



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

**JUZGADO SESENTA Y CUATRO (64)
ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL
CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ -
SECCIÓN TERCERA**

Bogotá, D. C., once (11) de marzo de dos mil veinte (2020)

JUEZ	:	ÁLVARO CARREÑO VELANDIA
Ref. Expediente	:	110013331032-2016-00286-00
Demandante	:	Olga Salazar de Duque y otros
Demandado	:	Hospital Militar Central

**REPARACIÓN DIRECTA
SENTENCIA No. 18**

OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Surtido el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, procede el Despacho a proferir la sentencia de primera instancia, en el proceso de la referencia.

1.- ANTECEDENTES

1.1.- LA DEMANDA

El día 11 de mayo de 2016, por medio de apoderado judicial los señores Olga Salazar de Duque, Sandra Patricia Duque Salazar, Olga Lucia Duque Salazar y Diego Fernando Duque Salazar presentaron demanda, en ejercicio del medio de control de reparación directa, contra el Hospital Militar Central, a efectos de que se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

“PRIMERA: *Se declara responsable administrativa y patrimonialmente al HOSPITAL MILITAR CENTRAL por la causación de un daño antijurídico generado de conformidad con los hechos y fundamentos de derecho expuestos en la presente demanda.*

SEGUNDA: *En consecuencia de lo anterior, se ordene a la demandada la reparación del daño antijurídico y en consecuencia se le condene a pagar perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que con ocasión a la omisión constitutiva de falla en el servicio que se ocasionó a mis poderdantes, de la siguiente manera.*

Para OLGA SALAZAR DE DUQUE victima directa:
PERDIDA DE LA OPORTUNIDAD: 50 SMLMV \$34.472.750
DAÑO A LA SALUD: 100 SMLMV \$68.945.500
DAÑOS MORALES: 100 SMLMV \$68.945.500
DAÑO EMERGENTE: \$48.224.103

Para SANDRA PATRICIA DUQUE SALAZAR hija
DAÑOS MORALES: 10 SMLMV 468.945.500

Para OLGA LUCIA DUQUE SALAZAR hija
DAÑOS MORALES: 100 SMLMV \$68.945.500

Para DIEGO FERNANDO DUQUE SALAZAR nieto
DAÑOS MORALES: 50 SMLMV \$34.472.500 (...)"

1.2.- HECHOS DE LA DEMANDA

Los hechos de la demanda, en los cuales la parte actora fundamentó sus pretensiones, se resumen a continuación:

-. La señora OLGA SALAZAR DE DUQUE vivía en el municipio de la Vega Cundinamarca, y en el mes de febrero del año 2014 sintió una dolencia en su salud, razón por la cual decidió asistir de urgencias a donde su médico privado, Doctor Jorge Ernesto Monroy Ibáñez.

-. Como consecuencia de la atención médica brindada por el médico privado en el Municipio de la Vega Cundinamarca, este le diagnosticó y prescribió un posible Accidente Cerebro Vascular (ACV), por un episodio de isquemia, por lo cual ordenó su traslado inmediato a la ciudad de Bogotá, para que recibiera atención especializada y le pudieran realizar los exámenes especializados que requería.

-. Atendiendo lo anterior, sus familiares procedieron de inmediato a desplazarse con la señora OLGA SALAZAR DE DUQUE, al Hospital Militar Central.

-. La señora OLGA SALAZAR DE DUQUE Ingresó al Hospital Militar el día 19 de febrero de 2014 a las 20:42 horas por urgencias, la cual es catalogada como no vital, y es atendida por la Doctora LEIDY BAYONA CARDONA.

- La paciente una vez es revisada, es dada de alta, se le ordena la toma de un medicamento "ranitidina-metoclopramida" destacando que reporta un dolor abdominal localizado en la parte superior. En el diagnóstico se registra – dispepsia (Trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia) en la anotación de salida se señaló: *"re consultar en caso de fiebre mayor a 38 grados, diarrea con sangre, vomito, se pone amarilla, el dolor abdominal no mejora o cualquier síntoma que considere importante"*. Lo anterior se puede corroborar con la formula medica No 1350259 en la que se le recetó, OMEPRAZOL, 20 MG, Cantidad 10 tabletas, en la cual como observación se registró lo siguiente: *"Tomar una tableta en ayunas todos los días"*

- Una vez dada de alta en el Hospital Militar Central, la paciente tuvo que regresar al día siguiente, esto es, el 20 de febrero de 2014 a las 23:23 horas, en donde se reporta en la Historia Clínica *"Traslado primario ACV en curso de 1 hora y 30 minutos de inicio, paciente ingresa con disartria, desviación de comisura labial hacia la izquierda y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo. Se ingresó a trauma y no se toman signos vitales. Se diagnosticó como "Accidente Vascular Encefalico Agudo" En cuanto al procedimiento, se reportó "Se considera candidata para UCI, sin embargo, debido a la no disponibilidad de camas en esa unidad, se deja en monitoria continua en sala de reanimación"*.

- La señora Olga Salazar de Duque perdió la oportunidad de contar con una atención especializada en el instante en que ya venía desencadenándose el Accidente Cerebro Vascular, y además se colocó en un notorio riesgo su vida.

- Después del accidente cerebro vascular que sufrió la señora **OLGA SALAZAR DE DUQUE** sus condiciones de vida se modificaron y deterioraron significativamente, por razones como: (i) tuvo que dejar su lugar de residencia en el municipio de la Vega. (ii) las condiciones de existencia de la paciente se modificaron radicalmente pues, paso de ser una persona independiente a ser una persona dependiente, que por razones de la enfermedad ya no se puede relacionar de la misma manera con sus familiares. (iii) las secuelas del accidente sufrido por la señora Salazar de Duque, y las necesidades de adecuar un espacio idóneo para su estadía en la ciudad de Bogotá, han generado un número de importante de gastos, que se relacionan a continuación, los cuales han tenido que ser sufragados por su familia.

-. La señora Olga Salazar de Duque a causa del ACV, quedó con secuelas que están actualmente vigentes, a saber: Era zurda pero por las dificultades del lado izquierdo de su cuerpo, se le dificulta escribir, comer, caminar. No responde a estímulos emocionales, su coordinación y coherencia en ocasiones fallan, perdió su expresión, no ríe, no llora, no canta, así en ocasiones manifieste su deseo por hacerlo, lo que afecta su estado de ánimo y genera momentos de tristeza y depresión.

1.3.- CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA (fl. 78-93)

El Hospital Militar Central se opuso a todas y cada una de las pretensiones del libelo, por cuanto el Hospital Militar a través de sus médicos generales, así como de los facultativos especialistas en medicina interna, neurología, entre otras, puso a disposición de la señora Olga Salazar de Duque todo el equipo técnico y humano con que cuenta para atender la patología consultada el día 19 de febrero de 2014 "*Cuadro clínico de tres días de evolución de dolor abdominal a nivel epigastrio irradiado a hemitorax anterior tipo ardor*" y posterior accidente cerebro vascular -ACV-, que afectaron su estado de salud, brindando una atención 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 médico científico obraron con prudencia y diligencia, razones por las cuales no es apropiado predicar una falla en la prestación del servicio de salud que brindó la entidad demandada a los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de las fuerzas militares y de policía.

El Hospital Militar Central no puede ser considerado como agente de responsabilidad en el presente asunto, en la medida que la complicación descrita en la historia clínica, es decir, el accidente cerebro vascular ACV no era previsible y no surge como consecuencia de la patología consultada el 19 de febrero de 2014.

Excepcionó la causa extraña como eximente de responsabilidad, toda vez que el resultado final, se produjo por las condiciones preexistentes y naturales del organismo del paciente.

Que los médicos no causaron ni las enfermedades ni la evolución crónica de las mismas, todo se dió por factores propios e intrínsecos del paciente, lo que el profesional no puede evitar, pues esto pertenece al riesgo que el paciente debe asumir.

Así, de acuerdo con la Ley 23 de 1981, la responsabilidad del médico solo va hasta la advertencia del riesgo previsto, para el caso, el manejo del dolor abdominal tipo ardor, con las complicaciones que se conocen, sin ser frecuente la ocurrencia de accidentes cerebro vasculares, pero que en cualquier caso, no son producto de impericia del médico.

Caso fortuito fuerza mayor; en el caso bajo estudio el evento presentado fue ajeno a una impericia o defectuosa atención médica, derivó en situaciones totalmente imprevistas e irresistibles para el galeno tratante.

Solicitó se nieguen las suplicas de la demanda por ausencia de falla en el servicio de salud y no existir nexo causal entre el resultado y el tratamiento médico dispensado a la paciente.

1.4.- TRÁMITE PROCESAL

Mediante auto del 22 de julio de 2016, se admitió la demanda, ordenando notificar a la entidad demandada, al señor Agente del Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (folios 62- 64).

El 26 de enero de 2017, se fijó fecha para llevar cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 de la ley 1437 de 2011. (fl. 96)

El día 19 de julio de 2017, se celebró la audiencia inicial, (fl. 98-104) en la que se fijó el litigio en los siguientes términos:

"Encuentra el Despacho que la fijación del litigio se centra en establecer si debe declararse la responsabilidad del HOSPITAL MILITAR CENTRAL como consecuencia de la presunta falla en el servicio médico - hospitalario en la aplicación de guías y/o protocolos para evaluación y manejo de pacientes con síntomas de Accidente Cerebro Vascular o episodios de isquemia con posterior accidente cardio vascular, respecto de la señora OLGA SALAZAR DE DUQUE, y si hay lugar al reconocimiento y pago de los perjuicios morales y materiales solicitados o si se configura algún eximente de responsabilidad."

El 11 de junio de 2019, se realizó la audiencia de pruebas (fls. 145-148), en la que se precluyó el debate probatorio y se corrió traslado las partes para que alegaran por escrito, y para que el ministerio público si a bien lo tenía presentara su respectivo concepto.

1.5.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La parte demandante, no presentó alegatos de conclusión en el presente asunto.

La entidad demandada (fl. 150-151 C. Principal), Señaló que en la prueba documental aportada al plenario, incluyendo la historia clínica se pudieron evidenciar los tratamientos, y terapias brindadas por la institución a la paciente.

Con relación al dictamen pericial rendido por la doctora Miriam Saavedra, neuróloga, la misma señaló que el tratamiento para la consulta del día 19 de febrero de 2014, fue el adecuado, que los signos y síntomas reportados para esa fecha no eran acordes con un cuadro neurológico ni permitían sospecharlo, que la paraparesia y descontrol de esfínter referidos por el médico particular de la vega no son sugestivos de enfermedad cerebral sino medular y cuando la paciente consulta con signos y síntomas neurológicos se atienden pero dicho cuadro es catastrófico y no previsible ni prevenible.

Adicionalmente, de acuerdo con el testimonio del doctor Gabriel Centenaro, neurólogo intensivista, se logró determinar una conclusión similar a la que llegó el perito, en cuanto indicó que la paraparesia o parestesia y falta de control de esfínter urinario reportados por el médico particular de la vega, no son síntomas neurológicos sino medulares.

Indicó que en el caso sub examine hay ausencia de daño antijurídico pues las secuelas del ACV son condiciones patológicas por la evolución de la enfermedad sufrida que no se relacionaban con la actividad médica prestada y que por tanto estaba obligada a soportar la paciente, de donde se desprende que no hay antijuridicidad ni relación causal, debiendo negarse las pretensiones.

Insistió en las causales eximentes de responsabilidad casusa extraña y fuerza mayor.

Consideró que no se demostraron las condiciones para declarar la responsabilidad del Estado en cabeza del Hospital Militar Central, por lo que solicitó se nieguen las pretensiones de la demanda.

2.- CONSIDERACIONES

2.1.- COMPETENCIA

Este Despacho es competente para decidir la presente controversia de conformidad con lo dispuesto en los artículos 155, numeral 6° y 156 numeral 6° del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2.2.- DEL PROBLEMA JURÍDICO

Se deliberará si se cumplen los presupuestos de responsabilidad en cabeza de la entidad hospitalaria, concretamente, si en el presente asunto se le dispensó por cuenta del Hospital Militar Central a la paciente Olga Salazar de Duque, la atención requerida conforme a la sintomatología que presentaba al momento de acudir a urgencias, y si el accidente cerebro vascular- ACV- sufrido por la paciente obedeció a la inaplicación de las guías y protocolos de atención para ese tipo de casos.

2.3.- HECHOS PROBADOS

Con base en el material probatorio obrante en el expediente, se tiene por demostrado lo siguiente:

- El día 18 de febrero de 2014, la señora Olga Salazar de Duque fue atendida por el médico Jorge Ernesto Monroy Ibáñez, en el municipio de la vega (Cundinamarca), de acuerdo con el documento visto a folio 3 del cuaderno principal, en el que se indicó: "*Paciente de 72 años con cuadro súbito de paraparesia de miembros inferiores y pérdida de control esfínteres urinario súbito, sin alteraciones al examen físico con antecedente de HTA y DBT quien requiere estudio.*"

Este hecho se corroboró, con el testimonio rendido por el médico Jorge Enrique Monroy (minuto 22:30 de la videograbación obrante a folio 149 del C. Principal), en la que al ser indagado por la atención prestada a la señora Olga Salazar de Duque, señaló: "(...) revisando la documentación la señora asistió a mi consultorio privado de la vega, presentando un cuadro y que por su característica no tenía las capacidades de ser atendida ahí, se le hizo una valoración, un triage, en la cual evidencia si uno tiene o no la capacidad de atender a la persona, este es un consultorio privado que solo atiende consulta

ambulatoria, debido a las características que presentaba la señora en el momento de asistir a la consulta en el cual manifestaba, que tuvo una pérdida súbita de la sensibilidad de sus miembros inferiores, de las piernas y adicionado tenía una pérdida súbita del control de esfínter urinario, perdió la capacidad de retener la orina, por sus síntomas se determinó que no podía ser atendida en mi sitio de trabajo, por lo tanto se le indicó que debería asistir a un sitio de mayor complejidad, no hay un registro ni historia, porque no se hizo una atención formal, solo se determinó que no podía ser atendida ahí por los síntomas que presentaba la familia me solicitó que les diera constancia de lo que yo encontrara en ese momento, no una remisión formal porque la paciente no presentaba una urgencia en ese momento sino transitorio pero que se ameritaba una valoración, un estudio más avanzado, se les dio un soporte de la atención, y eso fue lo que encontré en la valoración.(...)"

- La señora OLGA SALAZAR DE DUQUE ingresó al Hospital Militar el día 19 de febrero de 2014 por urgencias. (fls. 1 a 9 del cuaderno No. 1 de pruebas y 4 a 11 del C. 2 de pruebas), en la que se indicó:

" F. DE INGRESO: 19/02/14 20:36

(...)

MOTIVO DE LA CONSULTA

DOLOR ABDOMINAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINO DE 72 AÑOS DE EDAD CON CUADRO TRES DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL A NIVEL DE EPIGASTRIO IRRADIADO A HEMITORAX ANTERIOR TIPO ARDOR DE INTENSIDAD 9/10, CONSTANTE QUE AUMENTA POSTERIOR A INGESTA DE ALIMENTOS NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTRO INTESTINAL NIEGA FIEBRE, QUIEN TRAE NOTA DE MEDICO PARTICULAR QUIEN REFIERE QUE PRESENTO PARAPARESIA, JUNTO A RELAJACIÓN DE ESFÍNTERES ESPONTANEA HACE 2 DÍAS, REMITE PARA VALORACIÓN.

(...) (FL. 8 del Cuaderno de Pruebas 2)

- La paciente Olga Salazar de Duque, una vez es revisada fué dada de alta, se le ordenó la toma de un medicamento "ranitidina-metoclopramida" destacando que reportó un dolor abdominal localizado en la parte superior, en el diagnóstico se registra - dispepsia (Trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia) en la anotación de salida se señaló: "re consultar en caso de fiebre mayor a 38 grados, diarrea con sangre, vómito, se pone amarilla, el dolor abdominal no mejora o cualquier síntoma que

considerare importante". Lo anterior se puede corroborar con la fórmula medica No. 1350259 en la que se le recetó, OMEPRAZOL, 20 MG, Cantidad 10 tabletas, en la cual como observación se registró lo siguiente: "Tomar una tableta en ayunas todos los días" (fls. 08 a 04 en orden descendente, cuaderno No. 02 de pruebas).

-. La señora OLGA SALAZAR DE DUQUE ingresó nuevamente por Urgencias del Hospital Militar el día 20 de febrero de 2014 (fls. 1 a 9 cuaderno No. 1 de pruebas) y para el día 20 de febrero de 2014 se reportó diagnóstico de "ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO ISQUÉMICO" (fl. 256 cuaderno No .01 de pruebas).

-. En la epicrisis de la paciente obrante a folio 14 del cuaderno No. 1 de pruebas, se dejó plasmado la sintomatología de la señora Olga Salazar de Duque cuando ingresó a urgencias el 20 de febrero de 2014, la que correspondía aun ACV, (accidente cerebro vascular), el que fue tratado por el HMC hasta que egresó el día 1 de julio de 2014 (se transcribe con errores de origen):

"MOTIVO DE CONSULTA > TIENEN UNA TROMBOSIS

Enfermedad Actual PACIENTE DE 72 AÑOS, SEXO FEMENINO QUIEN INGRESA CON CUADRO CLÍNICO DE UNA HORA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN APARICIÓN DE ALTERACIÓN DE CONCIENCIA DADO POR SOMNOLENCIA DESORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS CON POSTERIOR APARICIÓN DE DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL A LA DERECHA DISARTRIA Y HEMIPLEJIA IZQUIERDA, MOTIVO POR EL CUAL SOLICITAN AMBULANCIA Y TRAEN PARA VALORACIÓN Y MANEJO (...)

ANÁLISIS: PACIENTE EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA, QUIEN PRESENTÓ ACV ISQUÉMICO DE ACMI E INGRESA FUERA DE VENTANA DE TROMBOSIS, AL INGRESO CON NIHSS DE 16 Y ASPECTO DE 4, CON 20 HORAS POSTERIOR AL EVENTO APROXIMADAMENTE. SE EVIDENCIA RITMO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL MOMENTO CON FA PAROXÍSTICA POSIBLE CAUSA DE ACVI, SE CONSIDERA INICIAR PROFILAXIS CON HBPM POR SEVERIDAD, EXTENSIÓN DE ACV Y RIESGO DE TRASFORMACIÓN HEMORRÁGICA, MANEJO CONJUNTO CON MEDICINA INTERNA PARA CONTROL DE FA PAROXÍSTICA Y PREVENCIÓN DE NUEVOS EVENTOS VASCULARES, CONTINUA MANEJO INSTAURADO. SE COMENTARA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR MÚLTIPLES COMORBILIDADES Y ALTO RIESGO DE NUEVO EVENTO VASCULAR.

(...)".

-. La señora Olga Salazar de Duque, por el ACV es internada en el

HMC, durante su permanencia en el Hospital la paciente evolucionó, según a historia Clínica, como se muestra a continuación:

"21/02/2014. NIEBLES POLO CARLOS

(...)

ANÁLISIS: PACIENTE EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA QUIEN PRESENTÓ MANERA SÚBITA CUADRO DE HEMIPLEJIA IZQUIERDA, HEMINA TENSIÓN IZQUIERDA, PARÁLISIS FACIAL CENTRAL IZQUIERDA, DISARTRIA, AL INGRESO CON NIHSS DE 16 Y ASPECTO DE 4, SE CONSIDERA ACV EXTENSA DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA, EN EL MOMENTO CON FIBRILACIÓN AURICULAR, CON RESPUESTA VENTRICULAR NO CONTROLADA, SE CONSIDERA JUNTO CON EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA INICIAR MANEJO CON LABETALOL 1MG/MIN PARA CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL MEDIA (90-110) ESTE MEDICAMENTO SE SUSPENDIÓ UNA HORA DESPUÉS DE INICIADO EVITANDO PROGRESIÓN A UNA HIPOTENSIÓN , HA LOGRADO ASI CONTROLAR LA PRESIÓN ARTERIAL, PACIENTE EN EL MOMENTO CON CONTROL DE CIFRAS DE FA CON GLUCOMETRÍA 128, NO NUEVOS DÉFICIT, PACIENTE POR TAMAÑO DE INFARTO Y RIESGOS CONSECUENTES CON ESTE REQUIERE TRASLADO A UCI SE COMENTA EN UCI MEDICA CORONARIA Y QUIRÚRGICO NO HAY DISPONIBILIDAD

DIAGNOSTICO:

1). SD PIRAMIDAL MOTOR IZQ

SD SENSITIVO DE HEMICUERPO IZQUIERDO

SD COMPROMISO DE CAMPO VISUAL IZQUIERDO

SD DE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA

2). TOPOGRÁFICO: CORTEZA CEREBRAL IRRIGADA POR ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA

3) ACV ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA

(...)" (fl. 16 c.1 de pruebas)

"22/02/2014 MORA BUITRAGO HEISON JOAQUIN

(...)

ANÁLISIS:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS DE EVOLUCIÓN DESCONOCIDA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL PARECER MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, EN EL MOMENTO CON EPISODIO DE ACV DE ARTERIA CEREBRAL, MEDIA DERECHA DE POSIBLE ORIGEN EMBOLICO POR DOCUMENTACIÓN DE FA CON RESPUESTA VENTRICULAR NO CONTROLADA, RAZÓN POR LA CUAL SE SOLICITÓ VALORACIÓN POR NUESTRO SERVICIO, POR PROGRESIÓN DE DETERIORO NEUROLÓGICO CON ESCALA DE GLASGOW DE 7/15, SE INDICA INTUBACIÓN ORO TRAQUEAL, PACIENTE CON VÍA AÉREA DIFÍCIL, POR LO QUE SE REALIZA

LLAMADO DE ANESTESIA, QUIENES REALIZAN INTUBACIÓN CON TUBO NUMERO 7.5 UBICADO A 20 CM DE LA COMISURA LABIAL Y SE CONECTA A VENTILACIÓN MECÁNICA PACIENTE DEBE CONTINUAR MANEJO POR SERVICIO TRATANTE

(..." (fl. 18. C.No 1 de Pruebas)

"23/02/2014 2:19 TIRADO CHICA CARLOS FIDEL

(...)ANÁLISIS: PACIENTE EVOLUCIONADO ACV CARDIOEMBOLICO GRANDE Y CON SIGNOS DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA, SIN INESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y SIN SOPORTE AHORA CON SOPORTE VENTILATORIO Y SEDADA PARA PROTECCIÓN CEREBRAL, DIABÉTICA PERO EN CONTROL METABÓLICO. DIURESIS LIMÍTROFE, NEUROLÓGICAMENTE SEDADA Y CON POBRE INTERACCIÓN SOCIAL. PRONOSTICO RESERVADO, FAMILIA ENTERADA".

(...)" (FL. 20 c.No. 1 de Pruebas)

" 28/02/2014 02:46 RODRÍGUEZ URUEÑA GUILLERMO

(...)

ANÁLISIS: PACIENTE EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA QUIEN EVOLUCIONA A ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA CON TRASFORMACIÓN HEMORRÁGICA, CON SOSPECHA DE CARDIOEMBOLIA DESCARTADA EN RELACIÓN A FIBRILACIÓN AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR NO CONTROLADA EN AUSENCIA DE TROMBO INTRACAVITARIO DE ACUERDO A IMAGEN ECOCARDIOGRAMA, SIN CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA CON ADMINISTRACIÓN DE BETA BLOQUEADOR EN IMPREGNACIÓN CON AMIODARONA, SE DECIDIÓ SUSPENDER SEDACIÓN CON DEXMETOMINA Y OBSERVAR RESPUESTA NEUROLÓGICA, EN TANTO PERMANECE CON ANALGESIA CON OPIOIDES EN BOLO, BALANCE HÍDRICO POSITIVO, SE PRESUME VOLUMEN VASCULAR EFECTIVO CONSIDERADO BALANCE HÍDRICO ACUMULADO ALREDEDOR DE 5 LT, ASOCIADO A SATURACIÓN VENOSA CENTRAL BAJA E INCREMENTO EN AZOADOS SIN COMPLETAR EN AUSENCIA DE ANEMIA SIGNOS QUE HAGAN PENSAR EN BAJO GASTO CARDIACO, CON HIPOXEMIA MODERADA; CON EXTRACCIÓN TISULAR DE O₂ EN 25 APROXIMADAMENTE, SE CONSIDERA DESMONTE GRADUAL DE SEDACIÓN A LA ESPERA DE RE VALORAR RESPUESTA NEUROLÓGICA. FRECUENCIA CARDIACA CON CONTROLADA A PESAR DE TRATAMIENTO INSTAURADO, SE DECIDE INCREMENTAR DOSIS DE BETA BLOQUEO, DEL MJMSA MANERA SE INCREMENTARA DOSIS DE DIURÉTICO DE ASA EN BUSCA DE BALANCES HÍDRICOS NEGATIVOS. SE SOLICITA CONTROL GASOMÉTRICO. EN TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, PENDIENTE AISLAMIENTO MICROBIANO EN ORINA.

(...) (fl. 26 c.1 de pruebas).

02/03/2014 11:48 MENDOZA MARIO EDUARDO

(...)

ANÁLISIS:

PACIENTE EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA QUIEN EVOLUCIONA A ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA CON TRASFORMACIÓN HEMORRÁGICA, CON SOSPECHA DE CARDIOEMBOLIA DESCARTADA EN RELACIÓN A FIBRILACIÓN AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR NO CONTROLADA EN AUSENCIA DE TROMBO INTRACAVITARIO DE ACUERDO A IMAGEN EN ECOCARDIOGRAMA, SIN CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA con ADMINISTRACIÓN DE BETA BLOQUEADOR QUIEN SE ENCUENTRA CON MODULACIÓN DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMÁTICA EN QUIEN SE AÍSLA PROTEOS MIRABILIS, POR LO QUE SE REALIZA AJUSTE DE TERAPIA ANTIBIÓTICO A CEFUROXIME 750 MG IV CADA 8 HORAS, SE SUSPENDE CEFEPIME SEGÚN REPORTE DE ANTIBIOGRAMA, ADECUADOS ÍNDICES DE OXIGENACIÓN Y GASTO URINARIO CON BALANCEES POSITIVOS ADICIONALMENTE DE APRECIA HIPERCALCEMIA RAZÓN POR LA QUE SE INDICA DIURÉTICO EN DOSIS BAJAS PARA CONTROL, UNA VEZ SE ALCANCE BALANCE NEGATIVO SE INICIARA PROCESO DE LIBERACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA

(...) (fl. 27 C. 1 de Pruebas).

09/03/2014 BASTIDAS GOYES ALIRIO RODRIGO

(...)

ANÁLISIS, PACIENTE EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA CON TRASFORMACIÓN Y HEMORRAGIA ASOCIADA A FIBRILACIÓN AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR NO CONTROLADA EN ESTRATEGIA CONTROL RITMO Y FRECUENCIA OPTIMIZADA CON AMIODARONA, DIGITAL Y BETA BLOQUEADOR, COMPLETANDO 3/3 DÍAS DE BETA METIL DIGOXINA, SE HA LOGRADO CONTROL DE FRECUENCIA PERSISTIENDO DE MANERA PERMANENTE EL RITMO DE FA; CLÍNICAMENTE EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA ESTACIONARIA CON POBRE INTERACCIÓN CON EL MEDIO, EXTUBAICON FALLIDA HACIENDO NECESARIO REALIZACIÓN DE TRAQUEOTOMÍA CON LIBERACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA EXITOSA HASTA EL MOMENTO, VALORADA POR FONOAUDILOGÍA, SE HA CONSIDERADO PLAN DE MANEJO EN PISOS MANEJO POR SERVICIO TRATANTE NEUROLOGÍA ESTANDO AUN PENDIENTE ASIGNACIÓN DE CAMA.

(..) (fl. 34 C. 1 de Pruebas)

"01/07/2014

(...) PACIENTE EN OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA, QUIEN EVOLUCIONA A ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA (M1) CON TRASFORMACIÓN HEMORRÁGICA, DE ORIGEN CARDIOEMBOLICO POR LO QUE SE ENCUENTRA ANTICOAGULADA CON DABIGATRAN INDICACIÓN DE EGRESO PERO NO HAN TRAÍDO OXIGENO DOMICILIARIO POR LO QUE CONTINUA HOSPITALIZADA, O REQUIERE MODIFICACIÓN DE MANEJO MÉDICO, UNA VEZ ESTE A DISPOSICIÓN OXIGENO DOMICILIARIO POR LO QUE CONTINUA HOSPITALIZADA, NO REQUIERE MODIFICACIÓN DE MANEJO MÉDICO. (...)

01/07/2014 08:54 ANDRADE FUERTES LUIS HUMBERTO

PACIENTE EN OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA, QUIEN EVOLUCIONA A ACCIDENTE CEREBRAL MEDIA DERECHA (M1) CON TRASFORMACIÓN HEMORRÁGICA DE ORIGEN CARDIOEMBOLICO POR LO QUE SE ENCUENTRA ANTICOAGULADA CON DIBIGATRAN, EN EL MOMENTO PACIENTE ALERTA SIGNO VITALES NORMALES, SE CONSIDERA DAR EGRESO, SE DAN RECOMENDACIONES, SE EXPLICA SIGNOS DE ALARMA, SE DA CITA CONTROL POR NEUROLOGÍA, SE DA ORDEN PARA TRASLADO EN AMBULANCIA BÁSICA, PACIENTE Y FAMILIAR REFIERE ENTENDER.

PLAN

SALIDA

SE ENTREGA FORMULAS CON MEDICAMENTOS Y SE EXPLICA MANERA DE USO

CIA CONTROL CON NEUROLOGÍA

TRASLADO EN AMBULANCIA BÁSICA

01/07/2014 09:44 ANDRADE FUERTES LUIS HUMBERTO" (fl 65 C.1 de Pruebas).

3.- CASO CONCRETO

A través del presente medio de control la parte actora procura obtener la declaratoria de responsabilidad de la entidad demandada, por los perjuicios causados con ocasión de la presunta falla en la prestación del servicio médico brindado por el Hospital Militar Central a la paciente Olga Salazar de Duque, el día 19 de febrero de 2014, cuando ingresó al centro hospitalario por urgencias, toda vez que según lo señaló la parte actora, los síntomas presentados en este ingreso podrían advertir la ocurrencia de un ACV, teniendo en cuenta que se indicó al personal médico que la paciente había sido valorada el día anterior por un médico particular que refirió signos y síntomas que podrían corresponder a un ACV. Que el Hospital Militar Central omitió dicha advertencia, lo que desencadenó en la pérdida de oportunidad de la señora Olga Salazar de Duque.

3.1.- Prestación del servicio de salud

En la Sección Tercera del Consejo de Estado, se ha consolidado una posición en materia de responsabilidad estatal por la prestación del servicio de salud, en virtud de la que aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la **"falla probada del servicio"** el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar por parte del demandante la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.¹

Por tanto, en esta materia, para que pueda predicarse la existencia de una falla, el H. Consejo de Estado ha precisado que es necesario que se demuestre que la **"atención médica"** no cumplió con estándares de calidad fijados por el Estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente; esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

De esta manera, debe establecerse si en el caso concreto concurren el daño antijurídico, la imputabilidad del mismo al Estado y una relación de causa a efecto entre los dos primeros, tal y como se desprende de la cláusula de responsabilidad patrimonial del Estado (artículo 90 Constitución Política de Colombia).

Es de recordar que, en la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico de salud, le corresponde a la parte actora acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de dicha responsabilidad –la falla en la prestación del servicio médico hospitalario, el daño, y la relación de causalidad entre estos dos elementos–, para lo cual podrá valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en los demás elementos de convicción que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño causado.

¹ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente Número 66001-23-31-000-2001-00063-01 (25075). C. P. Danilo Rojas Betancourt.

3.3.- Del daño

El Daño en el presente asunto la parte demandante lo hizo consistir en el deterioro del estado de salud de la señora Olga Salazar de Duque, a causa del ACV (accidente cerebro vascular) sufrido el día 20 de febrero de 2014, que pudo ser advertido por el HMC el día 19 de febrero de 2014 cuando realizó un primer ingreso por el servicio de urgencias del Hospital Militar Central.

Para acreditar el daño, obra la historia clínica de la señora Olga Salazar de Duque, que da cuenta de las atenciones brindadas por el Hospital Militar Central y del diagnóstico del ACV, así:

"F. INGRESO: 20/02/14 23:24

(...)

MOTIVO DE CONSULTA: HEMIPARESIA IZQUIERDA DISARTRIA
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUIEN EL DÍA 2 DE FEBRERO DE 2014 PRESENTA A LAS 21+30 HRS CUADRO E INICIO SÚBITO CONSISTENTE EN PERDIDA DE FUERZA EN HEMISFERIO IZQUIERDO, DISARTRIA ADEMÁS DE DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, POR O CUAL ES TRAÍDA A NUESTRA INSTITUCIÓN, VALORADA POR SERVICIO DE URGENCIAS Y NEUROLOGÍA, QUIENES CONSIDERAN PACIENTE CURSA CON ACCIDENTE CERERA VASCULAR ISQUÉMICO DE ARTERIA CEREBRAL DERECHA, CON EVIDENCIA EN LA PACIENTE FIBRILACIÓN ARTICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR RÁPIDA DESDE EL INGRESO. MOTIVO POR EL CUAL SOLICITAN VALORACIÓN POR NUESTRO SERVICIO. PACIENTE ACTUALMENTE PERSISTE CON HEMIPARESIA IZQUIERDA, DISARTRIA Y DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, NO RESPONDE A LA MAYORÍA DE PREGUNTAS DEL EXAMINADOR, COLABORA MUY OCASIONALMENTE CON EL EXAMEN FÍSICO.

(...)

IDX ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE POSIBLE ORIGEN EMBOLICO ARTERIAL CEREBRAL MEDIA DERECHA

2.- FIBRILACIÓN AURICULAR RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADA, CHADSVASC +6 PTS CHASBLED +3 PTS

3.- DIABETES MELLITUS CONTROLADO

4.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA

5.- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA POR HISTORIA CLÍNICA

(...)

DIAGNOSTICO

(..)ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO ISQUÉMICO (...)" (fl. 76 del Cuaderno 1 de pruebas).

Acreditado el daño, se analizará si el mismo tuvo origen en la conducta omisiva del Hospital Militar Central (como lo señaló la parte actora), en la aplicación de guías y protocolos para la evaluación y manejo de pacientes con síntomas de ACV en el primer ingreso a urgencias, esto es el 19 de febrero de 2014.

Además, si el cuadro clínico reportado por la paciente en urgencias del Hospital Militar Central el día 19 de febrero de 2014, era indicativo de accidente cerebro vascular ACV.

3.4.- De la falla en el servicio –nexo causal con el daño

Manifestó la parte demandante que la entidad demandada incurrió en una falla en el servicio en el primer ingreso de la paciente Olga Salazar de Duque al servicio de urgencias del Hospital Militar Central, esto es el 19 de febrero de 2014, toda vez que omitió la aplicación de guías y protocolos para la evolución y manejo de pacientes con síntomas de accidente cerebro vascular (ACV), sumado a que no tuvo en cuenta las indicaciones del médico particular Jorge Ernesto Monroy Ibáñez, en la atención realizada el 18 de febrero de 2014, lo que según el sentir de la parte demandante condujo en una falta de oportunidad en la atención especializada que se le debía dispensar.

En audiencia de pruebas llevada a cabo el 11 de junio de 2019 (fls. 145-149 del C. Principal), se escuchó el testimonio del médico Jorge Ernesto Monroy Ibáñez, médico particular al que acudió la señora Olga Salazar de Duque en el municipio de la vega el 18 de febrero de 2020, el médico Gabriel Adolfo Centenaro, galeno del Hospital Militar Central y mediante sus versiones, explicaron la terminología consignada en la historia clínica del paciente, y la atención que cada cual le dispensó; y se sustentó el dictamen rendido por la doctora Miriam Saavedra Estupiñán perito de la Universidad Nacional.

El médico **Jorge Enrique Monroy**, al ser indagado por la atención prestada a la señora Olga Salazar de Duque y el documento en donde referenció los síntomas de la paciente obrante a folio 3 del cuaderno No. 1, señaló: "*Si, fue el documento que me solicitan ellos porque no la atendí formalmente, por lo que se le indicó que no podía ser atendida allí. PREGUNTADO: nárrele al despacho si al momento de la valoración*

le tomó temperatura, pulso y demás signos vitales y si quedaron consignados en algún documento. CONTESTADO. La valoración se hace, en la historia hay un registro de lo que encontró en el paciente, el documento no está acá ni ha sido solicitado, **lo único que consigno es que en el examen físico no tiene alteraciones en ese momento, eso se basa en la valoración que hago al paciente, esto no es una remisión como tal, es una constancia que me solicitan los familiares**, lo que yo encontré debe estar en la historia clínica que reposa en el consultorio, en su momento por el formato que veo, en su momento se hacían en forma manual, debe hacer un tiempo ya está sistematizado todo debe estar en el archivo del consultorio. PREGUNTADO. Indique si usted el día que valoró a la señora Olga Salazar de Duque, le indicó que tenía molestia o dolor en el estómago o gastritis o situación relacionada con patología de esa naturaleza al momento de presentarse a su consultorio. CONTESTADO. **Básicamente los síntomas era la pérdida de sensibilidad en las piernas y pérdida de capacidad de retener la orina en forma súbita; no encuentro ningún cuadro gastrointestinal o de gastritis como lo menciona.** PREGUNTADO: **precise cuando indica que no tenía los medios para valorar cual serían los medios adecuados para valorar una paciente con lo que identificó.** CONTESTADO: **cuando hay sintomatología aparente origen neurológico, se apoya de estudios paraclínicos, exámenes de laboratorio, de imágenes diagnósticas tomografía, resonancia cerebral y todos los paraclínicos que orienten a la parte metabólica, más teniendo en cuenta que es una paciente con factores de riesgo como la tensión y la diabetes, yo no cuento con paraclínicos por lo que se le indicó que no podría ser atendida allí.** PREGUNTADO: **Cual fue su impresión diagnóstica entonces.** CONTESTADO: **No tengo impresión diagnóstica, hay una alteración de origen neurológico, la cual debe ser estudiada, no podía dar un diagnóstico, se indicó que debía ser estudiada en un sitio con los recursos para el estudio.** PREGUNTADO: **si al momento de su valoración no tenía alteraciones como lo ha referenciado, entonces cual era el motivo de su orden o su sugerencia que requería estudio.** CONTESTADO: **no es normal que se presente esa sintomatología, pareciera de miembros inferiores, la pérdida de control de esfínteres, no se presenta sin causa aparente me infiere a que debo estudiar porque se presenta esa sintomatología, no puedo determinar porque es en ese momento porque uno se apoya en ayudas diagnósticas, el que se haya presentado y al momento de la valoración no lo tenga, no me indica que no se esté presentando un proceso en curso, y esa fue mi indicación que fuera estudiada porque me hacía pensar que se estaba presentando una alteración neurológica en proceso que no se pudiera detectar en el momento de la valoración.** PREGUNTADO: **Cuántos días**

de evolución le refiere la paciente que llevaba con ese cuadro. CONTESTADO: tendría que mirar la historia, eso pasó hace cinco años y no tengo memoria de eso, en el formato que yo puse no tienen el proceso de evolución, debería mirar la historia. PREGUNTADO. Se enteró el motivo de la diligencia. CONTESTADO. Fui contactado por el abogado y me indicó que era por la valoración de la paciente, PREGUNTADO: a pesar de conocer no consultó la historia clínica. CONTESTADO: generalmente hay una solicitud judicial con relación de las historias clínicas, el sistema cambió ahora es en forma digital, está en un archivo guardado que tendría que buscar. PREGUNTADO: porque al inicio indicó que no había historia clínica porque no había historia formal. Y ahora si refiere historia clínica que está en su consultorio. Contestado: que en el documento que me ponen de presente no está, debo revisar el archivo. **PREGUNTADO. Si su evidencia de la consulta era que la paciente refería signos o síntomas neurológicos porque no la remite formalmente. CONTESTADO. Porque al momento de la valoración no hay signo de riesgo evidente en el momento, la sintomatología que presentó no hace una remisión en forma prioritaria inmediata, mi consultorio es ambulatorio.** (...) (inicia minuto 00: 22:30 termina minuto 42:01 de la videograbación folio 149 del C. Principal).

De lo relatado por el médico que atendió en consulta a la señora Olga Salazar de duque, queda claro que para el día 18 de febrero de 2014, la señora acude a su consultorio en una zona rural del municipio de la Vega y refiere pérdida de fuerza en las piernas y pérdida del control de esfínteres, por lo que el médico Jorge Ernesto Monroy Ibáñez, consideró que podría tener una alteración neuronal y como su consultorio no contaba con los medios suficientes para dar un diagnóstico de lo que le estaba ocurriendo a la paciente, como el mismo lo estableció, requería la realización de estudios e imágenes diagnósticas para descartar que no estuviera en curso un proceso neurológico, por lo que a solicitud de los familiares que acompañaban a la paciente realizó el documento obrante a folio 3 del C.1, igualmente refirió que como en el momento de la valoración no se encontró algún síntoma importante presente, no se hizo una remisión formal ni inmediata.

Por su parte el galeno **Gabriel Adolfo Centenaro**, al ser inquirido por la atención brindada a la paciente en el Hospital Militar Central indicó: "(...)comprendo muy bien al doctor que rindió el primer testimonio (Jorge Monroy), la paciente la llevan el 19 por la mañana a un consultorio particular de la Vega , yo soy docente desde más de 20 años, nosotros formamos con el objetivo que puedan alertarse frente

al signo neurológico, es normal que si al médico le dicen que (término correcto parestesia de miembros) ante el síntoma neurológico él se ve en la obligación de remitir a otro centro eso es normal, porque la neurología resulta complicada para la gran mayoría de los médicos y si los síntomas no se atienden rápido el que se perjudica es el paciente, ante un síntoma neurológico, trate de remitir al paciente, un síntoma con parestesia me tienen que hacer alertar ante una enfermedad medular y debo remitirlo al centro de mayor complejidad, la conducta del médico estuvo de acuerdo a lo que uno enseña en las universidades, la paciente llega el 19 de febrero al HMC y es atendida por medicina general, encuentran un cuadro clínico de tres días de evolución de dolor abdominal, lo que hace el médico es que el síntoma más relevante lo hace a uno actuar, aquí dicen que tiene dolor abdominal, refiere a nivel de epigastrio y que aumenta con la ingesta de alimentos, niega otra sintomatología general y una nota del médico particular que refiere paraparesia, junto con relajación de esfínteres de dos días antes, en este momento se hacen exámenes generales, no nos interconsulta, no interconsulta a neurología, porque lo único que refirió fue paraparesia, que refirió el médico, pero no se encontró ningún síntoma, una paraparesia que aparece en forma transitoria con relación de esfínteres, generalmente en un paciente de edad es un bajo gasto, muy probablemente a una enfermedad sistémica, con dolor abdominal, fiebre, me imagino que se encontró que había una enfermedad con tipo diarrea, porque se manda solución salina, pero al médico general no le pareció importante interconsultar a neurología, porque muy seguramente el examen de la paciente neurológico era normal, hay una cosa importante que quiero recalcar, el examen neurológico es complejo no es fácil, eso lo hace es un neurólogo, (..)

PREGUNTADO. Que es un Accidente Cerebro Vascular (ACV) cuales son síntomas. CONTESTADO: **primero quiero decir que el día siguiente la paciente presenta síntomas completamente distintos, alteración súbita del estado de conciencia, somnolencia, perdida de fuerza de un lado del cuerpo, disartria alteración de fuerza de un solo lado, desviación de la comisura labial, etc, son diferentes los síntomas a la primera consulta, que eran síntomas gastrointestinales con antecedente de paraparesia, (..) entonces el punto es que los síntomas iniciales digamos que si hubiera algo neurológico se refería a un compromiso medular, pero los síntomas con los que consulta al otro día no tienen nada que ver con algo medular sino cerebral, entonces son síntomas neurológicos muy distintos, que no se encontraron en el primer día, los que sí estuvieron en el segundo día, síntomas asociados a un ACV, de reciente inicio, se refiere a una alteración cerebral producida porque una arteria se tapa o se rompe, el flujo sanguíneo no llega al cerebro o**

a la región del cerebro de forma correcta, las ACV, son del cerebro, tallo cerebral, cerebelo, todo el conjunto de órganos que están dentro de la cabeza, que fue lo que la paciente presentó la segunda vez que consulta, la primera vez que consulta había síntoma de paraparesia que no tiene nada que ver con ACV sino medular, pero como le digo es frecuente que los síntomas se presenten por bajo gasto, lo que significa que se bajó la tensión, ante una enfermedad sistémica como gripa, diarrea, los síntomas son distintos, por eso no había forma de que el médico del primer día pudiera prevenir que al día siguiente se presentaría un ACV al otro día. PREGUNTADO: el primer día de la consulta al HMC la paciente presentó síntomas de ACV. CONTESTADO: No, ella no tenía síntomas de ACV antes de ese día, los síntomas que menciona no tienen nada que ver con el ACV, había si un factor de riesgo, lo que significa lo que cosa te puede producir a un ACV y es la fibrilación auricular que es la arritmia cardiaca, que no es 100% prevenible, puede presentar el ACV, (...), la paciente lo tenía como antecedente (..) **PREGUNTADO: la primera consulta y refiriéndonos a la parestesia y relajación de esfínteres, en su criterio era necesario la solicitud de interconsulta a neurología, CONTESTADO: No era necesario, si tienes un paciente con una clara sintomatología gastrointestinal, con arritmia cardiaca, de 72 años que hace un cuadro transitoria de paraparesia, asociado a control de esfínteres, lo primero que hay que pensar es que el paciente está haciendo alteración porque se bajó la tensión por la misma enfermedad sistémica, no porque fuese algo neurológico. (...) no tenía por qué pasar una interconsulta a neurología. PREGUNTADO: Tampoco era necesario hacer o seguir las guías que el HMC maneja para atención por neurología, PREGUNTADO, Claro que no porque no hay enfermedad neurológica en ese momento, PREGUNTADO: los síntomas que reportó la paciente desde la vega no se respaldan con los signos, es concluyente afirmar que tampoco es necesario valoración neurológica en ese momento. CONTESTADO. En ese momento no se requería valoración neurológica, el síntoma que referían es muy inespecífico, porque las enfermedades medulares no son transitorios como la paraparesia, si pensamos en algo medular no es transitorio, si pensamos en un bajo gasto si es transitorio. (...) PREGUNTADO: en la segunda consulta al HMC, fue oportuna la valoración por neurología y se activó en esa segunda oportunidad la guía que refiere se aplica en el HMC. CONTESTADO. Si, las guías existen pero en la práctica toca estar pendiente que siempre se hayan aplicado de forma correcta es un proceso de retroalimentación que toca hacer, para este paciente, estoy seguro que se cumplió en las partes más importantes (...) revisando la historia encontré que la paciente llegó una hora después**

de haber presentado síntomas se hacen exámenes pertinentes, tac cerebral, electrocardiograma y valoración demás que se inician el la guía para saber si tenia indicación para trombosis, la paciente no se trombolizó, porque se encontró un infarto extenso con alto riesgo de transformación hemorrágica y muy alto riesgo de iniciar trombosis , una paciente de 72 años, se aplicó la guía. PREGUNTADO: Los ACV pueden presentarse de manera súbita. CONTESTADO. Siempre se presentan de manera súbita. PREGUNTADO. Desde dos días antes de consultar al médico general que los síntomas eran as medulares, si quisiéramos pensar que eran neurológicos y que indicaba un ACV en curso, es posible que el ACV dure más de cuatro días. CONTESTADO: no ,los ACV se presentan en forma súbita, de hecho está dentro de su definición, si no es súbita ni siquiera es ACV, hay dos cosas, hay isquemias cerebral transitoria es un pequeño ACV por un periodo de tiempo corto menos de una hora da con los síntomas del ACV, estas isquemias podrían en ocasiones aparecer antes del ACV, como dice la gente amago de trombosis pero los síntomas de la señora no eran amago de trombosis ahora suponiendo que si fueran amago de trombosis, si toca valorar por neurología y hacer exámenes más extensos y probablemente si toque hacer algún tipo de intervención, mirar la anticoagulación, pero repito el síntoma de la paciente no era de isquemia cerebral. PREGUNTADO. Considera usted que la atención del HMC fue oportuna. CONTESTADO, si, lo que he visto con los síntomas y signos que el paciente presta me parece que si fue oportuna. PREGUNTADO: En su prolija explicación señala que los síntomas iniciales que refería la paciente no daban cuenta de un ACV pero si de una enfermedad medular, indique si conforme se registra en la historia clínica hay registro de alguna auscultación examen o valoración referida a situación de enfermedad medular. CONTESTADO: primero aclaro los síntomas de paraparesia o parestesia se referían a algo transitorio y que no se encontraba en el examen los síntomas, yo no dije que fuera de una enfermedad medular, no se puede inferir una enfermedad medular con ese cuadro clínico, no es enfermedad medular, son síntomas medulares, no cerebrales, los síntomas de parestesia son medulares, entonces los síntomas medulares cuando se presentan en forma transitoria no denotan enfermedad medular porque no existen isquemias medulares transitorias, el equivalente en cerebro no existe, no existen enfermedades medulares transitorias, si existen las isquemias cerebrales transitorias, tu puedes tener síntomas de enfermedad cerebral transitoria y puede indicar que hay un problema cerebral, pero si tiene síntomas medulares transitorios no implica enfermedad medular, porque los síntomas medulares no quedan en forma transitoria sino permanecen o progresan, por esa razón a la paciente no había que hacerle exámenes medulares, de

hecho ella nunca ha tenido enfermedades medulares, (...) PREGUNTADO: si usted hubiese atendido inicialmente a la paciente y le indica que tiene una pérdida de control de esfínteres y no siente sus miembros inferiores y que tienen un dolor estomacal, que valoraciones hubiese ordenado o llevado a cabo. CONTESTADO: es muy diferente que tenga una paciente que tenga síntomas gastrointestinales y que haya presentado parestesia y que todavía tenga parestesia a una paciente que tenga síntomas gastrointestinales y me cuenta que tuvo una sensación de debilidad pérdida de fuerza y relajo esfínteres, la connotación clínica es muy distinta porque si el síntoma permanece tengo que hacer todos los estudios para descartar enfermedad medular pero si la paciente refiere que el síntoma pasó, yo no tengo porque pensar que es una enfermedad medular. PREGUNTADO: Pero si la paciente en ese momento le indicara que tienen todavía esos síntomas, que decisión hubiese tomado. CONTESTADO: es un contexto que no ocurrió, pero claro que hubiera estudiado un problema medular, una resonancia medular o algo así pero aclaro la paciente nunca tuvo eso, ni eso ocurrió jamás. (Minuto 00:53:36 a minuto 01:31:33 de la videograbación fl. 149).

De acuerdo al testimonio del doctor Gabriel Antonio Centenaro, se puede llegar a la conclusión que los síntomas que presentó la paciente Olga Salazar de Duque en la consulta por urgencias del 19 de febrero de 2014, correspondían a síntomas gastrointestinales, lo que fue corroborado con la historia clínica de la paciente, como se ve en la atención realizada por urgencias en donde se indicó motivo de la consulta: "Dolor abdominal "(fl. 8 C. 2), en la que se consignó: "ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE DE 72 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL A NIVEL EPIGASTRIO IRRADIADO A HEMITORAX ANTERIOR TIPO ARDOR DE INTENSIDAD 9/10 CONSTANTE QUE AUMENTA POSTERIOR INGESTA DE ALIMENTOS NIEGA FIEBRE, NIEGAS SINTOMATOLOGÍA GASTRO INTESTINAL , NIEGA FIEBRE, QUIEN TRAE NOTA DE MEDICO PARTICULAR QUIEN REFIERE QUE PRESENTO PARAPARESIA, JUNTO A RELACIÓN DE ESFÍNTERES ESPONTANEA HACE 2 DÍAS, REMITE PARA VALORACIÓN"

Así, de acuerdo con la sintomatología presentada por la paciente el médico que la atendió el 19 de febrero de 2014, diagnosticó: "dolor abdominal localizado en parte superior"; (fl. 8 C.2) como quiera que según lo indicado por el Dr. Gabriel Antonio Centenaro, los síntomas presentados para ese momento y el motivo de consulta no eran indicativos de un ACV, pues la paraparesia (disminución de fuerza en los miembros inferiores) y relajación de esfínteres que mencionó el

médico particular Jorge Ernesto Ibáñez, no eran síntomas propios de un ACV, si podían serlo de un bajo gasto (bajó la tensión, ante una enfermedad sistémica como gripa, diarrea), razón por la que no se consideró necesario remitirla a interconsulta por neurología.

Para el día siguiente, esto es 20 de febrero de 2014, la paciente regresó esta vez sí con signos indicativos de un ACV, pues según se lee de la historia clínica el motivo de la consulta fue "*Tiene una trombosis*" y se consignó. "ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE DE 72 AÑOS QUIEN INGRESA CON CUADRO CLÍNICO DE UNA HORA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN APARICIÓN DE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA DADO POR SOMNOLENCIA DESORIENTACIÓN EN LAS TRES ESFERAS CON POSTERIOR APARICIÓN DE DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL Y ALA DERECHA DISARTRIA Y HEMIPLEJIA IZQUIERDA, MOTIVO POR EL CUAL SOLICITAN AMBULANCIA VALORACIÓN Y MANEJO" (...) DIAGNOSTICO: OTROS TRASTORNOS CEREBROVASCULARES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS DE OTRA PARTE" (FL. 260 C.2).

Cabe mencionar que según definió, el doctor Centenaro, los ACV son de ocurrencia inesperada, imprevisibles, por lo que con la consulta realizada el día 19 de febrero de 2014, no se podía advertir que se presentaría un ACV, máxime con los síntomas referidos para ese día, que no eran indicativos de una enfermedad cerebral y que en consecuencia no requerían interconsulta por neurología, ni atención especializada.

De otro lado, en el plenario obra el dictamen proferido por la neuróloga **Mirian Saavedra Estupiñan**, (fl. 136 del C. 1) en el que se determinó lo siguiente.

A la primera pregunta, si ante los síntomas descritos por la paciente Olga Salazar de Duque a su ingreso al Hospital Militar central el día 19 de febrero de 2014 era previsible diagnosticar la posible ocurrencia de un accidente cerebro vascular ACV.

Respondió que en el resumen de la historia clínica del Hospital Militar Central la señora Olga Salazar de Duque ingresó por el servicio de urgencias el 19/02/2014 a las 10:48:44 p.m. los síntomas que refirió eran: cuadro clínico de 3 días de evolución por dolor abdominal a nivel epigastrio irradiado a hemitorax anterior tipo ardor de intensidad 9/10, constante que aumentó posterior a ingesta de alimentos niega fiebre, niega sintomatología gastrointestinal. **Esos síntomas no hacen previsible diagnosticar la ocurrencia de un ACV.**

A la segunda pregunta, señale sí de conformidad con la historia clínica al hospitalizarse la paciente por el servicio de urgencias el día 19 de febrero de 2014 con sintomatología de dolor abdominal epigastrio tipo ardor, las alternativas ofrecidas por el Hospital Militar Central de hidratación, manejo de dolor, toma de paraclínicos y TAC abdominal son síntomas sugestivos de un cuadro de ACV.

Indicó, que **son síntomas de alteración gastrointestinal, no de un ACV.**

A la tercera pregunta, indique si en la valoración efectuada por médico particular Dr. Jorge Monroy en el municipio de La vega-Cundinamarca a la señora Olga Salazar de Duque, el 18 de febrero de 2014 se indicó de manera concreta la posible ocurrencia de accidente cerebro vascular ACV y si se ordenó la valoración por medicina especializada en centro asistencial de mayor complejidad.

A lo que contesto que en los documentos recibidos no se encontró nota alguna del Dr. Jorge Monroy.

A la sexta pregunta, indique de conformidad con la experiencia médica, si ante las condiciones clínicas antes descritas, es factible para la ciencia médica predecir la ocurrencia de un accidente cerebrovascular ACV o si por el contrario se trata de eventos súbitos e inesperados.

Señaló, que **en las condiciones clínicas descritas no era factible predecir en que momento ocurrirá un accidente cerebrovascular. Los hallazgos clínicos y paraclínicos del Hospital militar Central previos a la presentación del accidente cerebrovascular no permitían predecirlo.**

Y a la séptima pregunta, indique si el tratamiento otorgado por el Hospital Militar Central a la señora Olga Salazar de Duque para el 21 de febrero de 2014 y subsiguientes, es el adecuado para el manejo del accidente cerebrovascular ACV.

Respondió que **el tratamiento interdisciplinario y tecnológico otorgado por el Hospital Militar Central se adhirió a los protocolos médicos en la atención de pacientes con accidente cerebrovascular.**

Ahora bien, en la sustentación del Dictamen la Doctora **Miriam Saavedra Estupiñan**, leyó el dictamen solicitado y argumentó: (minuto 01:34:50 a 01:45:49 de la videograbación fl 234).

"PREGUNTADO: indique que es un ACV y cuáles son sus signos y síntomas. CONTESTADO: se llama accidente, los neurólogos lo llamamos ataque significa algo agudo de minutos máximo horas de evolución, y se caracteriza por la lesión obstrucción o la ruptura de una arteria, examinando el paciente solamente con escucharlo se sabe que territorio esta irrigado porque arteria y que síntomas daría, (...)
 PREGUNTADO: responda la pregunta 3 teniendo en cuenta el documento que obra a folio 3 del cuaderno No. 1. CONTESTADO: No, en ningún momento pensaría en un ACV, porque lo que dice es una lesión medular, los neurólogos conocemos cada circuito del Sistema Nervioso Central y que presentaría si se llegara a lesionar transitoria o definitivamente, la respuesta es absolutamente no, la medula espinal es medula espinal, solo llamamos ACV a la que ocurre del cuello hacia arriba, cerebelo y cerebro. (..) La clínica de los miembros inferiores y pérdida de control de esfínteres jamás daría un examen neurológico normal, puede ser una lesión transitoria medular, para que fuera cerebral tendrían que infartarse los dos hemisferios cerebrales o el tronco cerebral, difícilmente el paciente sobreviviría entraría en coma cerebral, como profundo. (...) PREGUNTADO, Una vez un paciente padece un AVC no hay anda que hacer. CONTESTADO: No señor, tratar de que el paciente este oxigenado, tratar de sacar el coagulo, por eso se llama accidente cerebro vascular es una tragedia instantánea".

De acuerdo con el dictamen y la sustentación del mismo, por la perito de la Universidad Nacional, la neuróloga Miriam Saavedra Estupiñan, se ratificó que un accidente cerebro vascular es impredecible, y que su tiempo de evolución es de horas, adicionalmente que la consulta realizada el 18 de febrero a la señora Olga Salazar de Duque con el médico particular Jairo Ernesto Monroy Ibáñez, la cual consta en el documento visto a folio 3 del cuaderno No. 1, los síntomas consignados no eran propios de un ACV, podrían ser de un problema medular, pero no cerebral y que el HMC actuó conforme a las guías y protocolos de atención.

En conclusión, de las pruebas anotadas, los dictámenes y testimonios médicos y lo transcrito en la historia clínica de la señora Olga Salazar de Duque, se evidencia que desde su ingreso al Hospital Militar Central para el día 19 de febrero de 2014, obedeció a sintomatología propia de una enfermedad gastrointestinal, que nada tuvo que ver con el ACV por el que acudió al día siguiente, esto es el 20 de febrero de 2014, pues como lo indicó el medico Gabriel Adolfo Cetenaro y la perito Miriam Saavedra Estupiñan, los ACV son impredecibles, ocurren inesperadamente y su evolución es de pocas horas, por lo que en el

caso era imposible que en la consulta del 19 de febrero se advirtiera la ocurrencia de un episodio cerebral, lo que tampoco pudo haber previsto el médico particular que atendió a la paciente el 18 de febrero de 2014, pues según la sintomatología referida para ese día no apuntaban a que estaba en curso un accidente cerebro vascular.

Ahora bien, con relación al nexo causal entre el daño ocasionado, el deterioro en la salud de la señora Olga Salazar de Duque por el ACV, y las actuaciones desplegadas por el Hospital Militar Central, debe tenerse en cuenta lo preceptuado por el Consejo de Estado, en sentencia del 05 de marzo de 2015, así:

*“La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste. **En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance”**”².*

(Subrayado fuera de texto).

Con relación a la prueba del nexo causal tratándose de falla médica, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejera ponente: Marta Nubia Velásquez Rico, doce (12) de junio de dos mil diecisiete (2017), Radicación número: 25000-23-26-000-2004-01763-01 (42496), se dispuso:

² CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH Bogotá, cinco (5) de marzo de dos mil quince (2015) Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102)

"[...] En este punto conviene recordar que, por un tiempo, aceptó la jurisprudencia Contencioso Administrativa que el título de imputación jurídica en torno a los eventos en los que se debatía la responsabilidad médica fuese el de la "falla presunta", según la cual la nuda constatación de la intervención causal de la actuación médica en el resultado nocivo por el que se reclamaba era suficiente para atribuir el daño a la Administración. Pese a lo anterior, se retomó la senda clásica de la responsabilidad subjetiva o falla probada³, por lo que en la actualidad, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales improcedente se hace la condena del Estado por esta vía, tal y como lo ha entendido esta Corporación, cuando consideró que:

"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, **lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño.**"⁴ (Énfasis añadido).

En consonancia con la jurisprudencia citada ha de tenerse en cuenta para endilgar responsabilidad el actuar diligente del servicio médico, para el caso sub examine, conforme a los testimonios recepcionados, la historia clínica del Hospital Militar, y el dictamen aportado concluye el Despacho que la atención suministrada por el ente Hospitalario, a la paciente fue adecuado y que la ocurrencia del ACV, no era un asunto previsible, y que en la consulta realizada el da 19 de febrero de 2014, el HMC, obró conforme a la sintomatología presentada y luego cuando se presentó el ACV el día 20 de febrero de 2014, el HMC dispensó toda

³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, exp. 15.725, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

la atención y manejo de la enfermedad hasta su egreso del centro hospitalario el día 01 de julio de 2014 (fl 65 C.1 de Pruebas).

Ahora bien, la desmejora en el estado de salud de la paciente debido al ACV por la que fue ingresada al HMC el 20 de febrero de 2014 y en donde permaneció hasta tanto superó las complicaciones obedecen a factores ajenos al personal médico, por lo que le correspondía a la parte demandante probar que el servicio médico fue deficiente que las complicaciones en el estado de salud de la paciente se tuvieron como causa una mala praxis médica y que la señora Olga Salazar de Duque, tuvo una pérdida de oportunidad que hubiese impedido la ocurrencia del ACV o al menos una atención más oportuna por el actuar negligente de la institución médica acá demandada. Frente a este último elemento, no se demostró el nexo de causalidad entre la ocurrencia del ACV con todas las complicaciones que éste conlleva y las actuaciones médicas del Hospital Militar Central.

3.4.2.- De la pérdida de oportunidad

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha concebido la pérdida de oportunidad como una modalidad autónoma de daño, o bien como una técnica de facilitación probatoria, en los casos de incertidumbre causal, en los cuales resulte para la víctima una carga excesiva la demostración del nexo entre el daño que padece y la actuación de la entidad a la que se lo imputa y solo logre demostrar que dicha relación es probable, pero no cierta o segura.

Con relación a esta discusión, ha indicado la misma jurisprudencia que su inclinación ha sido frente a la primera tesis⁵, es decir, la de adoptar el criterio conforme al cual la pérdida de oportunidad no es una herramienta para facilitar la prueba del nexo causal, sino un daño autónomo, con identidad propia e independiente, que consiste en el quebrantamiento de un bien jurídico tutelado de recibir un beneficio o de evitar un riesgo, señalamiento al que arriba con fundamento en la misma jurisprudencia de la citada Corporación⁶, en la que se ha considerado:

“La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, fecha 5 de marzo de 2015, C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 11 de agosto de 2010, exp. 18.593, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial⁷; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio - material o inmaterial- para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba⁸, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento (...). Esa probabilidad tenía un determinado valor, aunque difícil de justipreciar, que debe ser reparado⁹.

En cuanto a las características de la pérdida de oportunidad, las que la jurisprudencia¹⁰ le ha atribuido, son las siguientes: "(i) debe constituir una probabilidad seria y debidamente fundada, que permita afirmar la certeza del daño y no una

⁷ MAYO, Jorge, "El concepto de pérdida de chance", en *Enciclopedia de la responsabilidad civil*. Tomo II, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1998, p. 207.

⁸ En esa dirección sostiene Zannoni que esta modalidad de daño "lesiona un interés y, por ende, priva al sujeto de esa facultad de actuar, que aunque no constituyera el sustento de un derecho subjetivo, era una facultad que ciertamente, integraba la esfera de su actuar lícito—el acere licere, es decir de su actuar no reprobado por el derecho. La lesión de ese interés —cualquiera sea éste— produce en concreto un perjuicio" (énfasis en el texto original). Cfr. ZANNONI, Eduardo, *El daño en la responsabilidad civil*, Astrea, Buenos Aires, 1987, p. 36.

⁹ ZAVALA DE GONZÁLEZ, Matilde, *Resarcimiento de daños. Daños a las personas*, Hammurabi, Buenos Aires, 1990, p. 274, *apud* TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance*, cit., p. 30.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, fecha 5 de marzo de 2015, C.P., Ramiro Pazos Guerrero.

mera posibilidad, vaga y genérica, que no constituye más que un daño meramente hipotético o eventual; (ii) lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir; (iii) la medida del daño será proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido; y (iv) el bien lesionado es un bien jurídicamente protegido".

En concordancia con lo anterior, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha referido la pérdida de oportunidad como un perjuicio de naturaleza autónoma, en los siguientes términos: "(...) **la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño, sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, resulta ser un perjuicio autónomo que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente"**¹¹ (se resalta).

Conforme a lo expuesto precedentemente, el Despacho precisa que cuando se han determinado los elementos de la responsabilidad, el hecho dañino, el resultado lesivo y el nexo causal, procede la declaratoria de responsabilidad por falla en el servicio médico y cuando, lo que dan cuenta los medios probatorios es que con la actuación de la entidad, se concretó fue la pérdida de oportunidad del paciente en recibir una atención más oportuna y especializada cuando ingresó por primera vez a urgencias del HMC, esto es el 19 de febrero de 2014, habrá de condenarse por esa pérdida de oportunidad como daño autónomo, no siendo acumulable este daño autónomo con el daño final, causado por la falla en el servicio médico, sino por el contrario, excluyentes de acuerdo a la situación demostrada, teniendo esto incidencia en el monto de la indemnización ya que si el daño es la pérdida de oportunidad, la indemnización debe ser reducida.

Adujo la parte actora que el Hospital Militar Central omitió el uso de protocolos y guías en la primera atención desplegada a la paciente el 19 de febrero de 2014, igualmente omitió tener en cuenta las indicaciones del médico particular que auscultó a la paciente el día 18 de febrero de 2014, en las que se advertía que la paciente presentaba síntomas y signos que daban cuenta que estaba en curso de un ACV, situación que como ya se dijo en líneas precedentes no quedó

¹¹ Sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 18.714. M.P. Gladys Agudelo Ordóñez; en ese mismo sentido, puede consultarse la sentencia de 8 de junio, exp. 19.360.

demostrada, pues las indicaciones del médico Jorge Ernesto Monroy, en ningún momento advertían la ocurrencia de un ACV, lo que quedó plasmado en el documento de ésta atención (fl. 3 Cuaderno 1) fue que la paciente Olga Salazar de Duque presentaba "*paraparesia de miembros inferiores y pérdida de control del esfínter urinario súbito, sin alteraciones*", lo que según el testimonio médico del Dr. Centenaro y el dictamen rendido por la neuróloga Miriam Saavedra, no son síntomas de un ACV, podría ser de un problema medular; así que cuando la paciente acude el día 19 de febrero de 2014 a Urgencia del HMC, y presentó otra sintomatología propia de enfermedades gastrointestinales, y al ver la nota del médico tratante no se remitió a neurología, toda vez que en ese momento no presentaba signos de que estuviera en curso un ACV.

A juicio del Despacho, esas afirmaciones se quedan en el marco de la mera especulación ya que como se determinó, los síntomas que presentó la señora en su primera entrada por urgencias del HMC, no permitían inferir al médico tratante que se presentaría un ACV, máxime cuando por su naturaleza misma, estos se presentan de forma inesperada.

De otra parte, no existe ninguna prueba directa ni indiciaria que acredite que la paciente tenía posibilidades reales de recuperar su salud o de que no se desencadenara el ACV, tampoco se demostró que si la paciente se hubiese internado el primer día en que ingresó a urgencias (19 de febrero de 2014), el ACV no hubiera ocurrido, con las consecuencias que ello conlleva.

Además, se encuentra demostrado que la entidad demandada, actuó diligentemente a través de sus galenos, procuró dispensar la atención médica necesaria para contrarrestar las consecuencias del ACV padecido, pues obran en el expediente a través de la historia clínica los seguimientos realizados desde el día que ingresó a urgencias del Hospital Militar el 20 de febrero de 2014, en donde fue valorada y revisada diariamente por el equipo médico del hospital como se ve a folios 4-274 del cuaderno de pruebas, utilizando para el efecto todos los medios técnicos con los que contaba. Se evidencia que la paciente siempre mantuvo en observación para analizar su evolución, hasta que finalmente egresa el 1 de julio de 2014.

La determinación de la pérdida de la oportunidad *no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su*

*salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica.*¹²

4.- Conclusión

Por lo anterior, el problema jurídico deberá resolverse en forma negativa, pues no existe prueba del nexo causal entre las acciones u omisiones de la entidad demandada, ni de que la entidad haya omitido la aplicación de las guías y protocolos de atención en el primer ingreso de la paciente (19 de febrero de 2014), que hubiesen podido evitar el ACV o contrarrestar sus consecuencias y tampoco de la pérdida de oportunidad de que la señora Olga Salazar de Duque hubiese conservado su salud, si se hubiese internado y tratado por neurología el 19 de febrero de 2014. Así las cosas, se negarán las pretensiones de la demanda.

3.5. Costas y agencias en derecho

Según lo consagrado en el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 366 de C.G.P en su numeral segundo y las directrices del Consejo Superior de la Judicatura, se condenará a la parte demandante a pagar al Hospital Militar Central las costas que se fijan en el cuatro por ciento (4%) del valor de las pretensiones de la demanda.

En mérito de lo expuesto, **el Juzgado Sesenta y Cuatro Administrativo de Oralidad del Circuito Judicial de Bogotá**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

VI.- FALLA:

PRIMERO: NEGAR la totalidad de pretensiones de la demanda, por lo señalado en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte demandante, y fijar como AGENCIAS EN DERECHO a favor de la parte demandada Hospital Militar Central, al **cuatro por ciento (4%)** de las pretensiones de la demanda negadas en la sentencia.

TERCERO: Contra la presente sentencia procede recurso de apelación, dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio; Radicación: 15.772.

CUARTO: La presente sentencia se notificará de conformidad con lo establecido en el artículo 203 de la Ley 1437 de 2011.

QUINTO: ORDENAR la devolución del saldo de los gastos a la parte actora, si los hubiere.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



ÁLVARO CARREÑO VELANDIA
JUEZ

MS



Bogotá, once (11) de marzo de dos mil veinte (2020)

JUEZ	ALVARO CARREÑO VELANDIA
MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
RADICACION No.:	110013343064 2016- 00286-00
DEMANDANTE:	Olga Salazar de Duque y otros
DEMANDADO:	Hospital Militar Central
ASUNTO	DECLARA DESIERTO RECURSO DE APELACIÓN

REPARACIÓN DIRECTA

DECLARA DESIERTO RECURSO DE APELACIÓN

En audiencia de pruebas celebrada el 11 de junio de 2019 (fls. 145-147) se concedió el recurso de apelación en efecto devolutivo en contra de la decisión que negó los interrogatorios de Olga Lucia Salazar, Sandra Patricia Duque Salazar y Diego Fernando Duque Salazar.

Consecuencia de lo anterior, se ordenó que la parte demandante que debía aportar en el término de 5 días los emolumentos necesarios para reproducir las copias para que se surtiera el mencionado recurso de apelación ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca de conformidad con el artículo 324 del CGP; sin embargo dicho interregno transcurrió en silencio.

Por tanto, como quiera que la parte recurrente no cumplió con la carga procesal dispuesta por la ley dentro de la oportunidad legal se declarará desierto el recurso de apelación propuesto.

Por lo anterior el Despacho.

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR desierto el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra del auto que negó los interrogatorios de Olga Lucia Salazar, Sandra Patricia Duque Salazar y Diego Fernando Salazar, dictado en audiencia de pruebas, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


ALVARO CARREÑO VELANDIA
JUEZ

**JUZGADO 64 ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD
DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.
-SECCIÓN TERCERA-**

NOTIFICACIÓN POR ESTADO

El auto anterior, se notifica a las partes por anotación en estado de fecha 12 DE MARZO DE 2020 a las 8:00 a.m.

OSCAR ROBERTO REYES SAAVEDRA
Secretario