado, demuestran que el servicio de salud suministrado al paciente fue oportuno y de calidad, de acuerdo con la *lex artis*.

En lo que respecta a la responsabilidad del Ministerio de Defensa – Ejército Nacional, como aseguradora en salud del señor Daniel Puentes Rodríguez, dirá el Despacho que tampoco prosperarán las pretensiones de la demanda en su contra, como quiera que no se le hizo ninguna imputación, y el discurrir procesal no evidenció que se hayan interpuesto trabas de tipo administrativo para la atención en salud del paciente de marras.

Así las cosas, el Despacho declarará fundada la excepción denominada *“Inexistencia del daño, ruptura del nexo causal entre los hechos imputados en la demanda, las consecuencias señaladas por la parte actora y la actividad desplegada por el Hospital Militar Central”*, como quiera que no se pudo demostrar que en efecto la infección que ultimó al paciente Puentes Rodríguez haya sido por una bacteria multirresistente adquirida en las instalaciones del Hospital demandado. En cuanto a la eximente de responsabilidad alegada por esta relativa a la *culpa exclusiva de la víctima* y el *hecho de un tercero*, no se declararán fundadas, dado que en este asunto existen serias dudas sobre el momento exacto en que el paciente contrajo la infección y aunque se reprochó el descuido en la salud que comportaba el paciente, esto solamente aumenta la duda anterior y para nada se constituye como el único hecho generador del daño.



Finalmente, como quiera que no se logró acreditar la responsabilidad objetiva de la entidad demandada, resulta innecesario resolver los planteamientos propuestos por sus llamadas en garantía.

8.- Costas

Si bien el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo prescribe que “la sentencia dispondrá sobre la condena en costas”, de ello no se sigue necesariamente que ante un pronunciamiento adverso la parte vencida deba ser condenada en costas. Por tanto, como la parte demandante ejerció su derecho de acción sin acudir a maniobras reprochables, el Juzgado no la condenará en costas.

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: DECLARAR FUNDADA la excepción de mérito denominada “Inexistencia del daño, ruptura del nexo causal entre los hechos imputados en la demanda, las consecuencias señaladas por la parte actora y la actividad desplegada por el Hospital Militar Central”, propuesta por el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**.

SEGUNDO: DENEGAR las pretensiones de la demanda de **REPARACIÓN DIRECTA** promovida por **BEATRIZ MENDOZA BAUTISTA Y OTROS** contra la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL** y el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**.

TERCERO: Sin condena en costas.

CUARTO: 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.

JFAT

Correos electrónicos
Parte demandante: consilioabogados@gmail.com; info@concilioabogados.com; dsalazar@consilioabogados.com
Parte demandada: phmlegal@hotmail.com; judicialeshine@hospitalmilitar.gov.co; phmlegal@gmail.com; pablo.rodriguez@mindefensa.gov.co; notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co; notificaciones@solidaria.com.co; ghertera@gha.com.co; notificaciones@gha.com.co; sperez@gha.com.co; dependiente.bogota6@gmail.com; : dacier_yusti@baxter.com; presidencia@amdebrigard.com; adrianagarcia@amdebrigard.com; nurriago@confianza.com.co; durabogada@gmail.com; mferreira@procuraduria.gov.co
Ministerio Público: mferreira@procuraduria.gov.co;